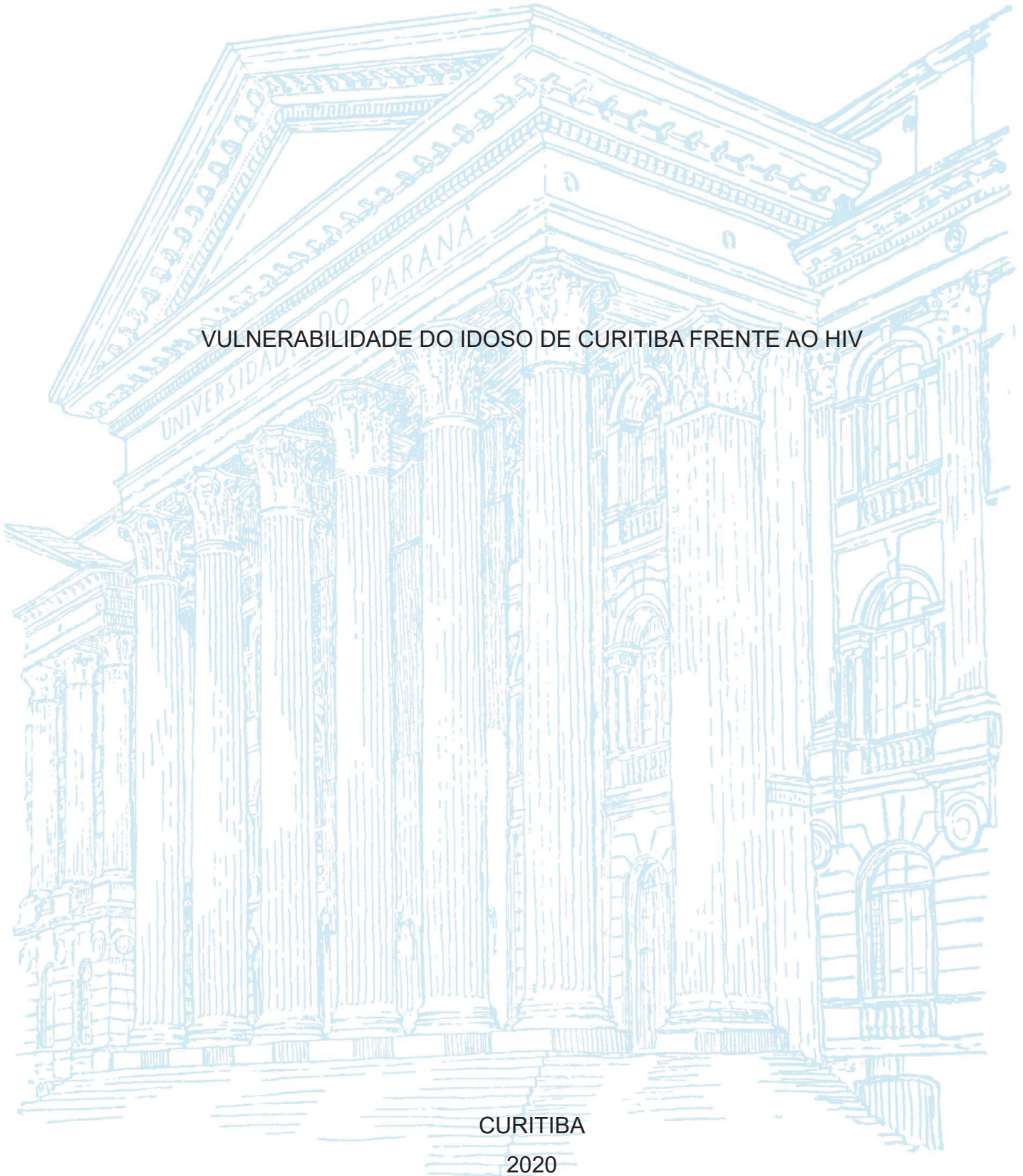


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ÉRICA BEATRIZ TEIXEIRA

VULNERABILIDADE DO IDOSO DE CURITIBA FRENTE AO HIV



CURITIBA

2020

ÉRICA BEATRIZ TEIXEIRA

VULNERABILIDADE DO IDOSO DE CURITIBA FRENTE AO HIV

Dissertação apresentada à linha de pesquisa de Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a. Dra. Araci Asinelli-Luz

CURITIBA

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA CENTRAL – SEÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA INFORMAÇÃO

-
- T266 Teixeira, Érica Beatriz
 Vulnerabilidade do idoso de Curitiba frente ao HIV/AIDS [recurso eletrônico] / Érica
 Beatriz Teixeira. – 2020.
 1 recurso on-line : PDF.
- Orientadora : Profa. Dra. Araci Asinelli-Luz
 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Educação,
 Programa de Pós-graduação em Educação.
 Inclui bibliografia
1. HIV (Vírus) em idosos. 2. Envelhecimento. 3. Infecções sexualmente transmissíveis
 - Prevenção e controle. 4. Educação sexual para idosos. 5. Animação sociocultural. I.
 Luz, Araci Asinelli, 1948-. II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Educação.
 Programa de Pós-Graduação em Educação. III. Título.

CDD: 372.372



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO -
40001016001P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em EDUCAÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ERICA BEATRIZ TEIXEIRA** intitulada: **Vulnerabilidade do idoso de Curitiba frente ao HIV**, sob orientação da Profa. Dra. ARACI ASINELLI DA LUZ, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 28 de Dezembro de 2020.

Assinatura Eletrônica
19/01/2021 16:38:18.0
ARACI ASINELLI DA LUZ
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
22/01/2021 14:50:39.0
DULCE DIRCLAIR HUF BAIS
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
19/01/2021 11:32:26.0
NIZAN PEREIRA ALMEIDA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR)

Assinatura Eletrônica
25/01/2021 14:24:52.0
MARIO VICHÉ GONZALEZ
Avaliador Externo (UNIVERSIDAD DE VALENCIA)

Dedico esse trabalho a todas e a todos profissionais da saúde e da educação que estão trabalhando exaustivamente durante a pandemia do novo coronavírus. E, também, às pessoas que se despediram precocemente de seus amores levados pela covid-19.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Marisa e Moisés, pela inspiração de força, perseverança, coragem e ética. Gratidão por me ensinarem desde sempre que o conhecimento e a educação estão entre as melhores escolhas da vida e, principalmente, por me incentivarem a voar pelos benditos caminhos das incertezas e descobertas. Aos meus irmãos, Fabíola e Moisés Júnior, que apoiam minhas ideias por mais diferentes que sejam.

Aos meus avós maternos Rosária e Miguel Ferreri e paternos Beatriz e João Teixeira (todos *in memoriam*), por terem preparado amorosamente o caminho para a atual geração. Ao tio Neco (*in memoriam*), que se foi pouco antes da apresentação desse trabalho, mas deixou a lembrança das boas risadas desde a infância até o nosso último bate papo virtual. Sei que continuará torcendo por mim.

À professora doutora, orientadora e amiga Araci Asinelli-Luz – cuja luz vai muito além do nome, irradiando amorosidade, sabedoria e respeito entre os que têm a honra de compartilhar algum momento da caminhada pessoal, acadêmica ou profissional ao seu lado. Agradeço pelo acolhimento na educação desde o primeiro momento e pelas afetuosas e incansáveis orientações. Gratidão, mestra e amiga, por ter me apresentado Morin, pelo estímulo à autonomia e, especialmente, por jamais ter soltado minhas mãos nas horas mais difíceis de lutas e lutos. Obrigada, também, pelas bolinhas de sabão compartilhadas.

Ao professor doutor Mário Viché González, que cruzou o Atlântico para nos ensinar mais sobre animação sociocultural e, depois, me presenteou com a oportunidade de soltar amarras invisíveis e superar o mesmo oceano para levar à Portugal, terra de meu pai, meu primeiro trabalho como pesquisadora. Conduzida pela generosidade e paciência do professor Mário, compreendi que mais do conceito e metodologia, animação sociocultural é ação prática e potente para a transformação de indivíduos e coletividades. Grata, honrada e com o coração em festa também por contar com dois avaliadores representantes da saúde coletiva, a enfermeira Dulce Dirclair Huf Bais e o médico Nizan Pereira, ambos professores e doutores em Educação. Ao professor doutor Toni Reis agradeço pela apreciação da pesquisa e contribuições

como suplente. Mais uma vez, reafirmo minha admiração pela sua incansável luta em defesa dos direitos LGBTQIA+.

Aos meus mentores em Saúde Coletiva que me inspiraram seguir tanto tempo pelos caminhos da saúde pública e do SUS: Eliana Rosas Gugisch, Beatriz Battistella Nadas, Márcia Terezinha Steil, Silvana Silva de Souza Borri, Marina Akiko Shimizu Raffo, Simone Aparecida Peruzzo, Liliane Barbosa Corrêa, Viviane Maria Sutille, Mariângela Galvão Simão, Maria Angélica Cerveira (Keka), Arnaldo Agenor Bertone (*in memorian*), Deise di Pietro Caputo, Michele Caputo Neto, Luciano Ducci e Hermann Guimarães. E aos conselheiros de saúde: Wilma Kaiel (*in memorian*), Dirneceneide Polacchini, Evilásio Francisco Pinheiro e Luiz Pinheiro.

À jornalista e amiga Kristiane Rothstein, companheira de todas as horas e ouvinte incansável das minhas histórias. À Jordi Edo Maña, *moltes gràcies* pelo apoio aos pensamentos e sentimentos complexos, mesmo a 10 mil quilômetros de distância. Gratidão a todas e todos que caminharam comigo nesta intensa transformação.

O bem-viver pressupõe o desenvolvimento individual no seio das relações comunitárias. Nossas vidas são polarizadas entre uma parte prosaica, que suportamos sem alegria, por pressão ou obrigação, e outra poética, representada por tudo aquilo que nos confere plenitude, fervor e exaltação, parte essa que encontramos no amor, na amizade, nas comunicações coletivas, nas festas, nas danças, nos jogos. A prosa da vida nos permite sobreviver. Mas viver é fazê-lo poeticamente.

O caminho da esperança, Stéphane HESSEL e Edgar MORIN, 2012, p. 29.

RESUMO

Considerando o envelhecimento humano como fenômeno mundial e a importância de discutir as condições do bem-viver na velhice, esse trabalho buscou compreender o avanço da infecção por HIV/aids em pessoas idosas. Tecendo um diálogo entre educação e saúde, a pesquisa analisou a maneira como a sexualidade é vivenciada pelos nove participantes e identificou fatores de comportamento de risco em relação ao HIV. Participaram pessoas com idade entre 65 e 81 anos, que dançam em bailes de salão, na cidade de Curitiba, Paraná. Além de aplicação de questionário e da realização da entrevista semiestruturada, a Metodologia de Coleta de Dados (MCD) adotou a Animação Sociocultural. A ASC é uma intervenção educativa baseada na dialogicidade e na problematização para estimular indivíduos, grupos e comunidades a transformações vinculadas à autonomia, participação social e desenvolvimento sustentável. Neste estudo, embora adaptada em sua concepção, a ASC favoreceu reflexões coletivas sobre a vivência da sexualidade baseadas em narrativas de vida sustentadas pela flutuação entre passado-presente-futuro. O estudo identificou lacunas e equívocos referentes à transmissão do vírus e à prevenção à infecção, evidenciando o nível de conhecimento como fator de vulnerabilidade na análise individual, social e programática. A vulnerabilidade sustenta-se também na herança de padrões culturais não superados acerca do uso do preservativo e de papéis sociais heteronormativos na vivência da sexualidade. Por meio das narrativas coletivas e individuais, a pesquisa comprovou a permanência da sexualidade no último ciclo vital e evidenciou a ausência de ações educativas com abordagem em saúde e sexualidade, reforçando a invisibilidade de idosos e idosas nesta pauta. Faz-se necessária e urgente a mobilização de recursos e esforços integrados, de instituições públicas e privadas e, também, de toda a sociedade, em ações e programas de educação em saúde e sexualidade para esse grupo populacional. Além de contribuir para o bem-viver na velhice, especialmente na prevenção ao HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, essas estratégias poderão diminuir os preconceitos e a estigmatização vinculados à sexualidade da pessoa idosa.

Palavras-chave: vulnerabilidade; envelhecimento humano; HIV/aids; educação em saúde; animação sociocultural.

ABSTRACT

Considering human aging as a world phenomenon and the importance of discussing the conditions of well-being in old age, this master thesis tried to understand the progress of HIV/AIDS infection in elderly people. Weaving a dialogue between education and health, the research analyzed the way sexuality is experienced by the nine participants and identified factors of risk behavior in relation to HIV. Participants were people aged between 65 and 81 years, who dance in ballroom dances, in the city of Curitiba, Paraná. In addition to applying a questionnaire and conducting a semi-structured interview, the Data Collection Methodology (MCD) adopted Sociocultural Animation. ASC is an educational intervention based on dialogicity and problematization to encourage individuals, groups and communities to change linked to autonomy, social participation and sustainable development. In this research, although adapted in its conception, the ASC favored collective reflections on the experience of sexuality based on life narratives supported by the fluctuation between past-present-future. The study identified gaps and misconceptions regarding the transmission of the virus and prevention of infection, showing the level of knowledge as a vulnerability factor in the individual, social and programmatic analysis. Vulnerability is also supported by the inheritance of cultural standards that have not been overcome regarding the use of condoms and heteronormative social roles in the experience of sexuality. Through collective and individual narratives, the research proved the permanence of sexuality in the last vital cycle and evidenced the absence of educational actions with an approach to health and sexuality, reinforcing the invisibility of elderly men and women on this agenda. It is necessary and urgent to mobilize resources and integrated efforts, from public and private institutions and also from the whole of society, in health and sexuality education actions and programs for this population group. In addition to contributing to the well-being of old age, especially in the prevention of HIV and other Sexually Transmitted Infections, these strategies can reduce prejudice and stigmatization linked to the sexuality of the elderly person.

Keywords: vulnerability; human aging; HIV/AIDS; health education; sociocultural animation.

RESUMÉN

Considerando el envejecimiento humano como un fenómeno mundial y la importancia de discutir las condiciones de bienestar en la vejez, este trabajo buscó comprender el progreso de la infección por VIH/SIDA en las personas mayores. Tejiendo un diálogo entre educación y salud, la investigación analizó la forma en que los nueve participantes experimentan la sexualidad e identificó factores de comportamiento de riesgo en relación con el VIH. Participaron personas entre 65 y 81 años, que danzan en bailes de salón, en la ciudad de Curitiba, Paraná. Además de aplicar un cuestionario y realizar una entrevista semiestructurada, la Metodología de Recolección de Datos (MCD) adoptó la Animación Sociocultural. ASC es una intervención educativa basada en la dialogicidad y la problematización para incentivar a las personas, grupos y comunidades a un cambio vinculado a la autonomía, la participación social y el desarrollo sostenible. En este estudio, aunque adaptado en su concepción, la ASC favoreció las reflexiones colectivas sobre la vivencia de la sexualidad a partir de narrativas de vida sustentadas en la fluctuación entre pasado-presente-futuro. El estudio identificó brechas y conceptos erróneos sobre la transmisión del virus y la prevención de la infección, destacando el nivel de conocimiento como factor de vulnerabilidad en el análisis individual, social y programático. La vulnerabilidad también se sustenta en la herencia de estándares culturales que no han sido superados en cuanto al uso de condones y reglas sociales heteronormativos en la experiencia de la sexualidad. A través de narrativas colectivas e individuales, la investigación demostró la permanencia de la sexualidad en el último ciclo vital y evidenció la ausencia de acciones educativas con enfoque de salud y sexualidad, reforzando la invisibilidad de hombres y mujeres mayores en esta agenda. Es necesario y urgente movilizar recursos y esfuerzos integrados, desde las instituciones públicas y privadas y también de toda la sociedad, en acciones y programas de educación en salud y sexualidad para este grupo de población. Además de contribuir al bienestar de la vejez, especialmente en la prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, estas estrategias pueden reducir lo prejuicio y la estigmatización relacionados a la sexualidad de la persona mayor.

Palabras clave: vulnerabilidad; envejecimiento humano; VIH/SIDA; educación para la salud; animación sociocultural.

LISTA DE IMAGENS E QUADROS

IMAGEM 1 – PIRÂMIDES POPULACIONAIS ETÁRIAS.....	19
IMAGEM 2 – MANDALA DE PREVENÇÃO COMBINADA AO HIV.....	42
IMAGEM 3 – CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO EM HOMENS.....	45
IMAGEM 4 – CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO HIV EM MULHERES.....	45
IMAGEM 5 – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA.....	68
QUADRO 1 – REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	30
QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DAS PROFILAXIAS.....	42
QUADRO 3 – BUSCA SISTEMATIZADA – CRITÉRIOS E BANCOS DE DADOS....	57
QUADRO 4 – BUSCA SISTEMATIZADA – DETALHES DOS ARTIGOS.....	58
QUADRO 5 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS E MCDS.....	64
QUADRO 6 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASC – Animação Sociocultural

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APDASC – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento da Animação Sociocultural

ATRs – Terapias antirretrovirais

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DataSUS – Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

FGV – Fundação Getúlio Vargas

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

H1N1 – Subtipo do vírus Influenza A

HPV – Papiloma Vírus Humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

I=I – Indetectável = Intransmissível

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTI+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexuais

MEC – Ministério da Educação

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

PPGE – Programa de Pós-Graduação em Educação

PEP – Profilaxia Pós-exposição

PrEP – Profilaxia Pré-exposição

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Sars-CoV-2 – novo coronavírus

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SMS Curitiba – Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

SPC – Serviço de Proteção ao Crédito

SUS – Sistema Único de Saúde

UEM – Universidade Estadual de Maringá

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

UOL – Universo Online

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
1.1.2 Na perspectiva acadêmica: um diálogo transdisciplinar.....	17
1.1.3 Na perspectiva social: avanço do HIV em pessoas idosas.....	18
1.1.4 Na perspectiva pessoal: nos caminhos da saúde.....	20
1.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	22
1.2.1 Delineamento do problema.....	26
1.2.2 Pergunta de pesquisa.....	28
1.3 OBJETIVOS.....	28
1.3.1 Geral.....	28
1.3.2 Específicos.....	29
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
2.1 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
2.1.1 Vulnerabilidade: adjetivo comum de todos.....	30
2.1.2 Pensamento Complexo.....	37
2.1.3 HIV/Aids.....	39
2.1.4 Envelhecimento humano.....	47
2.1.5 Animação Sociocultural.....	50
2.2 BUSCA SISTEMATIZADA.....	54
3 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	62
3.1 METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS.....	63
3.1.2 Lócus e participantes da pesquisa.....	66
3.1.3 Aspectos éticos.....	69
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	69
4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	70
4.2 NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO.....	72
4.2.1 Qualidade de vida.....	73
4.2.2 Relacionamentos afetivos.....	75
4.2.3 Relações sexuais.....	77
4.2.4 Autocuidado e uso do preservativo.....	79
4.2.5 Conhecimento sobre HIV.....	81

4.3 ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL NA PRÁTICA.....	83
4.3.1 Sexo em tempos de aids.....	83
4.3.2 HIV e aids.....	84
4.3.3 preservativo.....	84
4.3.4 Sexo, um tema tabu.....	84
4.3.5 Antes e depois da atividade coletiva.....	85
5 DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	86
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
APÊNDICES	106
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO BIOPSISSOCIAL.....	106
APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	107
APÊNDICE C – NARRATIVA PARA ATIVIDADE DE ASC.....	108

BENDITOS CAMINHOS

Sou mulher, cisgênero, separada, sem filhos. Paulistana nos costumes. Brasileira no corpo. Africana na alma. Latinoamericana e europeia nos genes. Moro em Curitiba mas vivo em liberdade, a mais preciosa condição para habitar-se em qualquer território. Bacharel em Comunicação Social há exatos 26 anos; graduanda em Geografia há 4 meses; especialista em Marketing e História do Brasil.

Jamais saltei de paraquedas e voo alto nas ideias. Nunca visitei a *Disney World* e prefiro a dor e a delícia do mundo real. Não tenho perfil em redes sociais e estou bem, obrigada! Não desprezo a tecnologia e gosto de bolinhas de sabão. Não sou profissional de saúde e prescrevo cafuné. Bebo água da torneira e brindo com vinho verde. Pão, azeite, azeitona e queijo são um banquete pra mim.

Defendo pequenos agricultores e a agroecologia. Apoio pessoas LGBTQIA+. Identifico-me com feministas. Choro com os golpes à democracia. Sofro com injustiças. Fico indignada com a negação da ciência. Rechaço *fakenews*. Questiono o capitalismo. Duvido da fé cega. Evoluo na escuta empática. Admiro o ativismo acadêmico. Esperanço a produção acadêmica ao alcance de todos os cidadãos.

No jornalismo, estive cerca de duas décadas no Sistema Único de Saúde, em diversas instituições. Comunicação e Saúde sempre me encantaram mas escolhi ir além. Plantei as primeiras sementes na Educação há uns 5 anos ao ser acolhida amorosamente no grupo de pesquisa da professora doutora Araci Asinelli-Luz. Essa dissertação é o fruto do que germinou, objetiva e subjetivamente.

Muito prazer! Sou a Érica. Impossível me desconectar do que sou e trago na mochila para assumir um tom impessoal, em terceira pessoa, como recomendam os manuais de redação científica. Por isso, escrevo em primeira pessoa, referendada por Soares e Fazenda¹, *apud* Asinelli Luz (2000, p.102) que “admite o pesquisador como *locutor*, ou seja, é o ‘eu’ que fala, que revela, presente, não algo referente, afastado”. Longe de bálsamo ao ego, trata-se de escolha pautada também no apoio ao protagonismo feminino na autoria da produção científica. Esse estudo é uma contribuição para a reflexão sobre envelhecimento humano e um pouco do que me tornei após me perder e me achar tantas vezes nos benditos caminhos do mestrado.

¹ SOARES, Magda; FAZENDA, Ivani. Metodologias não-convencionais em teses acadêmicas. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Novos enfoques da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1992.

1 INTRODUÇÃO

*A vida é uns deveres que nós trouxemos para fazer em casa.
Quando se vê, já são seis horas: há tempo...
Quando se vê, já é sexta-feira...
Quando se vê, passaram 60 anos...
Agora, é tarde demais para ser reprovado...
E se me dessem – um dia – uma outra oportunidade,
eu nem olhava o relógio seguia sempre, sempre em frente...
E iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas.*

*Mario QUINTANA, Esconderijos do Tempo.
Poema: Seiscentos e Sessenta e Seis*

Com sua sabedoria de septuagenário, o poeta Mario Quintana (1906-1994) nos remeteu à passagem do tempo. Ou seria tão-somente à fugacidade da vida? Agora, seis horas. Depois, sexta-feira. De repente, 60 anos. E, então, após tantos significados, sentimentos e experiências, passamos a nos aproximar do momento em que findará o tempo para “uns deveres que trouxemos para fazer em casa”.

Em 1980, ano de publicação da obra, 60 anos referenciavam a velhice. Há 40 anos, o brasileiro vivia 62,5 anos, em média. Hoje a vive de 76,74 anos. Daqui a 40 anos, viverá 81,04 anos (BRASIL, 2020). Com a permissão póstuma de Quintana, acrescentaria “Quando se vê, passaram 80 anos”.

Por aqui, as projeções fluem na mesma direção do fenômeno mundial do envelhecimento populacional com o qual a Europa convive há algumas décadas. “A América Latina e o Caribe são a segunda região de mais rápido crescimento em termos de pessoas com mais de 60 anos, atrás apenas da África” (OPAS, 2020). Quando combinada com o declínio da natalidade, a aceleração da longevidade seguirá contribuindo para a inversão da pirâmide etária. Em 2050, o mundo terá mais idosos do que pessoas entre 15 e 24 anos (OMS, 2020). Contudo, viver mais não significa bem-viver. Para consolidar a longevidade como conquista coletiva planetária, deve-se ir além das médias etárias e refletir analítica e criticamente sobre passado, presente e futuro da velhice.

Na ambivalência entre mais idade e menos tempo, outras adições e subtrações integram uma complexa equação. Menos doença e mais esperança? Menos dor e mais amor? Menos preconceito e mais direito? Menos limitação e mais participação? Essas e outras indagações permeiam estudos, análises, propostas e

projeções sobre a grande questão: em quais condições acontece o envelhecimento humano? E mais: como agir para que a velhice esteja acompanhada de bem-viver?

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe a Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030, documento alinhado à Agenda 2030 e aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Organização das Nações Unidas (ONU). O lançamento do plano internacional aconteceu no mesmo ano de surgimento da covid-19 (Sars-CoV-2) – doença respiratória causada pelo novo coronavírus e declarada pandemia² pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. Nesta data, o *briefing* de mídia da OMS apontava mais de 118 mil casos³, em 114 países e 4.291 mortes. Oito meses depois, em 17 de novembro, o mundo havia confirmado 54.771.888 casos⁴ e 1.324.249 mortes. Embora não exista um perfil orgânico pelo qual o coronavírus demonstre preferência, a covid-19 representa maior risco para idosos e pessoas com condições específicas de saúde como pressão alta, problemas cardíacos e pulmonares, diabetes, entre outras.

Em todos os continentes, a população idosa está entre os grupos com alto risco de complicações para a doença. Segundo a OPAS (2020), apenas no Brasil, de fevereiro a setembro, 76% das mortes relacionadas à covid-19 ocorreram em pessoas com 60 anos ou mais. Esse dado evidencia a vulnerabilidade pautada no declínio fisiológico naturalmente marcado pelo avanço dos ciclos vitais. Entretanto, a vulnerabilidade física é apenas uma dentre um conjunto que todos nós, na condição de seres humanos, experimentamos do nascimento à morte.

Neste e em outros contextos há entrelinhas reveladoras de nuances da vulnerabilidade de idosos. Em particular, esse estudo vai tratar da vulnerabilidade ao Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), causador de outra doença pandêmica, a aids⁵. Apesar dos esforços mundiais para diagnóstico precoce e ações para controle

² Segundo o glossário de Saúde Pública, do Ministério Público do Paraná, pandemia é a epidemia de uma doença que afeta pessoas em muitos países e continentes. Disponível em <http://saude.mppr.mp.br/pagina-15.html#P>

³ Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812. Acesso em 03 set. 2020.

⁴ Disponível em <https://www.paho.org/pt/covid-19>. Acesso em 18 nov. 2020.

⁵ Quanto à grafia do substantivo aids, buscas aleatórias nos sites do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids (UNAIDS) e do Ministério da Saúde indicam inexistência de padronização. Na maioria dos conteúdos prevalece AIDS. A ausência de padrão ortográfico estende-se aos achados mencionados no QUADRO I, onde apareceram as grafias aids, Aids e AIDS. Segundo Cegalla (1999), “aids é a sigla formada com as iniciais da denominação inglesa desta doença (acquired immunological deficiency syndrome = síndrome da deficiência imunológica adquirida). Dada a sua larga difusão, a sigla passou à categoria de substantivo. Propomos, por isso, a forma portuguesa de aides, com letra inicial minúscula, que tem a seu favor outras palavras formadas pelo mesmo

e diminuição da carga viral no organismo, a doença que surgiu na década de 1980 ainda não tem cura. Em 2018, havia 36,9 milhões de pessoas⁶ com aids no mundo (OPAS, 2019).

1.1 JUSTIFICATIVA

1.1.1 Na perspectiva acadêmica: um diálogo transdisciplinar

O envelhecimento populacional inspira pesquisadores do Brasil e do mundo. As investigações alcançam campos culturais, econômicos, educativos, trabalhistas, estruturais, tecnológicos, arquitetônicos, entre outros que se conectam entre si e com os demais. Estudiosos são motivados, sobretudo, por indagações vinculadas ao bem-estar físico, emocional e psicológico, incluindo aspectos objetivos e subjetivos da velhice. Neste sentido, Prado e Sayd (2004) evidenciaram predominância de estudos sobre envelhecimento humano nas áreas de saúde e ciências biológicas – que, respectivamente, concentravam 56,9% e 16,4% dos grupos de pesquisa sobre essa temática no país. Dentre os 144 identificados na base do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq-2000), apenas quatro grupos (2,8%) tinham a educação como eixo principal. Na distribuição nacional, o Paraná contribuía com apenas dois grupos (1,4%) – sendo um na Universidade Estadual de Maringá (UEM) e um na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

Segundo o Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, vinculado à Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, existem 145 grupos⁷ de pesquisa sobre envelhecimento humano cadastrados no CNPq, em 27 diferentes áreas de predominância. Saúde coletiva lidera o ranking com 43 representantes, seguido por educação física (32), psicologia (20), serviço social (18), enfermagem (17) e medicina (17) e outras. A

processo: radar, sonar etc.”. No Manual de Redação e Estilo, do jornal O Estado de S. Paulo, para justificar a grafia com a letra inicial minúscula, Martins (1997) exemplifica: “Aumenta o número de casos de aids”. Como a aides não apareceu entre os textos das consultas e referências bibliográficas dessa pesquisa, vou manter a sigla em inglês e escrevê-la integralmente com letras minúsculas (aids). A grafia AIDS ou Aids será mantida apenas nas citações diretas. Além de atender a norma gramatical, minha escolha por essa grafia tem também o objetivo de contribuir para reduzir o estigma da doença e o preconceito aos infectados. Afinal, aids é uma doença crônica como outra qualquer.

⁶https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6069:recomendacoes-inovadoras-da-oms-para-testagem-de-hiv-buscam-ampliar-cobertura-do-tratamento&Itemid=812.

Acesso em 18 nov 2020.

⁷ Lista completa disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/crde/pesquisadores/pesquisadores.htm>

educação – que, na publicação de Prado e Sayd (2004) aparecia com quatro – atualmente soma dez grupos de pesquisa. Em contrapartida, o Paraná mantém apenas o grupo da UEM embora no estado residam os brasileiros com a sétima maior expectativa média de vida entre as 27 unidades federativas⁸.

Os dados quantitativos acima sugerem a existência de espaços disponíveis para pesquisas sobre envelhecimento com predominância na área da educação. Para agregar robustez à argumentação, antecipo aqui a permanência da lacuna da educação na abordagem sobre idosos e HIV/aids, aspecto evidenciado na busca sistematizada desse estudo. Apenas 57% dos artigos apresentaram intersecção entre educação e saúde coletiva, indicando brecha na transdisciplinaridade do tema.

Embora suas raízes estejam na saúde coletiva, a prevenção de doenças – nomeadamente a aids – é influenciada por crenças, valores e outras questões históricas e socioculturais. Portanto, além da educação, pode alcançar também pautas científicas compartilhadas com a antropologia, sociologia, geografia, história e até com a economia na medida em que, independentemente da fonte de custeio, qualquer sistema de saúde depende de financiamento. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo brasileiro, os recursos são insuficientes para todos os níveis de atenção. Outra congruência entre saúde coletiva e economia remete à falta ou insuficiência de renda de indivíduos inativos e inabilitados para o trabalho.

Diante do exposto, vejo como bem-vindos estudos transdisciplinares⁹. E é justamente esse um dos desafios dessa pesquisa empírica: aproximar os campos da educação e da saúde para compreender a complexidade de fenômenos como envelhecimento, vulnerabilidade e HIV/aids. Desenvolvida na abordagem qualitativa, a investigação ouviu nove idosos praticantes de dança de salão, em Curitiba. Oxalá, o resultado contribua com a prevenção ao HIV em idosos.

1.1.2 Na perspectiva social: avanço do HIV em pessoas idosas

O Brasil é cada vez mais um jovem país de idosos. Em 2005, pessoas com mais de 60 anos representavam 9,8% da população brasileira. Em 2015, eles eram

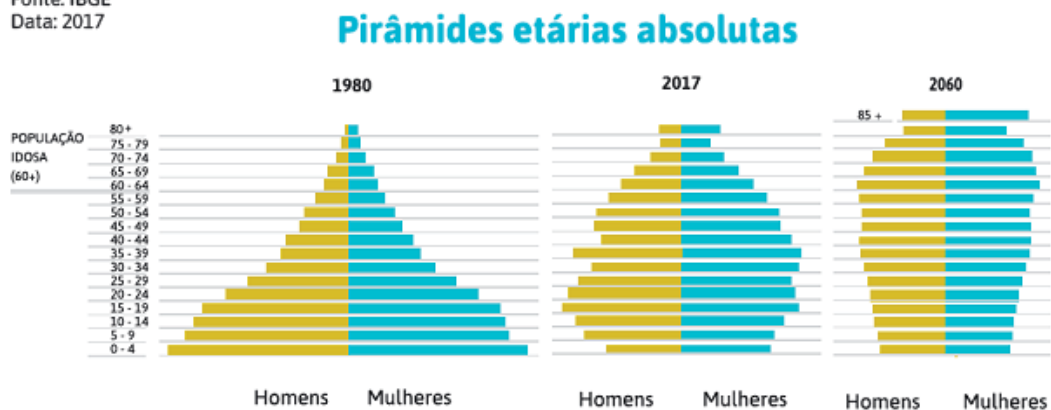
⁸ Conforme notícia da Agência Brasil: “Expectativa de vida aumenta mais de três meses e chega a 76,3 anos”. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-11/expectativa-de-vida-aumenta-mais-de-tres-meses-e-chega-763-anos>. Consulta em 19nov20, às 18h35.

⁹ A transdisciplinaridade pode ser compreendida como a associação de saberes para enfrentar as incertezas do conhecimento. Para Morin (2003, p. 56), significa “fazer a convergência de diversos ensinamentos, mobilizar diversas ciências e disciplinas, para ensinar a enfrentar a incerteza”.

14,3%. Em 10 anos, houve um aumento de 4,5% neste grupo etário (BRASIL, IBGE, 2016). Dados sobre expectativa de vida mostram que, 40 anos atrás, o brasileiro vivia 62,5 anos. Hoje chega 76,74 anos. Quarenta anos à frente a média de idade no Brasil aumentará para 81,04 (BRASIL, IBGE, 2020). A transição demográfica altera consideravelmente o desenho da pirâmide populacional:

IMAGEM 1 – PIRÂMIDES POPULACIONAIS ETÁRIAS

Fonte: IBGE
Data: 2017



FONTE: IBGE (2017)

O envelhecimento humano é um avanço social mundial. Além de celebrado, suscita indagações acerca das condições físicas, sociais, mentais e espirituais disponíveis para o desfrute da elasticidade no tempo de vida. Há perspectivas estimulantes e desafiadoras de contribuição à temática. Por ora, me debruço sobre o avanço do HIV/aids como obstáculo ao envelhecimento saudável – ou seja, à condição de “desenvolver e manter a habilidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada” (OMS, 2020, p.13).

Como pandemia, a aids ignora fronteiras, idade, sexo, gênero, etnia, religião ou estrato social. Qualquer pessoa em contato com o sangue ou fluidos contaminados pode ser infectada. Contudo, majoritariamente, está na prática sexual a principal porta de entrada do vírus no organismo, inclusive na pessoa idosa. Envelhecimento “não representa sinônimo de incapacidade funcional, dependência ou ausência de vivências sociais e sexuais” (VIEIRA *et al.*, 2016).

No entanto, a vivência da sexualidade na velhice segue como tabu. O senso comum construiu a imagem da pessoa idosa como assexuada e, portanto, com essa característica, ‘isenta’ de risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), conforme identificado em estudo sobre HIV em idosos brasileiros:

Apesar do crescimento desenfreado neste perfil de infectados, muito se investe nas estratégias da epidemia para populações-chave, como homens que fazem sexo com homens, transexuais, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e população presidiária, e a atenção é menos voltada aos outros perfis, como no caso dos idosos (BRITO *et al.*, 2016; p.141)

Não raramente, a percepção dos próprios idosos, familiares, cuidadores, profissionais de saúde e da sociedade em geral leva à discriminação, estigmatização e preconceito da prática sexual por idosos, reforçando a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Entre pessoas idosas LGBTI+, tais atitudes podem ser intensificadas em contextos de violência vinculada à identidade de gênero.

Portanto, na perspectiva social, essa pesquisa joga luz à invisibilidade do idoso e sua sexualidade, especificamente no campo da prevenção ao HIV/aids. E identifica fatores de risco e proteção em idosos e idosas socialmente ativos.

1.1.3 Na perspectiva pessoal: nos caminhos da saúde

Em março de 2018, quando iniciei o mestrado com a motivação de investigar a vulnerabilidade de idosos ao vírus da aids, não imaginava que, dois anos depois, durante a redação da pesquisa, mais uma condição de vulnerabilidade seria imposta a toda humanidade por outro vírus. Desde o final de 2019, quando foram notificados os primeiros casos de covid-19 em humanos, na China, o Sars-CoV-2 avançou rapidamente pelos continentes, chegando, inclusive, a localidades remotas.

No Brasil, está atingindo duramente comunidades indígenas e quilombolas, populações historicamente dizimadas desde a ocupação da terra de pau-brasil por europeus. E assim a pandemia segue territórios afora, país adentro, desenhada no contorno de traços mortais, especialmente entre os mais pobres. Desdobramentos da miséria matam mais do que qualquer vírus – e sem a esperança de imunização por vacinas.

Essa crise sanitária, econômica e social não nos revela novidades; apenas escancara o abismo da desigualdade social. É democrática somente ao oferecer a toda população mundial, simultaneamente, sensações de ansiedade, estresse, inseguranças, incertezas e, em muitos casos, o adeus prematuro aos que partiram para nunca mais voltar. Vivi e vivo isso. Por outro lado, a pandemia me reaproximou de vínculos afetivos e profissionais construídos ao longo da trajetória como jornalista da área de saúde.

O HIV e o novo coronavírus guardam distância cronológica de 40 anos. Entretanto, os “primeiros tempos” de ambos são bastante similares. Suponho que anos adiante será banido o termo ‘grupo de risco’ para designar os mais suscetíveis à covid-19 assim como ocorreu com o HIV. Na década de 1990, a estigmatização do chamado ‘grupo de risco’ impulsionou o ativismo e a luta por direitos. Hoje se fala em ‘população-chave’ em HIV/aids. Na condição de jornalista, utilizei o termo várias vezes ainda sem (re) conhecer suas entrelinhas. Grafei ‘AIDS’ algumas vezes; porém, logo aderi à recomendação do Ministério da Saúde para que a imprensa passasse a utilizar ‘aids’ como forma de mitigar o preconceito sobre a doença.

Neste mês de dezembro, exatamente o mesmo que defendo essa dissertação, estou completando vinte e seis anos da graduação em Comunicação Social, sendo uns vinte deles nos caminhos da saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde. Neste período, a população brasileira envelheceu; a transmissão vertical de HIV diminuiu ou zerou; o esquema nacional de vacinação incluiu imunização contra o HPV¹⁰ e o H1N1. A primeira vacina é para um tipo de IST e a segunda é para um tipo de gripe e destina-se prioritariamente a idosos. Ao mesmo tempo, houve importantes avanços nas terapias antirretrovirais para HIV.

Hoje o SUS vive na mira da privatização mas (ainda) continua público e universal para os 210 milhões de brasileiros e brasileiras. Essa configuração do sistema de saúde brasileiro é uma luta histórica e herança da redemocratização do país. Apesar das limitações em estrutura, financiamento e gestão, oferece o principal suporte assistencial às mais de 6.880.595 de pessoas diagnosticadas com covid-19, até 12 de dezembro de 2020¹¹. Sem o SUS, extrapolaria consideravelmente o número de 181.143 vítimas fatais neste vasto território de profundas e marcantes desigualdades sociais e regionais.

Nesta longa caminhada compreendi que saúde não existe isoladamente. Tão logo descobri a transdisciplinaridade, embarquei no movimento da educação. Hoje estou jornalista e pesquisadora. Da saúde e da educação. O atual estudo instiga, nutre e intensifica minha intencionalidade de lapidação de conhecimentos no tripé comunicação-saúde-educação. Simultaneamente, inspira novas pautas na

¹⁰ Segundo Glossário de Saúde Pública, do Ministério Público do Paraná, existem cerca de 70 tipos de Papiloma Vírus Humano (HPV) e alguns podem induzir à formação de células cancerígenas. A principal via de transmissão é a sexual, tanto em homens quanto em mulheres.

¹¹ Conforme notícia do UOL: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/brasil-registra-690-novas-mortes-por-covid-19-mostra-consorcio-de-imprensa.shtml>

divulgação e popularização da ciência, neste e em temas transversais, na medida em que amplia o diálogo entre produção acadêmica e conhecimento popular.

1.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

*“As ideias antagônicas de morte e vida são,
ao mesmo tempo, complementares e antagônicas”
(Edgar Morin, em Cabeça bem-feita)*

O aumento da expectativa de vida ao nascer¹² e a queda na taxa de natalidade levam o mundo ao processo de envelhecimento populacional. Em 2020, pela primeira vez na história, pessoas com 60 anos ou mais estarão em maior número em relação às crianças abaixo de 5 anos e em 2050 representarão mais do que o dobro de crianças com menos de 5 anos (OMS, 2020). O Brasil contribuirá consideravelmente com o cenário mundial. Projeções indicam que idosos serão 35% da população em 2070 (BRASIL, 2016).

“O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida” (VERAS, 2009, p. 549). Concordo com ele e indago: Em que condições, pessoas idosas vivem e viverão, em diferentes territórios, culturas e economias? Quais os fatores determinantes para o bem-viver de pessoas cujas marcas do tempo, impressas no corpo e na mente, vão além do desgaste natural após uma longa caminhada? Há uma diversidade de questões e desafios para a sociedade. Mas, afinal, quando alguém se inaugura na velhice?

A exemplo das demais etapas da vida, a velhice vem acompanhada de transformações e experiências políticas, culturais, sociais e econômicas. “As formas de viver a velhice podem ser bastante diversificadas, quer em termos de condições materiais e mobilização de apoios, quer em matéria de visão subjetiva do envelhecimento” (ABOIM, 2014, p. 209).

Normalmente, o carimbo ‘idoso’ vem na cronologia. No Brasil, o marco são os 60 anos – idade considerada pelas três principais legislações de respaldo a esse

¹² De acordo com o DataSUS, expectativa de vida ao nascer é o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa10.htm>

grupo populacional: Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994)¹³, Estatuto Nacional do Idoso (Lei nº 10.741, de 1.º de outubro de 2003)¹⁴ e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006)¹⁵. Elas abrangem os direitos e os deveres de mais de 28 milhões de pessoas em território brasileiro. Entretanto, em algumas situações, a idade é outra.

Por exemplo: na cidade de Curitiba são considerados os 65 anos para a concessão da gratuidade no ônibus, dentro do perímetro urbano. Como o transporte público está vinculado à legislação municipal, os 5.570 municípios brasileiros têm autonomia para decidir isso. No caso de viagem interestadual, o Decreto nº 5.934 (de 18 de outubro de 2006) determina a reserva de duas vagas gratuitas às pessoas com 60 anos ou mais e renda igual ou inferior a dois salários mínimos.

Existem outros exemplos no Brasil e no mundo sobre a falta de consenso sobre a idade inaugural da velhice. “Há uma clara tendência à distinção entre jovens idosos – sexagenários-septuagenários saudáveis e ativos e idosos velhos – octogenários em diante, mais frágeis e dependentes” (NEGREIROS, 2004, p.79).

Com a elasticidade da vida cada vez maior, surgem, aqui e acolá, propostas para estender o parâmetro cronológico. Segundo Lima e Mendes (2019), na Itália, em 2018, a Sociedade Italiana de Geriatria e Gerontologia mudou de 65 anos para 75 anos o limite etário para considerar o indivíduo como idoso. O argumento é que uma pessoa de 65 anos hoje tem funções cognitivas e físicas semelhantes às de uma pessoa entre 40 e 45 anos que viveu há 30 anos.

A Itália é o segundo país mais envelhecido do mundo, 29,84% de sua população acima de 60 anos, acompanhada de perto por Portugal, com 29,37%. O Japão é o primeiro no ranking mundial, com 34,32% da população com 60 anos ou mais. Os dados são FGV Social¹⁶, que se baseou na proporção de pessoas idosas em 197 países do mundo.

Permanecendo na Europa e retornando à questão da mobilidade: no além-mar, alguns governos e representantes da sociedade civil reforçam estratégias de apoio ao envelhecimento ativo. No Reino Unido, uma das maiores seguradoras de saúde concede benefícios para os clientes idosos que deixam seus carros parados e

¹³ Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

¹⁴ Disponível: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/530232/estatuto_do_idoso_1ed.pdf

¹⁵ Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

¹⁶ Disponível em https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/ranking/COVID_Mundo.htm Acesso em 19 nov. 2020

se deslocarem a pé, utilizando podômetro com monitor cardíaco. Também há descontos aos que fazem atividades físicas em academias (VERAS, 2009, p. 553).

A saúde orgânica é um dos eixos norteadores para o bem-viver no último ciclo vital e sua manutenção segue como desafio porque, segundo a OMS, a atual geração de idosos não goza necessariamente de melhor saúde embora viva mais que as anteriores. Portanto, prolongamento da vida não é sinônimo de garantias qualitativas na diferença etária entre países. Tampouco boa saúde referencia garantias igualitárias. “Há uma diferença média de 31 anos na expectativa de vida saudável no nascimento e de 11 anos para a expectativa de vida saudável aos 60 anos entre os variados países” (OMS, 2020, p. 2).

As desigualdades nas condições de envelhecimento são influenciadas pela violência, desemprego, fome e pobreza, além de raça/cor, gênero e classe social e podem levar a múltiplas expectativas de vida, inclusive dentro do mesmo país. No Brasil, alguns territórios mantêm índices comparados com os do Japão e outros se igualam à África subsaariana (LIMA; MENDES, 2019, p.3)

Populoso e com dimensões continentais (mais de 8,5 milhões de quilômetros quadrados), além de diferenças marcadamente geográficas, o Brasil tem acentuados contrastes econômicos, sociais e culturais. De acordo com a Agência Brasil¹⁷, o brasileiro vive, em média, 76,3 anos. Comparando os 26 estados e o distrito federal, surge uma amostra interestadual da expectativa de vida: em 2018, quem morava no Maranhão vivia em média 8,6 anos a menos do que o morador de Santa Catarina, unidade federativa com a mais alta expectativa de vida (79,7 anos). O estado do Paraná – cuja capital é Curitiba, local da pesquisa – ocupa o sétimo lugar no ranking nacional (77,1 anos).

Garantias qualitativas e igualitárias no processo de envelhecimento são desafios a serem enfrentados não somente pelo Brasil. Efeitos e desdobramentos desse ponto estão na pauta da Organização Mundial da Saúde, que lançou um plano para promover a Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030. O documento propõe ações de melhoria de vida da pessoa idosa, suas famílias e comunidade por meio do esforço coletivo e engajamento global. Nesta pesquisa, acompanho a OMS (2020, p. 3) ao aceitar que envelhecimento saudável significa

¹⁷ Conforme notícia da Agência Brasil: “Expectativa de vida aumenta mais de três meses e chega a 76,3 anos”. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-11/expectativa-de-vida-aumenta-mais-de-tres-meses-e-chega-763-anos>. Acesso em 19nov2020, às 18h35.

“desenvolver e manter a habilidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”. Já por habilidade funcional entendo:

A habilidade funcional é determinada pela capacidade intrínseca de um indivíduo (isto é, a combinação de todas as capacidades físicas e mentais do indivíduo), pelo ambiente em que ele ou ela vive (compreendido no sentido mais amplo possível e incluindo os ambientes físico, social e político) e pelas interações entre eles (OMS, 2020, p.3).

O envelhecimento saudável abrange todo o curso de vida e é proposto para todos os indivíduos, independentemente de estarem livres de doenças ou não. Além de fatores físicos e mentais e a presença ou ausência de doença, o envelhecimento saudável depende ainda dos ambientes nas quais as pessoas viveram e vivem. Portanto, é influenciado também pelo resultado de experiências e vivências políticas, culturais, sociais e econômicas ao longo da vida, resultando em diferenças em escolhas saudáveis e em dar e receber apoio quando necessário. Iniquidades em saúde, educação, emprego e renda podem iniciar na infância e, em maior ou menor intensidade, acompanhar a pessoa ao longo da vida. Pessoas com saúde debilitada encontram restrições no trabalho, renda e se aposentam mais cedo. Gênero, cultura e etnia acentuam desigualdades no processo de envelhecimento saudável (OMS 2020). A partir desse conjunto complexo de condições, a OMS definiu quatro macro áreas estratégicas no plano para a Década do Envelhecimento Saudável:

- Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento;
- Garantir que comunidades promovam as para das pessoas idosas;
- Entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa;
- Propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem.

Essa dissertação interliga-se a todas; contudo, para delinear o problema de pesquisa darei prioridade à primeira: “mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento”. A pessoa idosa, que contribui e contribuiu para o desenvolvimento da sociedade, enfrenta consideráveis obstáculos apoiados em estereótipos, preconceitos e discriminação.

A estereotipação (a forma como pensamos), o preconceito (a forma como sentimos) e a discriminação (a forma como agimos) em relação às pessoas com base em sua idade, ou a discriminação por idade, afetam pessoas de todas as idades, mas tem efeitos especialmente deletérios sobre a saúde e o bem-estar da pessoa idosa (OMS, 2020, p. 9).

Não raramente a velhice é vista como sinônimo de doença, perda, atrofia, estagnação, incapacidade, dependência e improdutividade. Disso resulta também a ideia socialmente construída de que a pessoa idosa é assexuada – ou seja, que não sente desejo sexual. Portanto, nesta condição limitante, não vive a sexualidade. O tema acomoda-se como tabu amparado em preconceitos sobre a degradação biológica. O silêncio prevalece, impondo barreiras que influenciam a tomada de decisões, a educação em saúde e o bem-viver da pessoa idosa.

1.2.1 Delineamento do problema

Como resultado da concepção histórico-cultural, até meados do século XX, a atividade sexual na vida adulta vinculava-se à reprodução humana, apresentando declínio aproximadamente aos 50 anos com a menopausa feminina e a disfunção erétil masculina. Nas últimas décadas, a sociedade se distanciou dessa concepção e a vida sexual passou a ser componente de bem-estar e realização dos indivíduos durante toda sua vida (VASCONCELLOS *et al.*, 2004).

Ainda sob o olhar biológico, mesmo considerando mudanças hormonais e outras alterações no organismo de homens e mulheres, a sexualidade é mantida no processo de envelhecimento. Velhice não é obstáculo para o exercício pleno e satisfatório da sexualidade na medida em que idosos e idosas descobrem outras configurações de relações íntimas e sexuais:

As próprias mudanças que cercam a sexualidade do idoso, implicando na necessidade de estimulações intensificadas, acabam por possibilitar relações amorosas mais prolongadas e carinhosas, que não se encerram com o orgasmo, tornando a comunicação com o outro e com o mundo, mediante o ato sexual, ainda mais íntima e prazerosa (RUFINO; ARRAIS, 2011, p. 226).

Em outras palavras, a sexualidade mantém-se como desencadeadora de afeto, prazer, desejos, fantasias, emoções e outras sensações com impacto na vida pessoal, social e cultural da pessoa idosa. Por essa característica – intrinsecamente

vinculada à qualidade de vida – e a outras citarei adiante, impossível desvincular sexualidade do processo de envelhecimento saudável e ativo.

Importante ressaltar ainda que, prolongando-se o tempo de vida, alarga-se também o tempo disponível para experiências em torno da sexualidade, incluindo – não somente, mas também – o ato sexual, principal forma de transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). O HIV/aids integra esse conjunto de doenças cuja infecção entre idosos não é exceção. Tal realidade tem despertado o interesse de pesquisadores em analisar comportamentos que levam ao risco ao HIV.

A ausência da proteção pode estar “protegida” por contextos socioculturais e educacionais: desinformação sobre a doença, a falta de habilidade na colocação do preservativo, o excesso de confiança no parceiro, entre outros motivos identificados em estudos como esse com 510 idosos, no Rio de Grande do Sul:

Nos domínios "conceito" e "transmissão", 49,4% desconheciam a fase assintomática da infecção pelo HIV e 41,4% acreditavam que a aids poderia ser transmitida pelo mosquito. No âmbito dos domínios "prevenção" e "vulnerabilidade", 25,5% não sabiam da existência da camisinha feminina e 36,9% consideravam a aids uma síndrome somente de homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas. Quanto ao "tratamento", 12,2% ignoravam a sua existência (LAZZAROTTO *et al.*, 2008, p. 1833).

Juntamente com o Rio Grande do Sul, os estados do Paraná e de Santa Catarina compõem a região Sul do Brasil onde estão concentradas 20,1% do total de 300.496 notificações de infecção pelo HIV, no período entre 2007 e junho de 2019. No Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019, p. 35), o contabilizado no Sul deixa para trás somente a região Sudeste (45,6%). Em seguida aparecem o Nordeste (18,3%), Norte (8,7%) e Centro-Oeste (7,3%).

Partindo dos dados gerais e chegando à segmentação etária, os números indicam avanço do HIV na população idosa. Em 2007, de acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017, p. 25), foram notificados 161 casos em pessoas a partir de 60 anos, sendo 92 homens e 69 mulheres. Em 2017, os casos notificados até 30 de junho¹⁸, aumentaram para 5128, sendo 335 homens e 193 mulheres.

Cenário similar é observado em Curitiba, capital do Paraná: entre 2007 e 2008 dobrou o total de casos notificados de HIV em pessoas com idade igual ou

¹⁸ Os dados compilados anualmente referem-se à semana epidemiológica encerrada em junho.

superior a 60 anos, aumentando de 16 para 32, conforme demonstrado no Boletim Epidemiológico de HIV/aids (CURITIBA, 2015, p. 24)¹⁹. Entre os homens, os casos notificados ultrapassaram os 100%, saltando de 10 para 21. Porém, como os dados destoam consideravelmente de outros balanços anuais, vale mencionar que no período pode ter havido estratégia pontual para notificação. Esses números indicam a ponta do iceberg, mas, afinal, o que está abaixo da superfície?

1.2.2 Pergunta de pesquisa

Como vimos, a sexualidade acompanha o indivíduo ao longo da trajetória de vida – portanto, também no processo de envelhecimento. Exercê-la com dignidade é um direito da pessoa idosa. O contrário alimenta e reforça a vulnerabilidade inerente à condição da natureza humana. Eis o desafio que me moveu para esse estudo: a vulnerabilidade de idosos de Curitiba ao HIV/aids.

Para essa investigação elegi pessoas idosas que praticam dança de salão – atividade em que, supostamente, a pessoa se expressa com maior intencionalidade para a sexualidade e subjetividade a ela interligada. O contexto social da dança a dois, ou dança de salão, revela o protagonismo social de homens e mulheres ativos que interagem e se expressam por meio da dança.

Associando os elementos delineados no universo da pesquisa, identifiquei três questões norteadoras: O ambiente da dança de salão favorece a vivência da sexualidade pela pessoa idosa? Qual o nível de conhecimento da pessoa idosa sobre HIV? Quais fatores interferem na prevenção ao HIV? Juntas e associadas, elas me direcionaram a essa pergunta de pesquisa: Como as pessoas idosas que vivenciam a dança de salão, regularmente, em Curitiba, conhecem e atuam em relação à sua vulnerabilidade em relação ao HIV/aids?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

¹⁹ Durante a pesquisa, esse foi o Boletim Epidemiológico de HIV/aids mais atualizado disponível no site da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Compreender o avanço da infecção por HIV em idosos, em Curitiba, a partir de como eles reconhecem e atuam em relação à sua vulnerabilidade.

1.3.2 Específicos

1.3.2.1 Investigar a maneira como a dança de salão se relaciona à sexualidade vivenciada por idosos.

1.3.2.2 Identificar fatores de vulnerabilidade de idosos que dançam a dois à infecção por HIV.

1.3.2.3 Analisar a relação entre educação e saúde, na prevenção ao HIV em idosos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica fornece subsídios para a análise e discussão dos dados empíricos produzidos e também evidencia o que estudiosos e pesquisadores construíram ao longo do tempo sobre as temáticas que constituem os focos de interesse desta dissertação de mestrado em educação.

A forma de acesso aos materiais teóricos constitui metodologia importante para o direcionamento da discussão e confiabilidade da análise. Para essa pesquisa optei por dois caminhos teórico-metodológicos, a revisão de literatura e a busca sistematizada, a serem descritos na sequência. Esclareço que alguns critérios foram desenhados em limites e possibilidades de recursos tecnológicos, nas condições pessoais frente ao contexto da pandemia da covid-19 e no tempo necessário para o cumprimento das etapas da construção da dissertação.

2.1 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura contemplou livros, teses, artigos científicos, textos jornalísticos, vídeos, *websites*, manuais, relatórios e boletins epidemiológicos. “A revisão de literatura resultará do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e o problema de pesquisa escolhidos” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 37). É o mapeamento inicial para indicação do percurso da pesquisa e

avaliação de sua originalidade: “Uma procura de tais fontes, documentais ou bibliográficas, torna-se imprescindível para a não duplicação de esforços, a não ‘descoberta’ de ideias já expressas, a não-inclusão de ‘lugares-comuns’ no trabalho” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 225).

Durante a revisão de literatura, primeiramente realizei a busca sistematizada e, na sequência, defini sete subtemas e seus respectivos autores como referenciais teóricos como guias para esse estudo:



2.1.1 Vulnerabilidade: adjetivo comum de todos

Ao estudar a linguagem e as reações corporais a partir das emoções, o psicanalista Alexander Lowen (1910-2008) identificou que, todo paciente, ao se livrar de defesas conscientes, relata se sentir vulnerável. Afinal, cada um e todos somos. “[...] É a natureza da vida; no entanto, não nos sentimos vulneráveis se não somos atacados. Todos somos mortais, mas não sentimos que estamos a ponto de morrer a

menos que percebamos a falta de algo crucial para o funcionamento do corpo” (LOWEN, 2017, p.116)

Vulnerável é um adjetivo com único uso tanto para o feminino quanto para o masculino. É o chamado comum de dois. Neste estudo, peço licença à gramática, e o classifico como ‘comum de todos’ pois a vulnerabilidade integra inexoravelmente a natureza humana. Neste sentido, corroboro a afirmação de Romero (2009) que todas as pessoas são vulneráveis (daí a ideia do comum de todos). As condições pessoais e/ou sociais (coletivas) – como pobreza e falta de acesso a políticas públicas, por exemplo – potencializam ou minimizam a condição de vulnerabilidade.

Do comum de todos, ao senso comum: o vocabulário à margem da linguagem científica também referencia vulnerabilidade como fragilidade e suscetibilidade ao dano. Este é o caso da cobertura jornalística durante a pandemia de covid-19 onde o termo adaptou-se rapidamente aos conteúdos veiculados em portais de notícias, jornais digitais e blogs.

Um breve exercício de busca da palavra ‘vulnerabilidade’ na *web* me levou a citações nas principais editorias: Saúde, Educação, Cidades, Cultura, Esportes, Meio Ambiente, Economia, Política, Ciência/Tecnologia e Internacional. Todas vestem a vulnerabilidade com o mesmo uniforme que designa algum tipo de risco. Com um recorte intencional, selecionei nove veículos online que podem ser considerados referência em apuração de fatos e a checagem de notícias²⁰. Neles, a partir de publicações aleatórias entre março e setembro de 2020, período coincidente com os primeiros seis meses da pandemia de covid-19, identifiquei sete eixos temáticos de acomodação de ‘vulnerabilidade’:

- Saúde (idosos, imunodeprimidos, pessoas com transtornos mentais)
- Raça e etnia (pretos, quilombolas, indígenas, refugiados)
- Trabalho (autônomos, prostitutas, profissionais de saúde e educação)
- Sexo e gênero (mulheres, população LGBTI+, violência doméstica)
- Moradia (pessoas em situação de rua, áreas rurais, periferias ou favelas, população distante da assistência hospitalar ou sem saneamento básico)
- Ciência/Tecnologia (vacina, internet, computador, *smartphone*)
- Economia (mercado financeiro, investimentos, balança comercial)

²⁰ Veículos pesquisados: Nexo Jornal, Agência DW, Poder360, Carta Capital, Jornalistas Livres, Mídia Ninja, Outras Palavras, Plural Jornal e Agência Pública.

Se considerarmos apenas uma abordagem – a inexistência da imunização por meio de vacina, que se encaixaria no eixo da Saúde e/ou Ciência/Tecnologia – já estariam vulneráveis todos os seres humanos do mundo, incluindo quem nega a ciência. Portanto, são inúmeras as possibilidades de enquadramento do adjetivo ‘vulnerável’ em sua forma ‘tão comum de todos’, especialmente em tempos de crise sanitária, social e econômica mundial imposta pelo novo coronavírus.

Contexto histórico da vulnerabilidade

Etimologicamente, a palavra tem origem no latim “derivando de *vulnus (eris)*, que significa ‘ferida’. Assim sendo, a vulnerabilidade é irreduzivelmente definida como susceptibilidade de se ser ferido” (NEVES, 2006, p. 158). Suscita a ideia, portanto, de dano físico, emocional ou social, “que metaforicamente remete ao significado de magoar, ofender, ferir sentimentos ou moral. Vulnerabilidade traz à consciência nossa condição de humanidade” (SEVALHO, 2018, p. 179).

Vencida a etapa da etimologia, recuo sete décadas para vislumbrar na Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH (1948) o contexto histórico do possível marco inicial da construção do conceito, quando a advocacia internacional passou a utilizar ‘vulnerabilidade’ para referenciar a condição de fragilidade de pessoas com direitos negados ou excluídos. A DUDH engloba trinta artigos vinculados à dignidade, liberdade, proteção, segurança, educação, saúde, moradia, entre outras condições para a dignidade da vida humana. O documento está publicado em 501 idiomas e dialetos, sendo o mais traduzido mundialmente (ONU BRASIL, 2016). Apesar do alcance das traduções e dos avanços em direitos humanos, a sociedade ainda vive, convive e sobrevive com fragilidades estruturais em políticas públicas na efetivação de garantias. Uma linha do tempo agregaria elementos para a discussão; contudo, me distanciaria do delineamento do estudo. Assim, a partir da DUDH me desloco três décadas à frente, chegando ao contexto de articulação de eixos políticos e sociais da vulnerabilidade:

A vulnerabilidade como categoria política e social ganhou presença desde finais da década de 1970. Crises contemporâneas do mundo do trabalho, com mobilidade, trajetórias laborais de percurso descontínuo e enfrentamento individual das contingências, constituem traços firmes das sociedades atuais, produzidos pela erosão dos sistemas de proteção social (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015; p. 240).

Nesta época, durante a ditadura militar, nasce no Brasil o movimento social de resistência voltado a incentivar, promover e criar a prática da saúde coletiva, defendendo, entre outras mudanças, a inclusão das ciências sociais nos currículos dos cursos de medicina para construir uma visão mais ampla do indivíduo que existe e age social e historicamente. Essa corrente avança durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), concretizando-se como um dos pilares da Reforma Sanitária Brasileira (NUNES, 1994).

Na década seguinte, desponta a construção conceitual de vulnerabilidade no campo da saúde, a ser especificada mais adiante. Desde então, a concepção vem se estendendo a outras dimensões das ciências da saúde: Bioética, Saúde Mental, Saúde Ambiental e Epidemiologia (SEVALHO, 2018). E, também, permeando outros solos e germinando em campos transdisciplinares da Educação, Direito Penal, Assistência Social, Antropologia, História, Sociologia e outros.

As ciências jurídicas, a informática, as ciências econômicas, a geografia, a geologia etc. empregam o conceito de vulnerabilidade para designar objetos e situações diversas. No contexto da economia, por exemplo, vulnerabilidade significa instabilidade financeira, crises, volatilidade de preços etc., ou seja, situações que perturbam um curso desejado de eventos antes existentes. (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015; p. 240).

Com reflexão crítica sobre a formação do conceito de vulnerabilidade nas perspectivas conjuntas de Saúde e Assistência Social, Carmo e Guizardi (2018) identificaram pontos de convergência que “representam as múltiplas determinações que incidem sobre os contextos de cidadãos que vivenciam frágil ou nulo acesso a direitos” (p. 10). As autoras afirmam ainda que o termo amplia a compreensão dos múltiplos fatores que fragilizam os sujeitos no exercício de sua cidadania.

Vulnerabilidade e educação em saúde

Em Pedagogia da Autonomia, Paulo Freire (2002, p. 25) afirma: “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”. Corroborando, Queiroz, Ruiz e Ferreira (2009) salientam que a autonomia de idosos deve permanecer como princípio da dignidade humana embora haja vulnerabilidade, a exemplo de outras faixas etárias,

variando em fatores e intensidade. Para as autoras, a vulnerabilidade deve ser considerada um fator que prioriza o respeito e “não é uma condição para diminuir a autonomia do idoso nem tampouco infantilizá-lo” (QUEIROZ; RUIZ; FERREIRA, 2009, p. 25). Assim, a educação libertadora concebida por Paulo Freire reverbera nas concepções de vulnerabilidade desse estudo:

Vulnerabilidade não é conceito especialmente trabalhado por Freire, embora seus sentidos e representação na Saúde Coletiva permitam pensá-lo juntamente com autonomia e dependência, no contexto das relações de opressão social que constituem enfoque central na reflexão freireana (SEVALHO, 2018, p.182).

Autonomia envolve dignidade, integridade, liberdade e outras condições interentes ao bem-estar de indivíduos em qualquer idade. Por isso, esse componente integra as prioridades transversais de programas e planos nacionais e internacionais de promoção do envelhecimento saudável:

A autonomia depende fortemente do atendimento das necessidades básicas de um adulto maior e, por sua vez, possui grande influência sobre a dignidade, integridade, liberdade e independência dos adultos maiores e tem sido repetidamente identificada como um componente central de seu bem-estar geral (OMS, 2015, p. 20).

No campo da educação, na proposta pedagógica de Freire, a autonomia leva ao protagonismo do sujeito apreendente à construção de conceitos e visão de mundo. “Saber que devo respeito à autonomia e à identidade do educando exige de mim uma prática em tudo coerente com esse saber” (FREIRE, 2002, p. 25). Além da autonomia do poder-fazer, os saberes de Freire (1997; 2002) também nos ensinam a importância da dialogicidade, em que sujeitos apreendem e crescem na diferença, e a problematização da realidade como caminho para despertar o interesse pelo conhecimento. As diretrizes freirianas também alcançam a educação em saúde, que neste estudo está sendo considerada como:

[...] O processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social (BRASIL, Funasa, 2007, p.21).

Com outras palavras, Meyer *et al.* (2006, p. 1338) descrevem educação em saúde como um processo interligado a duas partes: uma instância importante de

construção e veiculação de conhecimentos e uma voltada “aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável e o processo saúde/doença quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais”.

No entanto, ainda conforme esses autores, prevalece o modelo clássico, sob o enfoque da relação saúde-doença, baseada na “prescrição de comportamentos tecnicamente justificados como únicas escolhas possíveis para o alcance do bem-estar de todos os indivíduos” (MEYER *et al.*; 2006, p. 1336). Essa condição distancia a educação em saúde de sua base conceitual que, de um lado considera a formação tecnicista e a orientação normativa do profissional de saúde; e, de outro, um jeito de pensar e fazer saúde pautado na experiência e nas inquietudes dos profissionais diante da complexidade da vida (Stotz *et al.*, 2005).

Além da informação objetiva para adoção de hábitos saudáveis, a educação de indivíduos e grupos sociais considerar a diversidade cultural e as experiências de vida das pessoas, considerando-as seres sociais e históricos e, portanto, integrantes de um processo participativo e crítico. O contrário baseia-se na educação bancária – ou seja, mecânica, automática e técnica. “Educação tem a ver com formação e não com treinamento. A educação vai além da mera transferência de técnicas” (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2016, p. 37).

Neste sentido, em que medida torna-se interessante apenas ensinar idosos a colocarem preservativo para prevenção ao HIV? Essa pergunta ecoa por meio de outra, igualmente provocativa, que resultou em título do artigo ‘*Você aprende. A gente ensina?*’ *Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade*, onde foi discutida a questão:

Os projetos educativos em saúde se seguem sendo majoritariamente inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que “a gente detém e ensina” para uma “população leiga”, cujo saber viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão. Assume-se que, para “aprender o que nós sabemos”, deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida (MEYER *et al.*, 2006, p.1336).

Para Freire (2002, p. 28) “aprender é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada”, que acontece num movimento de participação onde sujeitos assumem a condição de educandos e educadores, simultaneamente, revelando-se homens e mulheres protagonistas da construção do conhecimento. Portanto, “ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, meditalizados pelo mundo”.

Vulnerabilidade no campo da saúde

A construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionada ao esforço e à superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco (MEYER *et al.*, 2006). Na década de 1980, a noção de vulnerabilidade despontou vinculada aos que estavam adoecendo por aids. Uma vez identificadas essas pessoas e suas características, a elas coube um ‘enquadramento’ em grupos de risco, reforçando o preconceito, a discriminação e a estigmatização, conforme anteriormente abordado.

O viés reducionista ignorava a combinação entre atitude individual e contextos sociais, econômicos, culturais e políticos e aumentava o preconceito a gays e outras identidades sociais. Ao mesmo tempo, permitia que grupos populacionais em geral desconsiderassem o HIV como um risco real para si. Tal noção contrariava a própria dinâmica da pandemia, que avançava ignorando não só fronteiras entre países como também gênero, orientações sexuais, etnias, religiões e estratos sociais (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2011; AYRES *et al.*, 2009). Portanto, vulnerabilidade no campo da saúde e o ativismo em HIV/aids formaram uma intersecção.

No livro *Aids no Mundo*, Mann, Tarantola e Netter (1993) apresentaram uma metodologia para estabelecer padrões quantitativos na identificação das condições de vulnerabilidade ao HIV. Foi esse o marco para que ‘grupo de risco’ cedesse espaço a ‘comportamento de risco’. Com a nova terminologia, difundiu-se a ideia de que toda a população em geral é suscetível e vulnerabilidade em HIV passou a ser entendida como:

[...] o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (AYRES *et al.*, 2009, p.127).

Concordo com os autores especialmente porque não isolam o componente individual (o eu), considerando também os aspectos coletivo (a sociedade) e contextual (o Estado), com características específicas, conforme detalham:

Componente individual: diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras. Componente social: diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades efetivas de metabolizá-las e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos, como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder depender-se delas etc. Todos esses aspectos devem ser, portanto, incorporados às análises de vulnerabilidade. Componente programático: para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltado nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/Aids, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo indivíduos diante da epidemia (AYRES *et al.*, 2009, p. 127).

Risco e vulnerabilidade têm proximidade de significados, especialmente pela relação histórica com a pandemia de aids. Contudo, existem diferenças delineáveis em bases técnicas e científicas em saúde. Embora as contribuições de Ayres *et al.* (2009) sejam fruto das sementes do campo da saúde coletiva e do enfrentamento à aids – pontos da tessitura dessa pesquisa –, os autores afirmam que, na produção do conhecimento, o quadro da vulnerabilidade abre perspectivas interessantes na medida em que dialoga com outras disciplinas e reconhecem as contribuições das relações partes-todo no desenvolvimento da apreensão teórica da saúde coletiva.

2.1.2 Pensamento Complexo

A partir da visão transdisciplinar entre saúde coletiva e educação, as concepções de vulnerabilidade trazidas anteriormente inspiram outra discussão: as relações partes-todo. A compreensão desse sistema fornece recursos para superar obstáculos e chegar a um local onde se constrói a leitura global do mundo.

As partes e o todo só existem juntos, relacionando-se entre si. Exatamente por essa especificidade, se nutrem mutuamente e, ao mesmo tempo, conservam suas especificidades. “Uma parte não está somente dentro de um todo. O todo está também dentro da parte; o indivíduo não está somente dentro da sociedade, a sociedade enquanto todo está também no indivíduo” (PETRAGLIA, 2011, p. 90).

Compreendido como indivíduo integrante das partes constituintes do todo, o sujeito é interdependente e interage com a sociedade. Por sua vez, a sociedade (o todo) é constituída pela individualidade do sujeito (a parte). Trata-se associação sem restrição. “O todo tem qualidades ou propriedades que não são encontradas nas partes, se estas estiverem isoladas umas das outras, e certas qualidades ou propriedades das partes podem ser inibidas pelas restrições provenientes do todo” (MORIN, 2000, p. 37).

As relações partes-todo são informação-chave no pensamento complexo, proposto pelo filósofo francês Edgar Morin (1921-) para refletir sobre a construção do conhecimento em educação a partir das incertezas intrínsecas à era planetária e à natureza humana. “O pensamento complexo comporta em seu interior um princípio de incompletude e de incerteza” (MORIN, 2010, p. 177). O pensamento complexo surgiu nas ciências; porém, “diferentes autores, da matemática à sociologia, utilizaram o termo de forma às vezes bastante diversa” (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003, p. 52). Com origem no latim, a palavra *complexus* significa aquilo que “abrange muitos elementos ou várias partes. É um conjunto de circunstâncias ou coisas interdependentes, ou seja, que apresentam ligação entre si” (PETRAGLIA, 2011, p. 59). Portanto, unidade e multiplicidade são interdependentes embora tenham diferenças constitutivas.

Complexus significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade. Os desenvolvimentos próprios a nossa era planetária nos confrontam cada vez mais e de maneira cada vez mais inelutável com os desafios da complexidade (MORIN, 2000, p. 38)

Para Leonardo Boff (1938-), a complexidade é uma das características do mundo em que vivemos. “Tudo está em relação com tudo. Nada está isolado, existindo solitário, de si e para si. Tudo coexiste e interexiste com todos os outros seres do universo” (BOFF, 2017, p. 51). O filósofo brasileiro apresenta vários exemplos desse complexo sistema de inter-retorrelações. Um deles é o processo de integração corpo e alma. “O ser humano é uno e complexo, constituído de corpo e alma. Ele não tem corpo e a alma. É corpo e alma” (BOFF, 2017, p. 58).

Na relação estabelecida entre elementos independentes e interdependentes entre si, o pensamento complexo encontra espaço entre as referências atuais para a construção do conhecimento científico, respaldando condições preventivas para reducionismos metodológicos. “Como modo de pensar, o pensamento complexo se cria e se recria no próprio caminhar” (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003, p. 52). A afirmação se conecta à afirmação de Paulo Freire: “ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar” (FREIRE, 2003, p. 79). Em outras palavras, seria “o aprender num caminhar sem metade definida de antemão” (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003, p. 55). Para Moraes e Valente (2008, p. 23), a partir da complexidade, “resgata-se a subjetividade, a intersubjetividade e o caráter ativo, construtivo, afetivo e história do sujeito aprendente, bem como a dinâmica relacional que acontece entre ele e seu meio”.

Neste sentido, desenvolver um estudo de vulnerabilidade de idosos ao HIV integrado ao pensamento complexo significa conceber a complexidade como constituinte da pessoa idosa, que existe e envelhece como agente social, histórico e cultural. Significa oposição à compartimentalização por disciplinas, promovendo a tessitura entre educação e saúde com fios da especificidade humana, peculiar a cada e toda pessoa idosa. “Se o pensamento for fragmentado, reducionista e mutilador, as ações terão o mesmo rumo, tornando o conhecimento cada vez mais simplista e simplificador” (PETRAGLIA, 1995, p. 61). Significa ainda conceber a pessoa idosa como protagonista na relação do todo que forma com as partes e da parte formada no todo. Neste movimento de retroalimentação partes-todo, emerge a racionalidade e também a subjetividade do idoso – que especialmente no contexto da dança de salão, como espaço e lugar de lazer e interação social – consolida experiências e vivências, inclusive as relacionadas à sexualidade.

2.1.3 HIV/aids

HIV é o vírus da imunodeficiência humana, que enfraquece o sistema de defesa do organismo podendo desencadear a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). Nem toda pessoa HIV positiva (ou soropositiva) desenvolve a aids pois isso depende de um conjunto de fragilidades vinculadas às condições imunológicas de cada indivíduo. A detecção do vírus é feita por meio de teste de

sangue ou teste de fluido oral que identifica se a pessoa tem ou teve anticorpos contra o HIV (UNAIDS, 2017)

A AIDS não é simplesmente uma deficiência imunológica. O HIV destrói a capacidade do organismo de combater infecções e doenças, que podem levar à morte. A terapia antirretroviral diminuiu a replicação do vírus e pode aumentar em muito a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida, mas não elimina a infecção pelo HIV. (UNAIDS, 2017).

A infecção por HIV ocorre no contato com fluidos corporais infectados – sangue, leite materno, sêmen e secreções vaginais. O ato sexual sem preservativo (masculino ou feminino) é a maneira mais comum de transmissão do vírus, que aumenta caso a pessoa tenha outra infecção sexual como sífilis, herpes, clamídia, gonorreia e vaginose bacteriana. A transmissão também pode acontecer durante compartilhamento de seringas, acidentes com objetos cortantes, transfusão de sangue e da mãe soropositiva para o feto – na gestação, parto ou amamentação (UNAIDS; OPAS).

Não há transmissão nestes casos: 1) sexo, desde que se use corretamente a camisinha; 2) masturbação a dois; 3) beijo no rosto ou na boca; 4) suor e lágrima; 5) picada de inseto; 6) aperto de mão ou abraço; 7) doação de sangue; 8) ar. Estão isentos também os espaços coletivos (banheiro, piscina e ônibus) e os objetos de uso pessoal (sabonete, toalha, lençol, talher e copo). Atualmente, essas informações estão consolidadas e amplamente divulgadas mas, no final da década de 1970, o cenário abrigava muitas incertezas sobre a doença.

A linha do tempo da *História da Aids*, produzida pelo Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, indica que os primeiros casos da doença em seres humanos foram registrados nos Estados Unidos, Haiti e África Central entre 1977 e 1978; porém, classificados como síndrome somente em 1981. No Brasil, São Paulo registrou o primeiro caso em 1980, mas a classificação aconteceu em 1982 (BRASIL, s.d.). Em Curitiba, o marco é 1984.

À época, a nomenclatura popular empregava pejorativamente ‘peste rosa’, ‘peste gay’ e ‘câncer gay’ para referenciar algo específico de homossexuais. Em 1982, a aids recebeu o nome de Doença dos 5Hs – homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo, em inglês). (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.). Assim, essa população passou a ser o ‘grupo de risco’.

Com o avanço do vírus entre pessoas de diferentes orientações sexuais, identidades sociais, etnias e faixas etárias e o ativismo em direitos humanos contra o preconceito, a estigmatização e a discriminação a grupos específicos, o termo 'grupo de risco' foi substituído por 'comportamento de risco'. A mudança tirou o foco do pertencimento a um grupo específico e o colocou no comportamento pessoal, com tendência à culpabilização individual (AYRES *et al.*, 2009).

Atualmente, a concepção é que, independentemente do tipo de epidemia, há segmentos mais vulneráveis individual e socialmente, que merecem atenção especial. São consideradas 'populações-chave': gays e outros homens que fazem sexo com homens, usuários de álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade, trabalhadoras do sexo e pessoas trans (OPAS, 2017). De acordo com a UNAIDS, o risco de infecção pelo HIV é 27 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens; 23 vezes maior entre usuários de drogas injetáveis; 13 vezes maior entre profissionais do sexo; 13 vezes maior entre mulheres trans.

Após quatro décadas de seu surgimento, a aids continua sem cura. Mas existe tratamento para o HIV. Por isso, é importante que as pessoas se submetam ao teste anti-HIV, disponível na rede pública e privada de saúde e, em caso de diagnóstico positivo, iniciem o tratamento com os medicamentos específicos, os antirretrovirais.

No Brasil, a distribuição das terapias antirretrovirais (ATRs) é gratuita e universal pelo Sistema Único de Saúde. O SUS mantém e faz a gestão do programa que, reconhecidamente, é um os melhores do mundo. Trata-se de um programa que "revolucionou o tratamento e reduziu a velocidade de disseminação da epidemia mundial ao adotar, em 1996, uma política de distribuição gratuita de medicamentos" (VARELLA, 2018).

Esses medicamentos previnem a transmissão e controlam a multiplicação do vírus no organismo, auxiliando na melhoria da qualidade de vida da pessoa que vive com HIV. O elenco de medicamentos inclui estratégias de profilaxia pré-exposição (PrEP) e de pós-exposição (PEP) ao vírus, com o uso de medicamentos para duas situações específicas:

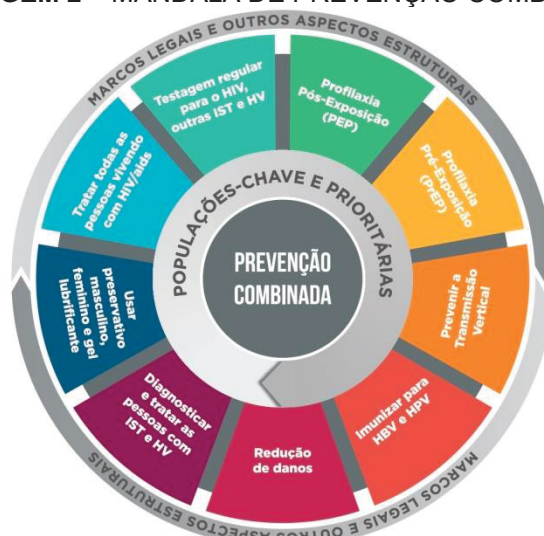
QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DAS PROFILAXIAS

Características das profilaxias - PrEP e PEP	
Pré-exposição (PrEP)	<p>Ainda em fase de implementação no SUS, a PrEP consiste no uso oral diário de antirretrovirais por pessoas não infectadas pelo HIV. Essa medida de prevenção oferece alto grau de proteção à transmissão sexual do HIV, sendo indicada para as populações com maior risco de infecção pelo vírus.</p> <p>A eficiência da proteção está relacionada à adesão ao medicamento; por isso, é necessária a tomada das doses diárias indicadas.</p>
Pós-exposição (PEP)	<p>É uma medida eficaz de prevenção da infecção ao HIV que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais após situações de exposição ao vírus. A exposição pode ocorrer a partir do contato com materiais biológicos infectantes (sangue, sêmen, fluidos vaginais ou outros). Deve ser iniciada o mais rápido possível, preferencialmente nas 2 primeiras horas após a exposição e no máximo em até 72 horas. O tratamento dura 28 dias e deve ser acompanhado pela equipe de saúde.</p>

FONTE: FÔLDER IMPRESSO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, S.D.

Além da PrEP e da PEP, a prevenção combinada ao HIV inclui um conjunto de ações que vão desde a testagem regular, passando pelo tratamento às pessoas vivendo com aids e pela prevenção da transmissão vertical (da mãe para o bebê na gestação ou parto) até a atuação junto a populações-chave, conforme detalhado graficamente:

IMAGEM 2 – MANDALA DE PREVENÇÃO COMBINADA AO HIV



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>

Em 2018, cientistas comprovaram que “quando uma pessoa vivendo com HIV alcança a carga viral indetectável, o vírus deixa de ser transmitido em relações sexuais” (UNAIDS, 2018). É o conceito Indetectável = Intransmissível (I=I), descrito na Declaração de Consenso endossada por 500 organizações, de 70 países:

Pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral e com carga viral indetectável em seu sangue têm um risco negligenciável de transmissão sexual do HIV. Dependendo das drogas empregadas, pode levar até seis meses para que a carga viral fique indetectável. Supressão viral do HIV contínua e confiável requer a seleção de medicamentos apropriados e excelente adesão ao tratamento. A supressão viral do HIV deve ser monitorada para assegurar tanto os benefícios de saúde pessoal quanto de saúde pública. (UNAIDS, 2018).

A constatação do I=I é um considerável avanço na eficácia do tratamento com terapias antirretrovirais e, portanto, na história da aids no mundo. Após 40 anos do surgimento da doença, permite que pessoas infectadas tenham melhor qualidade de vida e, ao mesmo tempo, evitem a transmissão do vírus.

HIV/aids em idosos

Conforme descrito, a relação sexual sem proteção está entre as práticas que aumentam o risco de infecção por HIV em qualquer faixa etária. O preconceito sobre a sexualidade da pessoa idosa a insere na invisibilidade arquitetada pelo senso comum de que a velhice é assexuada. A falta de percepção sobre a vida sexual do idoso é um dos motivos que torna incipiente ou tardia a identificação da soropositividade (ALENCAR; CIOSAK, 2016). Quanto mais demorado o diagnóstico, mais o sistema imunológico enfraquece com a ação do HIV. Assim, o organismo pode se tornar alvo de doenças oportunistas como tuberculose, pneumonia e até alguns tipos de câncer, levando a pessoa à morte. Há ainda outra consequência: o idoso infectado poderá transmitir o vírus aos seus parceiros sexuais.

Mesmo delineado por alterações no ciclo biológico, o envelhecimento, por si só, não decreta o fim da prática sexual. Os medicamentos para a disfunção erétil masculina e a reposição hormonal feminina para o transtorno do desejo sexual hipoaetivo podem proporcionar o prolongamento orgânico da atividade sexual. Contudo, os atuais idosos e idosas integram uma geração com pouco ou nenhum acesso à educação em saúde sexual e à prevenção de ISTs.

Aspectos culturais também podem se constituir a própria barreira para o uso do preservativo masculino e feminino. Estudo realizado em Porto Alegre (RS) com homens atendidos em serviço de dermatologia sanitária identificou que “o problema não estava necessariamente no preservativo em si, mas no modo da relação que as pessoas estabelecem com ele” (ZAMBENEDETTI, 2012, p. 1080). Os participantes relataram que a camisinha é incômoda ou inadequada para o tamanho do pênis, indicando o componente cultural como barreira à prevenção. Já as mulheres com 60 anos ou mais, com raras exceções, construíram suas identidades com submissão e dependência ao homem. Consolidou-se uma geração moldada para o casamento heteronormativo e com pouco ou nenhum protagonismo em relação à sexualidade.

A primeira campanha educativa para heterossexuais a partir dos 50 anos aconteceu 26 anos após o primeiro caso de aids no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, “a escolha desse público se deu, principalmente, porque a incidência de aids praticamente dobrou nessa população nos últimos dez anos (de 7,5% em 96 para 15,7% em 2006)”. (BRASIL, 2008). Assim, em 1º de dezembro de 2008, em alusão ao Dia Mundial de Luta contra a aids, o alvo foram os homens. No Carnaval seguinte (2009), a prioridade foram as mulheres. Nos dois momentos, a campanha trouxe o mesmo slogan: “*Sexo não tem idade para acabar. Proteção também não*”.

Nesta pesquisa, o foco são pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Nesta faixa etária, dez após aquela primeira campanha, o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, mostrava que as notificações seguiram em elevação, passando de 161 (2007) para 528 (2017). Resta saber se houve incremento da testagem neste grupo populacional ou se as práticas sexuais desprotegidas impulsionaram as estatísticas para cima. Eis a arte final e o slogan das duas campanhas, respectivamente realizadas em 2008 e em 2009:

IMAGEM 3 – CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO HIV EM HOMENS A PARTIR DOS 50 NOS



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A AIDS (2008)

IMAGEM 4 – CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO HIV EM MULHERES A PARTIR DOS 50 ANOS



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, CARNAVAL (2009)

Sexualidade

Em sua trilogia *História da Sexualidade* (1976, 1984), Michel Foucault (1926-1984) investigou como se formou a construção do saber sobre a sexualidade, visitando as concepções baseadas nas ideias filosóficas, histórico-culturais e biológicas. Não as considerou verdades mas paradigmas e interrogações para análise e discussão. O estudo identificou a atividade sexual e sua relação com as questões de saúde, ciência, igreja e economia, além de outras esferas nas quais a regulação do ato sexual e do corpo seja propulsora de considerável interesse para exercício do poder.

No último volume, *História da Sexualidade 3 – o cuidado de si*, o filósofo francês reconheceu uma arte sobre o cuidado de si que, ao mesmo tempo em que expõe a fragilidade do indivíduo, também destaca “a necessidade de submeter a atividade sexual a uma forma universal pela qual se está ligado e que, para todos os

humanos, se fundamenta ao mesmo tempo em natureza e em razão” (FOUCAULT, 2014, p. 299). Nesta arte do cuidado de si, exercícios e práticas permitem o controle de si para, finalmente, chegar a um puro gozo de si. Neste sentido, as modificações na moral sexual, não teriam origem nas interdições histórico-culturais absolvidas pelas sociedades mas no desenvolvimento de uma arte da existência, que:

... gravita em torno da questão de si mesmo, de sua própria dependência e independência, de sua forma universal e do vínculo que se pode e deve estabelecer com outros, dos procedimentos pelos quais se exerce o controle sobre si próprio e da maneira pela qual se pode estabelecer a plena soberania sobre si. (FOUCAULT, 2014, p.299-300).

O conceito de sexualidade é dinâmico e sujeito a diversos usos, múltiplas e contraditórias interpretações e também a debates e disputas políticas (REIS, 2018; GÊNERO, 2009). Para esse estudo, entendo sexualidade no que refere-se às:

... construções culturais sobre os prazeres e os intercâmbios sociais e corporais que compreendem desde o erotismo, o desejo e o afeto até noções relativas à saúde, à reprodução, ao uso de tecnologia e ao exercício de poder na sociedade. As definições atuais da sexualidade abarcam nas ciências sociais, significados, ideias, desejos, sensações, emoções, experiências, condutas, proibições, modelos e fantasias que são configurados de modos diversos em diferentes contextos sociais e períodos históricos (REIS, 2018²¹; apud GÊNERO, 2009, p.17).

Como se vê a partir desse amplo conjunto de configurações, a sexualidade “caracteriza-se por uma capacidade de se ligar a pessoas, objetos, ideias, ideais, à vida, enfim. Inclui a atividade sexual, mas não se resume em sexo” (NEGREIROS, 2004, p. 77). Por ter o sexo genitalizado como uma de suas importantes dimensões, sexualidade, na linguagem popular, se confunde com sexo (vaginal, oral ou anal), ato sexual ou relação sexual.

No imaginário social, os significados, assim como os corpos, se misturam. Em 2005, ao realizarem uma pesquisa nacional, Paiva, Aranha e Bastos, juntamente com o Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids (2008), contaram com uma amostra de 5.040 entrevistados, entre 16 e 65 anos. O estudo revelou que sexo é uma prova de amor pelo parceiro ou parceira para 46,8% das mulheres e de 39% dos homens. No recorte etário, de 55 a 65 anos, os autores identificaram o mesmo significado para 42,5% da amostra.

²¹ REIS, T. (org). Manual de Comunicação LGBTI+, 2. ed., Curitiba: Aliança Nacional LGBTI+ / Gay Latino, 2018.

2.1.4 Envelhecimento Humano

É simultaneamente o tempo do orgasmo da vida e da liberdade e o tempo da medida do possível e da dependência. Tudo concomitante e tudo diferenciado pela trajetória individual (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002)

Início o tópico com a afirmação acima para confrontá-la com o imaginário social em que o envelhecimento humano aparece como:

Um processo que concerne à marcação da “idade” como algo que se refere à “natureza”, e que se desenrola como desgaste, limitações crescentes e perdas, físicas e de papéis sociais, em trajetória que finda com a morte. Não se costuma pensar em nenhum bem; quando muito, alguma experiência. Nenhum ganho, nessa “viagem ladeira abaixo” (BRITTO DA MOTTA, 2002, p. 37).

Cronologia, vida, morte, corpo, perdas, ganhos, trajetórias. Comuns às duas citações acima, essas ideias podem perfeitamente vestir outros ciclos de vida. “É complexo o tema do envelhecimento, pois complexos são todos os processos vitais experimentados desde o nascimento, a infância e a adolescência até a vida adulta” (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p.13). Portanto, pode-se compreender a velhice uma das etapas do ciclo vital e, como as demais, integrante da grande aventura de viver na incerteza da finitude:

Cada um deve estar plenamente consciente de que sua própria vida é uma aventura, mesmo quando se imagina encerrado em uma segurança burocrática; todo destino humano implica uma incerteza irredutível, até na absoluta certeza, que é a da morte, pois ignoramos a data. Cada um deve estar plenamente consciente de participar da aventura da humanidade, que se lançou no desconhecido em velocidade, de agora em diante, acelerada (MORIN, 2003, p. 63).

Um breve exercício de observação da pessoa idosa nesta aventura da vida identifica pessoas em movimento no trânsito, nas instituições de ensino, no esporte e lazer, no trabalho, entre outros espaços que nos revelam idosos em atividade, interação comunitária e participação social. Infelizmente, o mesmo exercício mostra também o lado menos empolgante da aventura: abandono, violência, maus-tratos, renda insuficiente, doenças crônicas e isolamento social. Ainda assim, me conecto aos que se dedicam a distanciar o envelhecimento do reducionismo que o vincula somente à doença, dependência, assexualidade, atrofia, incapacidade, solidão e tristeza. Mas, além dessa ambiguidade, o que seria a velhice?

Não há resposta global e universal. Logo no ponto de partida, percebe-se a dificuldade na padronização da nomenclatura. O que antes era simplesmente velhice, hoje convive com variações como terceira idade, melhor idade, maturidade, entre outras. Aqui sigo com o termo velhice que, por sua vez, segue na imprecisão de parâmetros:

Quando uma pessoa se torna velha? Aos 55, 60, 70 ou 75 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é tão velha quanto suas artérias, quanto seu cérebro, quanto seu coração, quanto seu moral ou quanto sua situação civil? Ou seria antes a maneira pela qual outras pessoas passam a encarar as características que classificam as pessoas como velhas? (VERAS, 2001, p. 20).

Segundo a Lei 10.741/2003, que dispõe sobre Estatuto do Idoso²², desde 2003, o ‘passaporte da velhice’ é carimbado quando aos 60 anos. Embora seja um marco para a garantia de direitos, torna-se necessário estar vigilante para que a ‘linha de corte’ não se seja reforço para o etarismo ou idadismo. “Tal como outros termos formados com o sufixo ‘ismo’ – racismo, sexismo etc. –, o termo idadismo foi criado para dar conta de um novo tipo de discriminação negativa baseado na idade das pessoas” (FERREIRA, 2018, p. 24). Ele ressalta que a discriminação pode alcançar diferentes grupos etários; no entanto, se manifesta mais entre pessoas idosas. No Brasil, também é utilizado o vocábulo *ageísmo* (do inglês *ageism*).

Ainda tratando da dimensão etária, a partir do fenômeno da longevidade, “chegar aos 100 anos de idade é um patamar possível a um crescente número de pessoas” (ARAÚJO, 2018, p. 195). Portanto, surgiram segmentações etárias para delinear idosos jovens (de 65 a 74 anos); idosos velhos (de 75 a 84 anos); e idosos mais velhos (de 85 anos em diante). (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Voltando às questões instigantes de Veras: inquestionavelmente, o panorama de saúde influencia as condições do envelhecimento humano. Portanto, torna-se imperativo detalhar a dimensão biológica da velhice que resulta do:

“acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos”. (OMS, 2015, p. 12).

²² Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

Não à toa – e, especialmente, diante da transição demográfica mundial, que se mostra mais acelerada em países em desenvolvimento –, a Organização Mundial da Saúde tem como pautas a qualidade de vida da pessoa idosa e o envelhecimento ativo e saudável, conforme já mencionado. Durante a Década do Envelhecimento Saudável (2020-2030), a população mundial com 60 anos ou mais aumentará 34%, passando de um bilhão (2019) para 1,4 bilhões (2030). A estimativa é que em 2050 o mundo tenha 2,1 bilhões de idosos (OMS, 2020). No Brasil, vivem 28 milhões de pessoas idosas, que representam 13% do total de brasileiros. Em 50 anos, ou seja, em 2070, 35% da população brasileira será constituída por idosos (BRASIL, 2016).

As indagações de Veras são provocativas na medida em que ultrapassam a idade cronológica e as alterações biológicas gradativas do corpo. Suas perguntas conduzem a um lugar de reflexão onde componentes ideológicos, políticos e culturais interagem e interligam-se na compreensão do que é o envelhecimento humano. “É preciso levar-se em conta que o envelhecimento é vivido de modo diferente de um indivíduo para outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra” (UCHÔA, 2001, p. 26). Portanto, além das ciências da saúde e biológicas, as reflexões sobre a complexidade do processo devem se associar a outras áreas para discutir esse conceito que “apresenta forte presença do discurso voltado somente para os aspectos biológicos do envelhecimento, no qual o corpo do idoso é visto como uma máquina que se desgastou” (CORREA, 2009, p. 72).

Neste sentido, o corpo envelhecido e degradado passa a ser critério de exclusão social. Simone Beauvoir (1990) frisa que, ao mercado de trabalho capitalista, o material humano que produz pouco (ou nada) deixa de gerar lucro e de ser interessante. Lançado em 1970, seu livro *A Velhice* é referência pela provocação sobre a finitude da vida humana e pelo pioneirismo das indagações sobre a velhice. Atualmente, teria que ser adaptado aos moldes do capitalismo do século XXI, que enxergou nos idosos um importante mercado de consumo (CORREA, 2009).

Entre as preferências de consumo está a busca por viagens e excursões. Pesquisa com 632 idosos, nas 27 capitais brasileiras, identificou que quase 20% das pessoas aumentaram seus gastos com viagens, sendo 33% entre os pertencentes à classe A/B (SPC, 2014). A compra de fármacos para a disfunção erétil é outra considerável contribuição à engrenagem capitalista para manter ou aumentar o desempenho, inclusive sexual. Cirurgias e procedimentos estéticos, de homens e

mulheres, integram o orçamento dos que buscam a ‘eterna’ juventude eliminando as rugas e a flacidez, características intrínsecas a qualquer corpo que envelhece.

A dificuldade de aceitação do corpo que envelhece, permanentemente retocado – às avessas – pelo tempo, enquanto a identidade do idoso, no capitalismo, se constitui com dificuldades e plena de ambiguidades: separação do corpo envelhecido e da mente que permanece jovem; felicidade e dores imbricadas no discurso e no viver cotidiano (BRITTO DA MOTTA, 2002, p. 48)

Perfil de consumo é um item, num conjunto de variáveis, para análise da heterogeneidade de um processo baseado na individualidade, na maneira como cada um envelhece “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). Em maior ou menor grau, esses aspectos se relacionam com escolhas.

As pessoas maiores têm o direito de fazer escolhas e assumir o controle de uma série de questões, incluindo onde vivem, os relacionamentos que têm, o que vestem, como passam seu tempo e se submetem-se a tratamento ou não. O potencial de escolha e controle é moldado por muitos fatores, incluindo a capacidade intrínseca dos adultos maiores, os ambientes em que vivem, os recursos pessoais e financeiros que podem levar em consideração e as oportunidades disponíveis para eles (OMS, 2015).

Para além das informações sobre componentes biológicos ou cronológicos que se enclausuram no debate reducionista sobre velhice, aspectos culturais, sociais e históricos devem ser incorporados às reflexões as quais se propõem as diferentes áreas do conhecimento. Neste momento da pesquisa, a Antropologia e as Ciências da Saúde acrescentaram importantes contribuições. A sociedade científica e o senso comum necessitam da interligação desses e outros saberes na discussão sobre o envelhecimento humano – condição que não suprime a autonomia, a liberdade, as escolhas e o protagonismo da pessoa que envelhece.

2.1.5 Animação Sociocultural

O termo ‘animação’ tem origem na palavra ‘anima’ que, traduzida do grego para a língua portuguesa, significa ‘alma’. Animação Sociocultural (ASC) é uma ação educativa voltada ao desenvolvimento social, cultural ou político tendo como elemento propulsor a participação individual ou coletiva. O ponto final que antecede

essa frase é meramente ilustrativo haja vista que trata-se de conceito em discussão, pesquisa-ação, avaliação e, portanto, em contínua construção, segundo Caride (2004); Viché González (2013; 2015); Silva (2016); Trilla (2004); Úcar (2004); Ventosa Pérez (2004). O esforço no desenvolvimento teórico e prático de ASC é observado tanto na Europa, onde se originou o conceito, quanto na América Latina.

Segundo Viché González (2015), a ASC é uma corrente educativa que goza de ampla tradição de intervenção socioeducativa comunitária e participativa na Europa. “Seus antecedentes remontam às ações não formais da Escola Nova, à pedagogia obreira, à educação libertária ou à educação popular nos finais do século XIX” (s.p.). Surgiu na França e deslocou-se em direção a outros representantes europeus após a Revolução Industrial, formando um retrato heterogêneo.

Ao estudar as especificidades da ASC em diferentes regiões, Ventosa Pérez avaliou os seguintes países: Espanha, Portugal, Alemanha, Inglaterra, França, Itália, Suíça, Bélgica, Luxemburgo e Dinamarca. Analisando modalidades de intervenção, tipos de ensino e perfil, afirmou que “algumas experiências por si são inclassificáveis pela diversidade” (VENTOSA PÉREZ, 2004, p. 91). Esse cenário estimula reflexões sobre o fenômeno – que já ponto de partida, a concepção do termo, apresenta nuances na variedade e disparidade. Trilla (2004) propõe um caminho aglutinador para estabelecer animação sociocultural como:

O conjunto de acções realizadas por indivíduos, grupos ou instituições numa comunidade (ou num setor da mesma) e dentro do âmbito de um território concreto, com o objectivo principal de promover nos seus membros uma atitude de participação activa no processo do seu próprio desenvolvimento quer social quer cultural (TRILLA, 2004, p.26)²³

Esse desenho aproxima-se do descrito no Estatuto do Animador Social, da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento da Animação Sociocultural (APDASC), acrescentando ao conceito a condição de “um instrumento decisivo para um desenvolvimento interdisciplinar integrado de indivíduos e grupos”. À definição, Silva (2016) incorpora dois importantes elementos: as relações afetivas e de proximidade entre pessoas envolvidas na prática, ambos agindo para potencializar “uma aprendizagem mais efetiva e significativa, assente em valores como a igualdade de

²³ Trata-se de publicação na língua portuguesa de Portugal e não do Brasil. Portanto, há diferença na grafia de algumas palavras.

oportunidades, a coesão e inclusão social, a cooperação e a solidariedade” (SILVA, 2016, p. 9).

Viché González detalha a prática como a sinergia gerada a partir da intersecção de três processos básicos e fundamentais na vida humana: “*el desarrollo individual, la identidad cultural y la vivencia de lo comunitario*”²⁴ (VICHÉ GONZÁLEZ, 2013, p. 6). Na trajetória dessa sinergia estão interrelação e interação de seres humanos “que põem em jogo os seus interesses, desejos, expectativas, sonhos e problemáticas” (ÚCAR; 1998, p.190). Ainda segundo o autor, neste movimento relacional, as pessoas exercem diferentes papéis (líderes, seguidores etc.) e posições (profissionais, voluntários etc) na dinâmica social e nos contextos de interação. No processo de promoção e desenvolvimento das interações sociais a partir da animação sociocultural, Caride comenta sobre o papel da cultura:

A cultura deve ser significativa para os que a vivem e interpretam; deve ser “a sua” cultura, aprendida e cultivada através das diferentes práticas para que cada sujeito se sente convocado. A animação não se entende como um meio para atingir um fim, mas um fim em si mesmo, capaz de melhorar os significados e o alcance de qualquer cultura, incluindo a sua criação, difusão e avaliação públicas. A sua insistência apoiadas pelo processo interactivo salienta a imagem de uma animação sociocultural concebida como formação cultural, ideada e praticada com uma possibilidade de aperfeiçoamento pessoal e coletivo. (CARIDE, 2004, p. 59)

A pluralidade de aspectos da intervenção alcança também os níveis de formação, caracterização das atividades, destinatários, nomenclatura, entre outros. Quanto à metodologia, há elementos que a distingue de outras práticas. Segundo Viché González (2013), as estratégias específicas englobam: dialogicidade; análise crítica da realidade social; participação e a tomada de decisão individual; a aceitação e inclusão da autoestima e das identidades individuais e coletivas; e a criação cultural.

Somam-se a esse repertório de diversidades as três grandes modalidades de animação sociocultural apresentadas por Ventosa Pérez (2004, p. 89): a cultural, centrada na atividade; a social, centrada no grupo ou comunidade; a educativa, centrada na pessoa. A primeira acontece em centros culturais, escolas e oficinas artísticas, além de outros espaços como museus e bibliotecas. A social tem espaço nas associações de movimentos ou coletivos de cidadãos, centros sociais ou

²⁴ “o desenvolvimento individual, a identidade cultural e a vivência do comunitário”. Tradução livre da autora.

serviços sociais. O educativo desenvolve-se em universidades populares, centros de educação de adultos, centros de ensino (atividades extraescolares e complementares) e centros de equipamentos de ócio.

Animação sociocultural no Brasil

Antes de tratar das inquietações desse lado do Atlântico, vale destacar que o vasto mundo da ASC abrange também alguns conceitos que com ela partilham proximidade, conforme nomeia Trilla (2004, p.30): Educação Permanente; Educação Social e Pedagogia Social; Educação não formal e informal; Pedagogia do Ócio e Educação nos Tempos Livres. Silva (2012) argumenta que, no Brasil, a Animação Sociocultural “constitui uma das dimensões da Educação Social e do fazer do Educador Social, portanto, parte constituinte do domínio da Pedagogia Social Brasileira” (SILVA, 2012, p. 42).

Por aqui, ASC é pouco conhecida no meio acadêmico embora o educador Paulo Freire (1921-1997) esteja entre as principais referências da pedagogia no mundo por difundir ideias e práticas da educação libertadora, participativa e dialógica do povo iberoamericano e tenha exercido considerável influência nos métodos de ASC na Europa. Viché González (2015) destaca também outros dois autores neste corpo técnico: Ezequiel Ander-Egg, animador e sociólogo argentino; e Pierre Besnard, sociólogo francês discípulo de Joffre Dumazedier.

No contexto brasileiro, existem experiências que dialogam com as propostas teóricas e práticas do conceito “mas o termo ainda é pouco utilizado, as referências teóricas pouco conhecidas [...] e o campo acadêmico praticamente inexistente” (MELO, 2006; p. 3). O autor especifica alguns obstáculos em esferas multi e interdisciplinares (a ASC não pode se restringir a uma área acadêmica) e a outros dois aspectos: 1) a inexistência de formação específica para animador sociocultural; 2) lacuna para denominação de ASC, que se relaciona também com recreação, lazer e entretenimento.

Sobre o primeiro aspecto, a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento da Animação Sociocultural considera profissional da área a pessoa com formação para “elaborar, executar e avaliar um plano de intervenção, numa comunidade, instituição ou organismo, utilizando recursos culturais, sociais, educativos e lúdicos”. Quanto ao segundo, a questão se estende a outros países latinoamericanos. De acordo com Ventosa Pérez (2004), Argentina, Cuba, Equador, Chile e Venezuela

adotaram a denominação Animação Sociocultural. O México optou por Promoção Sociocultural sendo que nos demais costumam coexistir ambas.

Metodologia de pesquisa em ASC

De acordo com Pérez Serrano (2004), há escassez de pesquisas no campo da Animação Sociocultural tanto na Espanha quanto em outros países, sendo que a elas também incide a eterna tensão entre teoria e prática. As investigações existentes revelam a iminência da transdisciplinaridade na utilização de conceitos, linguagens, técnicas e instrumentos de áreas como Sociologia, Psicologia e Pedagogia etc. Quanto à abordagem, são empregadas ambas, com destaque para a qualitativa. “Apesar de exigir, necessitar e precisar da contribuição dos diferentes modelos de investigação, devido à sua índole de trabalho, ao campo e objecto de estudo, se orienta, prioritariamente, para as metodologias de tipo qualitativo” (PÉREZ SERRANO, 2004, p. 103)²⁵.

Os três elementos destacados por Pérez Serrano – escassez de pesquisas neste campo, transdisciplinaridade e abordagem qualitativa – associam-se às características do presente estudo sobre a vulnerabilidade de idosos ao HIV/aids. Acrescidos ao delineamento anterior sobre essa prática educativa, tais constituintes amparam a escolha da Animação Sociocultural como metodologia dessa pesquisa.

Com o conceito de Animação Sociocultural e a justificativa da prática como metodologia, finalizo o detalhamento dos cinco primeiros referenciais teóricos para fundamentação da pesquisa. No capítulo seguinte, abordarei a busca sistematizada a partir de artigos científicos, compondo a segunda parte da revisão de literatura.

2.2 BUSCA SISTEMATIZADA

A busca sistematizada é um dos tipos de revisão de literatura. Trata-se de um método para identificação da produção científica a partir de um conjunto de critérios. Neste estudo, adotei a busca sistematizada que, em sua primeira etapa, definiu um extrato consolidado em meados de junho de 2019.

²⁵ Trata-se de publicação na língua portuguesa de Portugal e não do Brasil. Por isso, a grafia ‘objecto’.

No entanto, a redação do estudo coincidiu com os primeiros meses da covid-19 no Brasil. Por essa especificidade do momento de pesquisa, entendi como bem-vinda uma segunda busca para atualização dos achados. A decisão baseou-se no que já vinha sendo investigado em HIV e na pandemia de Sars-CoV-2 – realidades que se encontram em dois pontos de intersecção: idosos na condição de grupo vulnerável e infecção por um vírus que pode levar à morte.

Em consonância com o objetivo único de aproximação às produções mais recentes, repeti o procedimento em meados de junho de 2020. A exemplo do critério adotado 12 meses antes, não houve data limite de publicações. Apenas inclui a palavra-chave “Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)” – sigla substituída por “Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)”, em 2016, e pela defasagem na nomenclatura, presente na busca anterior.

Conforme descrito acima, existiram apenas duas alterações: inclusão de doze meses na busca e a segunda opção de sigla. Os demais critérios de inclusão/exclusão permaneceram os mesmos em ambas. Assim, cheguei ao extrato final de dezessete itens na busca sistematizada, sendo treze na primeira (2019) e quatro na atualização (2020). O resultado será detalhado e discutido na sequência.

Após essa explicação introdutória, considerarei, a partir daqui, uma única e indissociável busca sistematizada por artigos, via internet, em duas bases científicas de dados textuais: Portal de Periódicos Capes/MEC e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizei as palavras-chave “idoso”, “sexualidade”, “HIV aids”, “DST” e “IST” combinadas com os operadores booleanos OR e AND, finalizando com esse desenho: idoso AND sexualidade AND (“HIV aids” OR “DST” OR “IST”).

O primeiro conjunto de critérios inclusivos estabeleceu:

- artigo revisado por pares;
- texto completo disponível online e gratuitamente;
- em língua portuguesa;
- publicado a partir de 2008.

Nesta etapa, identifiquei setenta e quatro publicações, sendo trinta no Portal de Periódicos Capes/MEC e quarenta e quatro na BVS. Após leitura de todos os títulos e resumos, suprimi quarenta e quatro artigos, sendo vinte e dois em cada base de dados por dois principais motivos: 1) repetição na mesma base de dados ou

na outra pesquisada e 2) resumo em português e versão completa em inglês. Além disso, identifiquei estudos que se distanciavam do recorte definido por envolverem:

- participantes com menos de 60 anos;
- sexualidade e transtornos mentais;
- feminismo e violência de gênero;
- relacionamentos homoafetivos;
- testagem rápida para o HIV.

O extrato parcial contemplou trinta artigos, que submeti ao segundo conjunto de critérios: seleção apenas de periódicos indexados, simultaneamente, à Educação e à Saúde Coletiva, com referências na classificação Qualis Periódicos (triênio 2013-2016). Nesta etapa, descartei treze artigos. Isso significa que apenas 57% dos trinta artigos estavam vinculados à Educação e à Saúde Coletiva.

O critério da intersecção colaborou para uma sondagem preliminar acerca da articulação entre as duas áreas na temática de pesquisa e indicou fragmentação disciplinar na construção desse conhecimento. Essas lacunas estão presentes desde muito tempo. Já em 1986, a Carta de Ottawa, defendia uma forte aliança em torno da saúde pública e citava como um dos compromissos mundiais para a promoção da saúde o incentivo à participação e à colaboração de outros setores, outras disciplinas (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Após essa breve consideração, apresento o quadro com as etapas que me levaram aos dezessete artigos incluídos no trabalho:

QUADRO 3 – BUSCA SISTEMATIZADA – CRITÉRIOS E BANCOS DE DADOS

RESULTADO DA BUSCA SISTEMATIZADA SEGUNDO CRITÉRIOS E BANCOS DE DADOS		
	CAPES/MEC	BVS/BRASIL
CONJ DE CRITÉRIOS 1	30	44
CONJ. DE CRITÉRIOS 2 (EXCLUÍDOS)	22*	22
CRITÉRIO 2: AREA/QUALIS (EXCLUÍDOS)	5	8
ELEGÍVEIS PARA A PESQ.	3	14
Total de achados: 17 artigos		
Busca realizada em junho de 2019 e atualizada em junho de 2020. Palavras-chave: idoso, sexualidade, HIV/aids, ist/dst		
FONTE: TEIXEIRA; ASINELLI-LUZ, 2020		

*Quatro deles foram excluídos por constarem também na BVS, somente onde foi contabilizado

Dentre os dezessete artigos definidos pela elegibilidade, encontrei relato de caso, revisão de literatura (sistemática e integrativa), estudos de casos clínicos e discussões sobre conceitos de velhice e sexualidade, entre outros trabalhos. As pesquisas com a coleta dados baseada em questionários e entrevistas elegeram como participantes:

- idosos e idosas;
- profissionais de saúde;
- cuidadores de soropositivos idosos;
- idosos, idosas e profissionais de saúde.

A seguir, estão algumas características das dezessete publicações, incluindo título do artigo, periódico e seu respectivo ano e nome dos autores e autores:

QUADRO 4 – BUSCA SISTEMATIZADA – DETALHES DOS ARTIGOS**ARTIGOS POR TÍTULO, REVISTA, ANO E AUTORIA**

Notificação de casos de HIV/AIDS em idosos no estado do Ceará: série histórica entre os anos de 2005 a 2014. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2018.	Maia et al.
Revisão sistemática sobre o olhar do idoso acerca das ist e do hiv/aids. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2018	Lima; Moreira; Silva
História de vida de idosos com HIV/Aids. Revista Enfermagem UFPE Online. 2017	Nascimento et al.
Sexualidade e Comportamento de idosos vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis. CuidArte Enfermagem . 2015	Burigo et al.
HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2016	Casséte et. al
Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. Revista Brasileira de Enfermagem. 2016	Alencar; Ciosak
Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e AIDS: conhecimentos e percepção de risco. ABCS Health.2016	Brito et. al.
Perfil comportamental de idosos com HIV/AIDS atendidos em um centro de referência. Rev. Enfermagem UFPE Online 2013	Serra et al.
Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem. 2012	Cezar; Aires; Paz
Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. Saúde e Sociedade. 2012	Zambenedetti
Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2011	Laroque et al.
Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2011	Maschio et al.
Qual a perspectiva da pessoa idosa em relação ao HIV/AIDS? Revista Kairós. 2011	Araújo; Monteiro
Sexualidade e AIDS na Terceira Idade. Revista Kairós. 2011	Fonseca et al.
Os antiretrovirais no cotidiano de idosos soropositivos: Um estudo a partir das representações sociais. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2010	Lima et al.
Aids e idosos: contribuições para o planejamento do cuidado de enfermagem. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2010	Fernandes; Da Silva
Crenças e opiniões no cuidado de idosos com AIDS: um estudo exploratório. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2010	Diniz, Saldanha; Araújo

Fonte: Teixeira; Asinelli-Luz, 2020

A invisibilidade da sexualidade e a vulnerabilidade de idosos ao HIV/aids são discutidas por Maia *et al.* (2018), Alencar; Ciosak (2016); Brito *et al.* (2016); Burigo *et al.* (2015); Serra *et al.* (2013), César; Aires; Paz (2012); Zambenedetti (2012); Laroque *et al.* (2011); Maschio *et al.* (2011); Araújo; Monteiro (2011); Da Fonseca *et al.* (2011); Fernandes; Da Silva (2010); Diniz; Saldanha; Araújo (2010).

A possibilidade de um idoso ser infectado pelo HIV parece invisível aos olhos da sociedade, e também dos próprios idosos, que não têm a cultura do uso do preservativo. Também as mulheres, nesta faixa etária, por em geral não poderem engravidar; têm a falsa impressão da inutilidade do preservativo (MASCHIO *et al.*, 2011, p. 584)

A ideia socialmente construída de que o envelhecimento traz a extinção das práticas sexuais também faz parte do imaginário de profissionais de saúde. Para Brito *et al.* (2016; p. 141), “supõe-se equívoco na assistência em saúde pensar que o avançar da idade e declínio progressivo da atividade sexual, embora universais para homens e mulheres, são sinônimos”. Dessa maneira, pessoas idosas permanecem na invisibilidade à prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Laroque *et al.* (2011, p. 775) corroboram essa ideia, compartilhada por mim, ao frisar a necessidade de “conscientizar os profissionais de saúde de que idosos fazem sexo e, igualmente as outras faixas etárias, estão vulneráveis às infecções por DST”.

Na mesma direção seguiram Maia *et al.* ao investigar HIV/aids no estado do Ceará. Entre 2005 e 2014 foram notificados 10.299 casos, sendo 151 (1,47%) em pessoas com 60 anos ou mais. Os autores propõem a desconstrução da imagem do idoso como pessoa dependente e à espera da morte recomendando “a necessidade de se compreender o processo biológico e cultural envolvido na sexualidade e no envelhecimento autônomo”. (MAIA *et al.*, 2018, p. 570).

O mito de que a atividade sexual não existe na população idosa impõe um silêncio ensurdecido sobre o tema em consultórios e salas de espera. Médicos e enfermeiros deixam de abordar o assunto na anamnese e outros momentos onde seriam bem-vindos os diálogos sobre práticas sexuais. (ALENCAR; CIOSAK, 2016; SERRA *et al.*, 2013). Esse posicionamento remete a dois desdobramentos que reforçam a vulnerabilidade ao HIV. O primeiro é a incipiência ou a ausência de ações de educação em saúde a esse grupo populacional como estratégia para prevenção ao HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Pesquisa num centro de convivência no interior paulista revelou que a maioria dos idosos conhece os

principais meios de transmissão do vírus. Os participantes citaram sexo vaginal e oral, transfusão sanguínea e compartilhamento de agulhas embora tenham revelado equívocos. “Entre as opções falsas, beijo foi o mais citado, por 23,1%, seguido de transmissão pelo ar e aperto de mão por 6,6% dos idosos” (BURIGO *et al.*, 2015, p.150). Dos 159 entrevistados, 101 afirmaram manter relações sexuais. Dentre eles, 82,2% das mulheres e 83,6% dos homens afirmaram nunca usar preservativo.

Nascimento *et al.* (2017) e Maia *et al.* (2018) também evidenciaram a necessidade de esforços para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. A sensibilização da pessoa idosa sobre possibilidades de prática sexual protegida pode “assegurar uma maior longevidade e qualidade de vida, tendo em vista o fator degradante que as doenças sexualmente transmissíveis, em especial a Aids, podem produzir no organismo dos longevos” (LIMA; MOREIRA; SILVA, 2018, p. 239).

O segundo desdobramento é o diagnóstico tardio do HIV/aids que leva à identificação já na fase avançada da doença, quando se manifestam as chamadas infecções oportunistas – ou seja, que encontram uma ‘oportunidade de ataque’ diante da fragilidade do sistema de defesa do organismo. A prática acontece na contramão da hierarquia dos níveis de atenção à saúde.

Os profissionais de saúde relataram que no atendimento ao idoso a solicitação de sorologia ao anti-HIV não era uma rotina adotada no serviço primário de saúde. Esse fato foi evidenciado quando os idosos procuravam o serviço de saúde apresentando sinais e sintomas, muitas vezes sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem na aids, e mesmo assim os profissionais de saúde, primeiramente, investigaram outras patologias e não solicitaram a sorologia anti-HIV (ALENCAR; CIOSAK, 2016, p. 1142).

Se, de um lado, observa-se lentidão; do outro, há a tendência de aceleração do quadro clínico da doença na pessoa idosa.

Quando comparada com sua incidência em jovens, a evolução clínica da doença tende a ser muito mais rápida; há um desenvolvimento precoce e aumento no número de infecções e/ou neoplasias oportunistas, muitas vezes relacionadas com o declínio fisiológico normal e/ou coexistência de doenças relacionadas à idade (DA FONSECA *et al.*, 2011, p. 186).

Para o trabalho *HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde*, foram entrevistados nove profissionais de um serviço público especializado em HIV. O estudo sugeriu aprofundamento do debate sobre envelhecimento e sexualidade na formação em saúde “tanto na graduação quanto nas ações de

formação permanente dos profissionais de saúde” (CASSÉTTE *et al.*, 2016, p. 742). A recomendação é recorrente nos artigos dessa busca sistematizada, sinalizando a lacuna na formação em saúde no contexto da sexualidade e, inclusive, a inserindo como parte constituinte da saúde do idoso.

Por fim, destaco duas publicações da busca sistematizada. Zambenedetti (2012) apresentou experiência de educação em saúde a partir da interação de equipe multidisciplinar em saúde pública e de homens atendidos em clínica de dermatologia sanitária. A sala de espera, ambiente onde normalmente as pessoas permanecem ociosas aguardando a consulta, transformou-se no espaço para uma abordagem problematizadora e participativa. Com algumas interrogações, o grupo promoveu a reflexão levando os participantes às suas próprias respostas.

A partir das interrogações direcionadas ao grupo, torna-se possível estabelecer uma relação de diálogo com os saberes de cada sujeito – ao invés de considerar que eles são despossuídos de um saber, o qual deveria ser “repassado” por um especialista (ZAMBENEDETTI, 2012, p. 1075).

Essa ação propôs uma mudança na lógica baseada na simples transmissão de conhecimento oferecendo aos participantes a condição de protagonistas de suas escolhas com o autocuidado. “A intervenção proposta potencializa a prevenção em HIV e outras DST assim como possibilita um olhar ampliado para as várias dimensões de vida e saúde dos sujeitos” (ZAMBENEDETTI, 2012, p. 1085).

A outra publicação destaca-se por ser a única, dentre os dezessete achados da busca sistematizada, voltada exclusivamente às narrativas da pessoa idosa. Participaram seis pessoas vivendo com HIV, na faixa etária de 60 a 79 anos. Todas suspenderam a prática sexual, mesmo com o uso do preservativo, após conhecerem o diagnóstico. A atitude baseia-se na preocupação em transmitir o vírus ao parceiro e na dificuldade em negociar a adesão ao preservativo. Segundo Nascimento *et al.* (2017) houve demonstração de receio de envolvimento sexual e afetivo e, por esse motivo, perdas emocionais e psicológicas. O estudo mostrou que envelhecer com o HIV inclui conviver com o receio da discriminação e, por isso, omitir a sorologia a amigos por “medo de sofrer preconceitos, medo do afastamento das pessoas, medo de perder o respeito dos mesmos.” (NASCIMENTO *et al.*, 2017, p. 1721).

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

*...contudo, necessário notar que em todo conhecimento científico entra um componente ideológico. Não se pode omitir o exame ideológico do conhecimento científico - portanto, do seu próprio conhecimento - e isso é válido também para os que se julgam possuidores da verdadeira ciência e denunciam a ideologia dos outros.
(Edgar MORIN - Ciência com Consciência)*

Na dimensão científica, metodologia é a identificação de atividades para estabelecer a relação entre o sujeito (pesquisador) e o objeto (tema) na construção da imagem (resultado da pesquisa). É o plano com o conjunto de métodos científicos que levarão às condições de interpretação e construção do resultado da pesquisa. Lakatos e Marconi (2003) destacam que não há ciência sem o emprego de métodos científicos.

O método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros –, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista. (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 83).

De forma ilustrativa, pode-se dizer que metodologia é como e por onde o caminho será trilhado, passo a passo, em direção ao destino que se pretende. Moraes e Valente (2008), no aprofundamento da proposta de metodologia à lente do pensamento complexo, citam o método como “algo constituído de estratégias de ação, algo que se constrói durante o caminhar, mas que é revisado e adequado sempre que necessário” (MORAES; VALENTE, 2008, p. 56).

Existem referências metodológicas e o pesquisador pode exercer a autonomia de avaliá-las e revisá-las durante a realização do estudo e da construção do saber científico. Salienta-se, no entanto, que a estratégia metodológica pode facilitar, dificultar ou inviabilizar os objetivos pretendidos com o estudo, especialmente na consolidação de resultados consistentes para discussão final.

Trata-se de uma pesquisa de natureza empírica (ou de campo) que consiste “na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presume relevantes para analisá-los” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 186).

De caráter exploratório, o estudo se desenvolveu na abordagem qualitativa, que dá espaço aos significados e as interações entre sujeito e objeto no processo de trabalho de campo. Metodologias qualitativas são entendidas como:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2006, p. 22-23).

Pela característica não-estruturada e de maior flexibilidade, a abordagem criou espaço favorável às narrativas de vida e à subjetividade dos entrevistados por meio de histórias, memórias, experiências, sensações, expectativas e indagações. “Quanto mais complexa, interativa e abrangente a narrativa, melhor o estudo qualitativo” (CRESWELL, 2007, p. 187). Apesar da opção pelo estudo qualitativo, também utilizei dados numéricos para elucidar algumas respostas dos participantes.

As limitações de um método podem ser compensadas pelas potencialidades de outro método, e a combinação de dados quantitativos e qualitativos proporciona um entendimento mais completo do problema da pesquisa do que cada uma das abordagens isoladamente (CRESWELL; CLARK, 2013).

Para Creswell (2007, p. 29), “em vez de os métodos serem importantes, o problema é mais importante, e os pesquisadores usam todos os meios para entender o problema”. A aceitação da complementaridade previne reducionismos metodológicos e permite que esse estudo também se aproxime do pensamento ecossistêmico da pesquisa a partir de um princípio da complexidade onde “resgata-se a subjetividade, a intersubjetividade e o caráter ativo, construtivo, afetivo e história do sujeito aprendente, bem como a dinâmica relacional que acontece entre ele e seu meio” (MORAES; VALENTE, 2008, p. 23).

3.1 METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS

Considerando o objetivo geral da pesquisa – compreender o avanço da infecção por HIV em idosos, em Curitiba, a partir de como eles reconhecem e atuam em relação à sua vulnerabilidade –, estabeleci três objetivos específicos e os vinculei à Metodologia de Coleta de Dados (MCD), conforme segue:

QUADRO 5 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS E MCD

Objetivos específicos e Metodologia de Coleta de Dados - MCD	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
Identificar fatores de vulnerabilidade de idosos que dançam a dois à infecção por HIV	METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS Aplicação de questionário biopsicossocial e realização de entrevista semiestruturada
.....
Analisar a relação entre educação e saúde, na prevenção ao HIV em idosos	METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS Aplicação de questionário biopsicossocial e realização de entrevista semiestruturada
.....
Investigar a maneira como a dança de salão se relaciona à sexualidade vivenciada por idosos	METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS Realização de Atividade de Animação Sociocultural adaptada
.....

FONTE: TEIXEIRA; ASINELLI-LUZ, 2020

Primeiramente, formulei dois Instrumentos de Coleta de Dados (ICDs): o questionário biopsicossocial (APÊNDICE A) e o roteiro da entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) – cada qual destinado a uma Metodologia de Coleta de Dados (MCD). Em 26 de julho de 2019, realizei o projeto-piloto com uma idosa praticante de dança de salão. O teste indicou a validação dos instrumentos e das metodologias. A partir daí, iniciei a execução do cronograma de coleta de dados, que aconteceu durante três sábados consecutivos: 27 de julho, 3 de agosto e 10 de agosto de 2019. Nesta fase, nove pessoas idosas aderiram à pesquisa.

Constituído de duas páginas no modelo formulário, o questionário trouxe espaços para preenchimento, preferencialmente pelos próprios participantes. À exceção de um, os demais solicitaram a leitura e pediram que eu assinalasse ou escrevesse, de acordo com as respostas orais. A alteração no modo de aplicação do questionário configurou-se como opção mais cômoda aos participantes. Também proporcionou interação, favorecendo a aproximação inicial entre pesquisadora e participantes, e facilitando a fluidez na aplicação da segunda MCD.

A entrevista semiestruturada baseou-se em roteiro com vinte e oito itens sobre comportamento e conhecimento em HIV/aids. Respalhada por Lakatos e Marconi (2003, p.197), acrescentei e suprimi algumas questões, considerando a autonomia do entrevistador como uma das características desse tipo de entrevista.

Vencida as etapas de aplicação do questionário e da realização da entrevista, segui para a última Metodologia de Coleta de Dados: a atividade de Animação Sociocultural (ASC). Segundo Viché González (2013), essas práticas são encontradas em diversos campos de atuação, sendo algumas vezes direcionadas à idade (infância, juventude, idosos, intergerações) e outras a espaços temporais (tempo livre, comunitário, grupos, carcerário, hospitalar).

Estos âmbitos aunque diferenciados entre si hacen referencia a una práctica sociocultural que propone finalidades coincidentes (la autoestima y autonomía personal, la participación en grupos, el desarrollo solidario y sostenible) y que cumple unas funciones sociales que se concretan en la creación de tejido social, la inclusión, la democratización de las estructuras ciudadanas y el desarrollo sostenible (VICHÉ GONZÁLEZ, 2013, p.90)²⁶

No texto *Animação Sociocultural na Terceira Idade*, Osorio (2004) detalha situações e condições específicas a serem consideradas em propostas de ASC para pessoas idosas: idade; aposentadoria; situação de convivência (viuvez, em casal ou individual); condições de saúde; moradia (habitação própria, compartilhada com familiares, casas lares, centros-dias etc.) e tempo livre. Por isso, os programas de Animação Sociocultural devem ser adaptados conforme o perfil e as necessidades do grupo para que alcance uma de suas funções-chave: “pessoas e os *colectivos* se transformarem em agentes e protagonistas do seu próprio desenvolvimento” (OSORIO, 2004, p. 255).

A recomendação de Osorio contribui como argumento para respaldar a alteração na proposta inicial de Animação Sociocultural concebida para esse estudo. A necessidade de adaptação foi identificada nas fases anteriores de coleta de dados devido à heterogeneidade do grupo e aos diferentes níveis de tempo livre. Assim, atividades individuais e coletivas (baseadas em fotografias) cederam lugar para um único encontro coletivo (baseado em narrativas verbais). Com aviso prévio

²⁶ Estes espaços, ainda que diferenciados entre si, referenciam uma prática sociocultural que propõe finalidades coincidentes (a autoestima e autonomia, a participação em grupo, o desenvolvimento solidário e sustentável) e que cumpre funções sociais que se concretizam na criação do tecido social, a inclusão, a democratização das estruturas cidadãs e o desenvolvimento sustentável (tradução livre)

presencial e reforço do convite por telefone, a ação aconteceu em 17 de agosto de 2019, às 13 horas (antes do início do baile).

Compareceram quatro participantes, sendo uma mulher e três homens. Em círculo, na sala de descanso dos músicos, cada qual se apresentou ao grupo. Na sequência, expliquei a atividade e iniciei a leitura de uma história real. A protagonista da história é a participante do projeto-piloto. Suas respostas não foram consideradas na análise de dados mas serviram de ferramenta para sustentar a reflexão do grupo. Eliminei as perguntas realizadas a partir do questionário e da entrevista e transcrevi apenas a fala dela. Assim, o texto assumiu características de narrativa, em primeira pessoa do singular (APÊNDICE C).

A ação educativa aconteceu num momento de lazer, condição inserida nas possibilidades de ASC e desenvolveu-se num local onde cada um age e interage socialmente tendo a idade e a dança como pontos iniciais de aproximação. Esse conjunto de elementos facilitou a identificação do grupo entre si e a fluidez na aplicação de alguns recursos metodológicos da ASC – como a dialogicidade, a problematização e a análise crítica da realidade social (VICHÉ GONZÁLEZ, 2013). Portanto, embora adaptada para a realidade desse estudo, a ASC pode ser considerada um instrumento que permitiu alguns questionamentos e reflexões sobre relacionamentos afetivos e sexuais, aproximando a pesquisa de um dos seus objetivos específicos.

3.1.1 Locus e participantes da pesquisa

O prolongamento do tempo de vida da população mundial apenas poderá ser celebrado como desenvolvimento social e econômico se respaldado por ações de apoio, segurança, dignidade e respeito à pessoa idosa. Neste conjunto de estratégias está a desconstrução do imaginário social de que velhice significa decadência física e mental. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde mantém diretrizes de incentivo ao envelhecimento ativo, que é o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2015). A abordagem prevê que a pessoa perceba seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, incluindo apenas aspectos físicos e laborais e também a atuação social, econômica, cultural, espiritual e civil (LEBRÃO, 2007).

Reconhecendo a participação comunitária e a inserção em ambientes sociais como fatores positivos para o envelhecimento ativo, elegi como *locus* da pesquisa um centro recreativo e cultural que promove bailes frequentados por pessoas idosas, predominantemente.

A ideia por trás da pesquisa qualitativa é selecionar propositalmente participantes ou locais (ou documentos ou materiais gráficos) mais indicados para ajudar o pesquisador a entender o problema e a questão de pesquisa (CRESWELL, 2007, p. 189-190).

A dança de salão, ou dança social, é uma forma de expressão aonde duas pessoas bailam com corpos entrelaçados, acompanhando a cadência e o ritmo da música. Os movimentos acontecem especialmente por meio da comunicação não-verbal. Assim, olhares, sorrisos e gestos fazem parte da prática e podem assumir significados vinculados à cumplicidade, sedução, desejo e relações afetivo-sexuais.

A dança traz a possibilidade de lembrar e reviver momentos prazerosos, além de desenvolver diversas habilidades – sociabilidade, talentos, melhoria da capacidade física, estímulo da sensualidade, desenvolvimento do gosto pela música e aumento da imaginação e fantasia. Porém essa atividade não se restringe apenas à população idosa, ela tem efeitos positivos em qualquer faixa etária (BRASIL, MTUR, s.d, p.16)

Outro aspecto que justifica o *locus* e os praticantes de dança de salão é a escassez de estudos qualitativos sobre a temática conforme identificado em estudo com análise de 68 artigos pautados pelos descritores ‘dança e idoso(s)’ e ‘dança e envelhecimento’:

O tipo de pesquisa mais observado foi a descritiva, demonstrando defasagem de conhecimentos científicos sobre o tema proposto, com a realização de estudos com delineamentos inferenciais. O tipo de análise mais utilizada foi a quantitativa (WITTER *et al.*, 2013, p. 198)

O centro recreativo e de lazer é a Sociedade Vasco da Gama, popularmente conhecida como “Vasquinho” desde os tempos em que era um tradicional reduto de forrozeiros (praticantes de forró) de Curitiba. Localizado no Bom Retiro, região central da capital paranaense, o local ainda preserva na fachada as características da década de 1940 e, durante a realização da pesquisa, estava arrendado para a Escola de Samba Acadêmicos da Realeza, cujo presidente autorizou por escrito o uso do espaço para a coleta de dados.

O imóvel é desprovido de incrementos em decoração e iluminação; contudo, oferece uma ampla pista de dança. É nela que, duas vezes por semana, dois músicos se apresentam ao vivo no palco enquanto os pares giram pelo salão em passos sincronizados. Nas laterais e também no lado oposto do palco estão mesas simples com quatro cadeiras, em madeira. Elas podem ser dispostas em conjunto de duas ou três, conforme solicitação dos clientes que, normalmente, são assíduos e fiéis às mesmas mesas. O clube conta ainda com dois banheiros (um masculino e um feminino), uma cozinha e um bar com cardápio básico, além de duas salas ao fundo: uma administrativa e uma para descanso dos músicos.

As regras de elegibilidade para participação incluíram pessoas com 60 anos ou mais (sem máxima etária), de qualquer sexo, que estivessem no baile durante a coleta de dados. Gênero, raça, etnia, religião, escolaridade e perfil socioeconômico não integraram os critérios para seleção. Também não houve definição de número mínimo ou máximo de participantes. O chamamento aconteceu de duas maneiras:

- convite impresso colocado sobre as mesas antes do baile (IMAGEM 5);
- convite verbal realizado pela pesquisadora no palco, via microfone, antes do início e no intervalo do baile.

IMAGEM 5 – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA



FONTE: ELABORADO POR TEIXEIRA, 2019.

No baile, após tomarem conhecimento da pesquisa por meio dos convites, os interessados se dirigiram até mim, na sala atrás do palco utilizada para descanso dos músicos. Neste momento, expliquei detalhadamente e esclareci. Ao aderirem voluntariamente ao estudo, todos participantes expressaram concordância assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

3.1.2 Aspectos éticos

Esse estudo seguiu as diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR). O documento autorizando a realização da pesquisa foi aprovado em 2 de julho de 2019 com parecer conclusivo nº 3.430.228 e CAAE número 10718019.5.0000.0102. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) também foi aprovado pelo CEP como documento integrante desta pesquisa.

As entrevistas aconteceram pessoal e individualmente e foram gravadas em dispositivo de voz (em *smartphone*), mediante autorização registrada via TCLE. Apenas um dos dez idosos se opôs à gravação. As respostas foram transcritas na íntegra, à mão. Os arquivos desse material serão destruídos após dois anos da divulgação dos resultados da pesquisa. Este período se justifica caso haja questionamento sobre os dados apresentados ou interpelação de participante.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise conjunta dos dados coletados no questionário biopsicossocial e no roteiro da entrevista semiestruturada, utilizei os Núcleos de Significação (NS), metodologia desenvolvida por Aguiar e Ozella, que será explicada mais adiante. Por ora, vou tratar de uma ferramenta indicada por esses autores para apoiar a análise de dados não-verbais:

[...] recomenda-se um plano de observação, no processo das entrevistas, tanto para captar indicadores não verbais como para complementar e parear discursos e ações que estão nos objetivos da investigação (AGUIAR; OZELLA, 2013, p. 308)

A partir do plano de observação descreverei o ambiente e apresentarei percepções sobre como os idosos nele se inserem e relacionam. Nas quatro semanas consecutivas em que estive no local identifiquei a acomodação das mesmas pessoas sempre nas mesmas mesas, rotina que pode estar vinculada a uma apropriação territorial, ao senso de pertencimento e à concepção de topofilia (TUAN, 2015)²⁷. Funcionários conhecem a maioria dos frequentadores pelos nomes e também suas demandas, como a preferência por lugares específicos. Apesar de não ser o único espaço frequentado majoritariamente por maiores de 60 anos, o Vasco da Gama parece ser o preferido dos participantes. Além da proximidade da residência e dos vínculos sociais construídos no local, suponho que se sintam acolhidos emocional e psicologicamente.

Quanto à apresentação visual dos frequentadores, mulheres e homens – na dança de salão, damas e cavalheiros – demonstram cuidado com a imagem. Elas costumam usar sapato de salto baixo ou médio e peças de vestuário para destacar a silhueta e o movimento do corpo, como vestidos ou saias. Algumas seguem a tradição do vestido longo. Maquiagem e acessórios – brincos, colares, echarpes, lenços –, além de cabelos bem alinhados, completam o visual. Já eles costumam vestir calça e camisa de manga curta ou longa. Alguns poucos optam pelo chapéu panamá, no estilo “sambista malandro”. A dança acontece em círculo, no sentido anti-horário, abrangendo toda a circunferência do salão. A grande maioria cumpre as etiquetas tradicionais da dança de salão, entre elas, a que recomenda ao cavalheiro acompanhar a dama de volta à mesa ao final da dança (RIED, 2003).

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Nove idosos, com idade entre 65 e 81 anos, participaram voluntariamente da pesquisa. 100% deles responderam ao questionário e à entrevista semiestruturada e 44,4% aderiram à atividade de Animação Sociocultural. Todos se veem como heterossexuais. Os seis homens estão identificados como H1, H2, H3, H4, H5 e H6 e as três mulheres estão referenciadas como M2, M3 e M4. A combinação de letra e número substituiu o nome de cada um para preservação da identidade. A seguir a segmentação por sexo, idade e estado civil dos participantes:

²⁷ Relação afetiva que se estabelece com o lugar a partir de percepções e valores do ambiente.

QUADRO 6 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

PERFIL DOS PARTICIPANTES POR SEXO, IDADE E ESTADO CIVIL			
M1 INTEGROU O PROJETO-PILOTO)	FEMININO	IDADE	ESTADO CIVIL
	M2	75	DIVORCIADA
	M3	81	SEPARADA
	M4	76	DIVORCIADA
	MASCULINO	IDADE	ESTADO CIVIL
	H1	65	CASADO
	H2	79	DIVORCIADO
	H3	72	SEPARADO
	H4	77	VIÚVO
	H5	73	SEPARADO
	H6	67	DIVORCIADO
TOTAL: 9	MÉDIA: 73,88		

FONTE: TEIXEIRA; ASINELLI-LUZ, 2020

Sete (77,7%) são divorciados ou separados; um (11,1%), viúvo; e um (11,1%), casado. Quanto à escolaridade, quatro são (44,4%) graduados (sendo 75% homens), quatro (44,4%) completaram o ensino médio e um (11,1%) cursou até a quinta série do ensino fundamental. Quanto à ocupação, sete (77,7%) são aposentados, um (11,1%) é professor e um (11,1%) é empresário.

A renda mensal declarada por cinco deles (55,5%) é a de um a três salários mínimos. Dois ganham entre quatro a seis; e um entre nove e dez salários mínimos. M3 tem a menor escolaridade e declarou a menor renda: até um salário mínimo. Ela se mantém com apoio financeiro dos filhos e parece estar bem amparada com um estilo de vida que lhe permite acesso a um plano de saúde privado e atividades como sauna e hidroginástica. Foi a participante que mais citou convivência familiar e a única que frisou manter diálogo aberto com filhos e netos.

Cinco (55,5%) idosos moram sozinhos, condição que sugere autonomia em rotinas cotidianas. Em sete casos (77,7%), a família é independente e em um deles depende parcialmente de sua renda. Nestes dois quesitos, H4 representa o principal contraste. A família mantém dependência financeira dele, que compartilha a casa

com o filho, a nora e dois netos. Foi o único a não fornecer número do *smartphone* porque o aparelho estava emprestado a um membro da família. Deixou o telefone residencial como referência para contato. Liguei para confirmar a atividade de Animação Sociocultural e a nora disse que “*ele é uma pessoa de idade e não fala ao telefone; não responde isso, não*”. Detalhei o motivo do contato e, ainda assim, não tive acesso a H4. Existem poucos elementos para uma hipótese mas suponho algum nível de cerceamento de liberdade de H4 – que, ao final da entrevista, falou longo tempo sobre o desejo de encontrar uma companheira afetiva.

Organizei esses dados a partir das respostas ao questionário biopsicossocial para expandir os elementos de delineamento do perfil do grupo. “O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO, 2002, p. 22). Concordo com a autora e vislumbro como relevantes outros estudos para abordagem mista na investigação relação entre variáveis socioeconômicas e vulnerabilidade ao HIV/aids. Porém, conforme citado, essa pesquisa se desenvolve na abordagem qualitativa.

4.2 NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO

Os Núcleos de Significação “expressam o movimento de abstração que, sem dúvida, contém o empírico, mas pela sua negação, permitindo o caminho em direção ao concreto” (AGUIAR; OZELLA, 2013; p. 308). Nesta metodologia não existem núcleos ou categorias previamente definidos. Os grupos de significados emergem por meio do pensamento manifestado pelos participantes, com palavras, e também do plano de observação, conforme já especificado.

Quanto aos significados, eles “contêm mais do que aparentam e que, por meio de um trabalho de análise e interpretação, pode-se caminhar para as zonas mais instáveis, fluidas e profundas, ou seja, para as zonas de sentido” (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 226). Portanto, existe um caminho percorrido pelo pensamento entre o ponto de partida (significado) e o de chegada (sentido). Ao interpretar a obra *Pensamento e Linguagem*, de Vygotsky²⁸, González Rey (2007; p. 163) esclarece: “o

²⁸ Lev Semionovitch Vygotsky (1896-1934) psicólogo que propôs a Psicologia Cultural-Histórica

sentido e o significado são processos diferentes, capazes de se articularem de formas diferentes no funcionamento psíquico do sujeito”. Aguiar e Ozella enfatizam:

Os significados são produções históricas e sociais. São eles que permitem a comunicação, a socialização de nossas experiências (...) O sentido refere-se a necessidades que, muitas vezes, ainda não se realizaram, mas que mobilizam o sujeito, constituem o seu ser, geram formas de colocá-lo na atividade. A categoria sentido destaca a singularidade historicamente construída (AGUIAR; OZELLA, 2013, p. 304-305).

Tendo a palavra como ponto de partida, para familiarização, iniciei com as leituras flutuantes do material transcrito, que se constitui o *corpus* da pesquisa. Guiada pelo roteiro de Aguiar e Ozella (2003), selecionei diversos pré-indicadores e, na sequência, fiz a aglutinação de temas afins. Essa etapa prevê a interpretação e a identificação de conteúdos semelhantes, complementares e até contraditórios nas narrativas. “A análise se inicia por um processo intra-núcleo, avançando para uma articulação inter-núcleos. Em geral, esse procedimento explicitará semelhanças e/ou contradições que vão novamente revelar o movimento do sujeito” (AGUIAR; OZELLA; 2013, p. 310-311).

A prática corroborou a afirmação acima e, ao longo da coleta de dados, os participantes foram agregando vertentes sobre uma mesma reflexão, que parecia finalizada anteriormente. Neste movimento, conteúdos inicialmente vinculados a um núcleo flutuaram para outro. E vice-versa. Do esforço para mapeamento de temas coletivos recorrentes, que se conectaram por meio da percepção individual dos participantes, resultaram em cinco Núcleos de Significação, que apresento a seguir:

4.2.1 Qualidade de vida

Praticada num ambiente alegre e descontraído, em qualquer idade, a dança de salão possibilita a atividade física, a interação social, o exercício da subjetividade e a expressão individual por meio do corpo e da comunicação não-verbal. Tais elementos agregam qualidade de vida – conceito consideravelmente amplo que, neste estudo, está sendo compreendido como:

...a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (OMS, 1994).

Na concepção da Organização Mundial da Saúde, essa condição abrange quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. Segundo Machado *et al.* (2012), a dança parece ser um elemento de melhoria/manutenção da qualidade de vida nos quatro domínios, na faixa etária de 21 a 83 anos. Embora o atual estudo tenha se concentrado em pessoas idosas, há proximidade entre os resultados pois o bem-estar físico, mental e espiritual foi citado por todos, conforme demonstram as respostas à indagação “O que lhe motiva ir ao baile?”

“... não cair na depressão... Se eu não for ao baile, o que vou fazer? Eu vou ficar em casa, no sofá, assistindo televisão... E eu não sou de beber” (H5).

“... a gente começa a dançar e esquece de tudo” (M4).

“... olha, bicho, eu acho que venho para me divertir, passar as horas, ordem na cabeça. Você vai pensar uma coisa que não presta, nada. Você vem aqui, você dança, você diverte, conversa” (H4).

“... você fica com a cabeça parece mais leve, mais assim... conversa com um, conversa com outro, uma coisa diferente e tal” (H3).

“Eu estou visualizando, assim, alguém que possa preencher o meu vazio” (H6).

“... faz bem para a saúde; dançar e é uma ginástica boa” (H2).

“... é muito agradável para o espírito e para o corpo, né?, porque ajuda ... tu tem mobilidade porque hoje em dia você encontra pessoas até mais jovens que estão com dificuldade para andar ou tão andando de bengalinha porque fica em casa acomodada, né? Então, não é muito bom o sedentarismo” (M2)

“... eu não faço academia. Dez minutos de academia parece que leva uma hora. Quatro horas dançando parece que faz dez minutos que você tá dançando... Só que você conhece muitas pessoas, você conversa com a pessoa, sabe? Você distrai” (H5)

H5 é quem mais baila dentre os seis homens e três mulheres participantes. Enquanto muitas pessoas ‘maratonam’ paradas em frente à tevê assistindo séries por *streaming*, ele ‘maratona’ em bailes. Leva tão a sério a prática como atividade

física que monitora o desempenho com um aplicativo e comprovou me mostrando o rendimento via *smartphone*: “*eu já dancei três quilômetros e meio hoje... mas tá super abaixo da média, né? No mínimo, quatro quilômetros e meio... hoje vai chegar, mais ou menos, nos vinte quilômetros...*”. A meta seria atingida no baile da noite: “*lá começa às dez e vai até quatro da manhã... lá vai duas colegas minhas profissionais e eu vou dançar com as duas, fora as amigas delas, né?*”.

Entre os demais participantes, a frequência oscila: “*Eu gosto mais daqui... Tem época que eu vou bastante. Daí eu vou, assim, duas vezes na semana. Tem época que não vou nada. Depende das minhas dores*” (M3). Para cada dia da semana há um local certo para dançar porque clubes e centros recreativos alternam a programação justamente para não que não coincidam os bailes.

Além da ida ao baile, também foram incluídas como atividades de lazer viagens em excursão, cultivo de orquídeas, pescaria, jogo de cartas e de *snooker*. Nenhum mencionou a igreja, divergindo de outros estudos sobre idosos, sexualidade e HIV/aids (CEZAR; AIRES; PAZ, 2012; RUFINO; ARRAIS, 2011).

Três mulheres e três homens mantêm a rotina de atividades físicas. A caminhada é a mais recorrente, seguida por alongamento, hidroginástica e futebol. Metade dos homens não estava praticando nenhum outro exercício físico além da dança. Dois deles deixaram a prática do futebol por limitações físicas.

Para finalizar o tópico, importante ressaltar que, com apenas uma exceção, a qualidade de vida emergiu como o sopro inicial da motivação para o baile. Entretanto, com o avanço da entrevista e o natural movimento do pensamento dos participantes, o salão de baile e a dança ganharam fôlego com a expectativa de identificar, naquele ambiente e grupo, um companheiro ou companheira afetivo e/ou parceiro ou parceira sexual. A migração será evidenciada nos próximos núcleos de Núcleo de Significação e aconteceu na medida em que ultrapassávamos as divisas imaginárias da pausa entre uma resposta e a próxima pergunta.

4.2.2 Relacionamentos afetivos

Segundo o Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa²⁹, paquerar significa “flertar ou provocar alguém ao demonstrar-lhe interesse amoroso; azarar”.

²⁹Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/paquerar/>

Os sete idosos sem companheiro ou companheira afetiva e parceiro ou parceira sexual disseram paquerar no ambiente ou insinuaram fazê-lo.

H1 e H2 têm vínculos em relacionamentos longos. O primeiro está com 65 anos, sendo 45 deles casado. A esposa desconhece sua ida ao baile *“todo sábado, praticamente, quando dá”*. Vai pela diversão e amizades. *“Simplesmente trato as pessoas numa boa, entende?”*. Questionado se já conheceu namorada lá, ele riu: *“se eu falar que não, eu tô mentindo”*.

H2 não flerta porque vai com a namorada com quem mora atualmente e que conheceu num baile há 14 anos. O último relacionamento de M4 também iniciou num baile e se estendeu por cinco anos. H6 relatou uma boa experiência: *“... Dizem que no baile não acha companheira, só ficante³⁰, mas eu achei e fiquei 12 anos”*. Empolgado com essa possibilidade, o viúvo H4 tenta uma namorada, sem sucesso:

“... É muito difícil ... Quando eu vou no baile, eu sempre danço com uma e danço com outra. Um papinho depois, cinco minutos ali e tal ... O meu signo é um signo tão ruim que não sabe nem conversar com mulher ... Peixes. É o signo do amor mas eu ... não me ajeito conversar, não sei”.

M3 sempre gostou de baile; contudo, abria mão da diversão porque o ex-marido não gostava de dançar. Quando se separou, em 1990, novas perspectivas surgiram: *“... aí, eu caí na gandaia como diz o outro... (risos). Eu fiquei dez anos com ele... com o namorado. Eu achei ele no baile mas era muito meu ex-marido... o cheiro dele... a maneira de se vestir. Então, eu me encantei com ele”*.

Esse homem faleceu e ela seguiu nos bailes da vida até que conheceu *“um rapaz uns 22 ou 23 anos mais jovem... ele era apaixonado, sabe?... fiquei com ele um tempão... mas não morando junto... Achei que ele era novo. Falei... arrume a tua vida porque eu já não tenho aquele pique que eu tinha, né? Então, acho melhor você ter uma namorada, uma mulher que goste muito de você ...”*.

Quando perguntei se ela tinha algum parceiro sexual no momento, M3 disse que não. E afetivo?, indaguei. Ela respondeu: *“... eu venho aqui e danço com o José³¹. Eu tenho uma amizade muito grande com ele, tenho uma confiança muito grande nele, sabe?”* José é o *personal dancer*, rapaz contratado para dançar com ela durante o período do baile e por quem demonstrou considerável afeto:

³⁰É a pessoa que fica com alguém por pouco tempo para fins amorosos, sem comprometimento. Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/FICANTE/>

³¹ Nome fictício para preservação da identidade.

“Hoje eu cheguei com dor e falei pra ele: você é o meu remédio porque eu sarei... dancei com ele, fiquei boa... dança do jeito que eu gosto porque se for dançar com uma pessoa que eu não gosto, aí dói... ele é uma pessoa que me respeita, que não fala abobrinha, que não passa daquilo ali. É uma amizade muito, é muito profissional...”

M2 frequenta o baile por diversão; porém, já houve interessado nela: *“... eu acho, assim, que encrenca não precisa arranjar; encrenca aparece...”*. H5, que maratona e se apresenta em clubes, já encontrou *“namorada bonita, firme, gente séria”* em baile. *“Fui feliz com ela. Fiquei um ano certinho...”*. Contudo, durante a entrevista, ele não tinha planos de relacionamento ou namorada “firme”:

“Se eu quisesse, eu tinha um monte, né (risos)... um homem que saiba dançar não falta namorada pra ele. Porque hoje mesmo, nossa, eu já dispensei um monte de convite no WhatsApp³². Elas já sabem que eu não quero compromisso sério com ninguém. Um dia vai aparecer a tampa da panela. Não adianta, não adianta você beijar pra agradar. Nada como você dar um abraço gostoso em que você gosta... Hoje o homem é mais cantado do que canta... Se o homem cantar, é tarado; se o homem não cantar, o homem é viado” (H5)

Em suas graduações de fala, após 34 minutos do início da entrevista, no encerramento da entrevista, revelou: *“... venho dançar, evitar o estresse... para conhecer alguém... Sempre tem alguém pra você conhecer. Sempre tem alguém a mais para você falar. Quem não tem amigo, não vale nem a pena viver”*. O pronome indefinido (alguém) e o substantivo masculino (amigo) imbricavam-se em uma ideia definida e em outro gênero: alguma mulher.

4.2.3 Relações sexuais

Retornemos à narrativa de M3, que tem seis filhos, quinze netos e oito bisnetos. Ao ser introduzido o tema sexo, explica: *“eu vou falar bem franca para você, vou falar bem certinho”*. E reproduziu um diálogo com uma das netas que lhe perguntava sobre *personal dancer*, que sempre a acompanha no baile: *“Vó, o José tá te pegando³³... Eu falei: não, não está. Ela disse: jura, vó? Eu disse: jura ... Aí, eu*

³² Aplicativo para troca de mensagens instantâneas via *smartphone*.

³³ Gíria que significa manter relações sexuais

disse: como é sexo na tua idade, né, por exemplo? Eu falei: Maria³⁴, na minha idade é assim: por exemplo, você vai dar uma corrida, você corre dez voltas no quarteirão. A vó só duas. É assim que é o sexo na minha idade. Eu falei pra ela: tá contente? Ela disse: tô, vó. Fiquei feliz mas ela sempre brinca comigo. Os meus netos brincam... Mas quando tem alguma coisa, eu abro pra eles: oh, eu tô tendo uma relação com fulano e tal ... Sou muito aberta com minha família”.

Três participantes abordaram o declínio fisiológico masculino:

“Eu vou fazer 73 anos ... eu tenho que tomar remédio contínuo (para ereção peniana) e não é só tomando remédio contínuo que você vai chegar em alguém que não te diz nada, não adianta. Além do remédio, você tem que sentir prazer com a pessoa que está com você” (H5)

“... o homem fica impotente, né? E a mulher está sempre pronta para o sexo ... numa certa idade, a gente fica seletiva. Aí, a gente não se joga que nem adolescente, né? Pondera mais” (M2)

“olha, bicho, eu acho que é (importante o sexo para idosos). Mas em todas as idades! Tem uma época que... aí, você não consegue mais, né? Mas, sim, claro que é” (H4)

Apenas esses quatro falaram sobre obstáculos do envelhecimento ao sexo genitalizado pênis/vagina. Os nove afirmaram vontade de contato sexual embora apenas dois (H1 e H2) tenham parceira. Quando perguntados “o sexo é importante para idosos?”, todos os homens responderam positivamente. Eis alguns exemplos:

“Olha, o sexo é um complemento... Eu sinto vontade de fazer sexo, e muito, só que nesse um ano e dois meses eu não procurei ninguém... Lógico, que a coisa precisa mas eu acho um meio de masturbação, eu mesmo, e pronto” (H6)

“Sexo é importante em todas as idades” (H4)

“Acho que para todo mundo sexo é importante, né? Sexo faz parte numa relação a dois. Se não existir sexo...” (H5)

As três mulheres também afirmaram que sim:

“É muito, é importante... com o passar do tempo vai mudando” (M3)

“Acho que é mas tenho medo. Sou muito pé no chão” (M4)

“Eu acho em qualquer idade, né? Uma coisa que eu posso testemunhar pra você: que a gente não perde nunca o interesse. É uma coisa assim: ah, ficou velho,

³⁴ Nome fictício para preservação da identidade.

tá morto, não tem mais isso, não. É só não se deixar abater ou ficar lá acomodado e tal. É importante, sim” (M2).

No entanto, M2 abdicou da vida sexual a dois. “*A gente pauta a nossa vida com outros interesses, tem outros valores que estão à frente disso (sexo), né? E, principalmente, eu que tenho filhos, tenho netos. Então, a família para mim, no momento, é o mais importante, muito mais*”. No contraditório entre o interesse sexual e o contexto familiar, para ela, não pode haver coexistência. Suponho freios morais, vinculados a papéis sociais, como obstáculo à vivência da sexualidade dessa mulher de 75 anos. Mais adiante, em outro bloco de questões, afirmou:

Se pintar, pintou, mas eu não to assim... porque a maioria do pessoal que vem é os homens em busca de ter qualquer coisa com a mulher, né? Mas eu não... Você pode perguntar para quem quiser, os meninos aí me conhecem, eu não saio com ninguém (M2). H5 apresentou a versão masculina: “*Eu nunca fui num baile e sai do baile e fui direto pro motel. Isso eu nunca fiz*”. H6 adicionou um argumento machista: “*Eu sou assim: a mulher só vai para cama comigo só se for por amor. Entendeu? Isso desde guri, não é agora, não... Porque, se o homem quiser levar três pra cama por dia, o homem leva” (sic).*

4.2.4 Autocuidado e uso do preservativo

Todos os participantes demonstraram algum nível de autocuidado com a saúde em geral. Além de *check-up* regularmente, a maioria mencionou consultas médicas com ginecologista e urologista – especialidades que, respectivamente, tratam do aparelho reprodutor feminino e masculino. Nenhum entrevistado relatou abordagem educativa em HIV em consultórios, hospitais, clínicas ou unidades de saúde, reforçando o identificado na busca sistematizada.

Para acesso aos serviços, quatro contam com plano de saúde (privado ou de servidor público) e cinco utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que um deles também paga pela consulta médica. Portanto, o silêncio sobre a temática está presente nas duas esferas. Com a ausência de ações de educação em saúde nestes ambientes, a maioria tem acesso às informações sobre HIV/aids via meios de comunicação de massa, especialmente televisão:

“As informações que a gente tem é o que a gente escuta na mídia, nos jornais, nos livros. Eu leio muito, assisto muito noticiário. Eu to sempre ao par dessas coisa aí... Por isso que eu não vou em reunião nenhuma. Eu já sei. Já conheço tudo” (H2)(sic)

Nenhum dos nove participantes declarou participação em oficina ou palestra sobre HIV/aids. M2 teve acesso a informações apenas sobre prevenção de hepatite por contato sexual. Dois citaram outras Infecções Sexualmente Transmissíveis ao quando questionados sobre HIV. M3 contou uma longa história com detalhes sobre o adoecimento de uma mulher. Ao final do relato, supus que ela se referia a infecção por HPV³⁵ e não HIV. H4 tem noção de que a infecção por HIV é via sexual mas desconhece aspectos da prevenção, diagnóstico e tratamento. Ao ser questionado sobre o perfil da pessoa que pode ser infectada pelo HIV, ele falou sobre gonorreia:

“Não sei porque quando eu era solteiro, eu tive, né? Eu tive, para falar um português sério, eu tive gonorreia... duas vezes eu tive. O médico me deu injeção, eu tomei” (H4). Apesar dessas experiências negativas na juventude, H4 nunca se preocupou usou preservativo. Dois participantes justificaram não adesão à barreira em tom lúdico, por meio de metáforas:

“Eu não usei porque eu acho que você... fazer sexo com preservativo é a mesma coisa que você chupar uma bala sem descascar; por a bala com casca e tudo na boca. Tem que ter o contato” (H6)

“Tem um amigo que diz assim, oh: ele (pênis) pensa que é touca, pega e dorme... Pra te falar a verdade, falar um besteirão, você perde o tesão... Não sei se é psicológico ou não, né? Mas eu tentei e não consegui” (H5). Segundo ele, as mulheres também *“não aceitam o homem com preservativo”*. As explicações foram respaldadas pelo julgamento moral e machista:

Mas uma mulher séria, uma melhor honesta, uma mulher que não sai para caçar, uma mulher que não tem segundas intenções, que não tem nada (doença), ela não aceita. Se você sair três, quatro vezes com a pessoa... elas já sabem, né? É como o homem, também já sabe” (H5)

Além dele, outros seis participantes usaram preservativos pelo menos uma vez. Entretanto, somente um o fez em casamentos. Os demais o dispensaram com o

³⁵ HPV é a sigla em inglês para papilomavírus humano cuja principal forma de transmissão é o contato sexual. Disponível em <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/hpv>

cônjuge ou com parceiro sexual fixo: *“É porque eu casei eu tinha 17 anos... E daí, assim, eu acho que a gente confiava no parceiro, né?”* (M2).

Ao serem questionadas *“quando a paquera ou namoro evoluem para uma reação sexual, o senhor ou senhora usa preservativo (camisinha). Se sim, por quê? Se não, por quê?”*, seis pessoas informaram que aderem ou já aderiram em outras fases da vida, incluindo 100% das mulheres da amostra:

“Com certeza, deve-se usar sempre, né?” (M2)

“Faço questão do preservativo principalmente quando é uma pessoa que não conheço” (M4)

“Sim, sempre. Desde o começo eu me cuidei muito porque ... eu tenho seis filhos, quinze netos. Eu sempre falei: olha, a gente tem que dar o exemplo na família porque... E medo também, né? De ter uma doença qualquer, né? Eu sempre usei preservativo, sabe?” (M3)

“Já usei na minha vida muitas vezes... para prevenir doenças” (H2).

“Mas com certeza, sem dúvida, é lógico. Esse aí é essencial” (H3)

“Quando saí fora do casamento, sempre usei preservativo” (H1).

H6 disse não *“encontrar gente na rua e levar para cama”*. Ele adotou a estratégia de conhecer bem, falar a verdade e espera que a parceira faça o mesmo:

“A gente tem que confiar um no outro, né?... Não é porque encontrou no baile porque num presta. Presta!... Têm mulheres no baile que vão três, quatro, vezes por semana no baile, e faz uns dois anos que não têm relação (sexual) com ninguém porque elas abre o jogo, a gente abre o jogo um com o outro”.

4.2.5 Conhecimento sobre HIV

Sobre conhecimento em HIV/aids, seis (66, 6%) citaram vírus ou HIV como agente transmissor. A maioria acertou as principais formas de transmissão, sendo *“relação sexual, penetração, sexo ou ato sexual”* citada por oito (88,8%) dos nove participantes. Sangue e/ou transfusão de sangue foram mencionadas por três idosos (33,33%). Dois (22,2%) lembraram-se do compartilhamento de agulhas. Entre as opções incorretas, dois acreditam que a saliva transmite HIV; dois, copo/talher; e um, beijo. Um não soube informar nada. Nenhum comentou sobre transmissão

vertical (da mãe para o bebê) nem citou o mosquito como vetor, contrariando estudo de Lazarotto *et al.*, também realizado no sul do Brasil.

Duas pessoas se referiram a “desleixo” ou “pessoa de nível baixo” ao desenharem o perfil de quem pode se infectar com HIV. Um homem delineou pela imagem identitária: “*essas pessoas tatuada e pirci (piercing), alargamento de orelha. A convivência desse povo me traz medo*” (sic). Esses critérios demonstram a persistência do preconceito e raso conhecimento sobre a doença. Por outro lado, quatro (44,4%) dos participantes creem que não há perfil definido:

“... quem vê cara não vê coração. Você nunca sabe o que é. Às vezes, uma (mulher) bonitinha tá (infectada)” (H1)

“... eu acho que é a pessoa que tá aí neta vida sem ligar para as consequências. Muitas vezes, os homens acham que são livres, que podem e vão com uma, vão com outra, e não se cuidam” (M2)

Os nove participantes (100%) acreditam que idosos também podem ser infectados pelo HIV e apenas um (11,1%) desconfia que aids possa ser castigo ou sem-vergonhice. Dois idosos (22,2%) não responderam se a pessoa infectada apresenta algum sintoma. Um retomou a experiência da juventude com a gonorreia. Dois (22,2%) disseram que não há sintomas e dois (22,2%) citaram emagrecimento, incluindo H2 que havia dito que já sabe e conhece tudo sobre o tema:

“Os tratamentos que existem hoje evitam de que esses sintoma apareça. E, se aparecer, normalmente, começa a emagrecer, começa a ter infecções porque o sistema imunológico diminui, não defende o organismo e aí as doenças tomam conta” (H2)

A maioria não respondeu ou não sabe como identificar uma pessoa com HIV. Apenas um (11,1%) afirmou que é via exame e uma respondeu: “*quem vê cara, não vê aids*”. Todos (100%) acertaram ao dizer que há tratamento para HIV. Sobre a cura, dois (22,2%) afirmaram inexistência, quatro (44,4%) acreditam na existência e os demais se posicionaram com dúvidas.

Mais da metade (66,6%) dos participantes já fez teste de HIV. Nenhum relatou ter participado de oficina ou palestra específica sobre aids. Apenas dois (22,2%) já conversaram sobre HIV/aids com o médico pessoal durante consulta periódica. Entretanto, sete (77,7%) nunca falaram com profissionais de saúde sobre o assunto, sendo que dois deles justificaram:

... “*Nunca falam (sobre isso)*” (M2)

... “Não, eu não tenho assim intimidade com o pessoal” (H3)

4.3 ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL NA PRÁTICA

Na atividade em grupo, os quatro participantes – três homens e uma mulher – revisitaram exatamente as mesmas questões já abordadas individualmente no questionário e na entrevista. No entanto, nesta etapa, o exercício aconteceu a partir da escuta da história de vida de uma mulher com 60 anos, aposentada, divorciada, dois filhos e uma neta – a participante do projeto-piloto, conforme detalhado antes.

Dividi a narrativa em cinco eixos (APÊNDICE C) e, após a leitura de cada um, lancei uma ou mais perguntas ao grupo. A cada etapa, os participantes tiveram oportunidade de dialogar, questionar e refletir coletivamente sobre comportamentos e relacionamentos afetivos e sexuais. O exercício possibilitou uma tessitura de passado-presente-futuro delineada pela complexidade da velhice, conforme segue:

4.3.1 Sexo em tempos de aids

O risco de ser infectado por meio do contato sexual muda a forma das interações?

Palavras como ‘confiança’ e ‘fidelidade’ foram justificativas para o não uso do preservativo no casamento ou em relações estáveis. Refletindo sobre o trecho da narrativa em que a mulher afirma ter desistido do encontro porque o potencial novo namorado não tem o hábito do preservativo, H4 disse: *ela não vai transar?* M3 emendou: *mas ela tem medo; às vezes, o parceiro que ela tava arrumando não quer, não gosta de usar, né? Aí, fica difícil, né?*

A confiança no parceiro ou parceira foi bastante mencionada durante toda a coleta de dados. H5 e H6 têm seus critérios para desenvolvê-la a ponto de abrir mão do uso do preservativo depois de “conhecer bem” a mulher, mesmo sabendo que o ato sexual é um dos meios de transmissão do HIV. As três mulheres ouvidas usaram os termos “medo” e “pés no chão” para se referirem a futuros relacionamentos sexuais ou afetivos.

4.3.2 HIV e aids

Qualquer um de nós pode infectar-se? O fato de conhecer previamente a pessoa seria uma segurança de que ela não vive com o vírus? Como saber se a pessoa tem ou não tem (o vírus)?

H6 respondeu: “Eu acredito que nós não temos, assim, imunidade para não pegar isso aí. Tem que vigiar essas pessoas que têm para não transmitir pra você. Eu acho”. M3 recorreu à mulher da narrativa: “acho que é esse o medo dela, né?” (desconhecer a sorologia para HIV).

H6 relatou onze casamentos e relacionamentos longos e expressou sua tática: “*não vou pra cama com mulher nenhuma enquanto eu não conhecer ela corretamente*”. Para ele, neste caso, conhecer significa “*ver a higiene da mulher*” e “*eu consigo ver isso*”. Ao mesmo tempo, ele (se auto) questionou: “*não sei também dizer como é que eu não tenho... Eu tô jogando com a sorte. Com a idade que eu tenho, 67 anos, não brinquei de por camisinha no meu pênis*”. H3 emendou: “*tem que ter o máximo de cuidado. Depois de ter acontecido, não adianta mais*”.

A masturbação individual, já citada por um homem na entrevista, na ASC surgiu como insinuação numa voz feminina. “*Têm muitos homens que não usam o preservativo; então, o que a mulher tem que fazer? Ou ela não vai porque não pode; ela não tem confiança. Ou fica sozinha, dando outro jeitinho, né?*” (M3). Todos riram.

4.3.3 Preservativo

Vestir uma camisinha em si ou no parceiro ou parceira é simples, fácil? (expliquei a existência do modelo feminino). Quem nunca usou, sabe colocar? O uso do preservativo é responsabilidade de quem: do homem ou da mulher?

Baseada nas informações transmitidas pelos meios de comunicação de massa e da internet, M3 crê que “*toda mulher saber usar*”. H6 questionou: “*eu nunca usei, como vou saber como põe ou não põe? Qual o lado corretor de por? Os dois têm que ter: o homem e a mulher?*”. Sobre a responsabilidade pelo uso, H3 e M3 responderam ser de ambos.

4.3.4 Sexo, um tema tabu

Os pais de vocês falavam sobre sexo? E vocês falaram sobre o assunto com seus filhos?

Neste eixo, memórias e histórias de vida reacenderam chamas da juventude e comparações intergeracionais. M3 voltou 61 anos no tempo para relembrar seu despreparo para a vida sexual: *“Casei com 20 anos... meu ex-marido, quando viu as atitudes que eu tinha, comprou um livro e deu pra minha mãe ler e explicar pra mim... Ela cuidava muito de não deixar sozinha, não deixar sair”*.

Para H6, o tema trouxe a memória de um luto: *“Eu não tive a felicidade de vê meu pai porque ele morreu num acidente. A mãe nunca falou nada (sobre sexo)”*. Para H3, *“era outra época... Não tinha essas doença que tem hoje, acho que não tinha... E a gente não era assim de sair. Hoje em dia, a meninada pequeninha já tá tudo transando aí*. H6 concordou: *“É verdade, muito diferente, completamente”*. H4 completou: *“com 13, 14 anos aí já...”*.

Se, de um lado, eles comentam sobre a iniciação sexual precoce; do outro, reconhecem o sexo como tabu entre eles e os filhos. *“Eu não falei (sobre sexo)... Tenho dois piá (meninos). Tem que aprender na rua... Eu aprendi na rua também”*, sentenciou H3. Apesar de ter mantido o silêncio sobre o tema quando os filhos eram adolescentes, H6 percebe a mudança de comportamento da atual geração. *“Hoje eu vejo: tenho um neto de 17 anos e a minha filha compra preservativo para ele... Ele sai nestas balada e diz: ‘tô pegando, quero mais camisinha’. A minha filha diz: ‘não leve uma só, leve várias’*. Todos riram. M3 foi voz destoante: *“eles (filhos) vinham perguntar pra mim algumas coisas e eu explicava, contava tudo direitinho. E com os meus neto, hoje, é igual. Não escondo nada”*.

H6 lembrou da dificuldade inicial, o beijo. *“Pra gente dar um beijo numa moça, nossa, tinha que olhar pra todos os lados”*. H4 revelou: *“A gente dava meio escondido”*. Todos riram. H6 explica a mudança de comportamento entre gerações: *“o mundo evoluiu e o que mundo tem que evoluir... só que nós, a idade... tamo acompanhando mas não vamo alcançar nunca o real lá na frente”*.

4.3.5 Antes e depois da atividade coletiva

Quais as reflexões a partir da narrativa?

H3 defendeu o exame sorológico *“tem que fazer exame uma vez por ano, a cada seis meses, para ver se não está tudo entupido lá (referindo-se ao coração)*. E

o HIV é a mesma coisa. Vai lá ver de vez em quando. Lógico, se você está parado, não tá mais na ativa, aí é outra coisa... Mas se tá no pique aí, vai fazer". M3 falou sobre risco: "quem viveu antes e tá vivendo agora, ficou muito difícil. Eu acho complicado pra sexo... A gente tem que ter consciência. Você tá correndo risco de tudo que é jeito. E faz falta. Você tem que ter uma coisa, é um lazer que eu falo... Quem tem consciência, tem medo". I

H6 voltou no tempo. *"Antigamente, era a filha da vizinha, era mais no arredor da casa que você achava namoradinha. Hoje não, você tá buscando no mundo. Parece que o estranho assusta você". M3 tinha "total confiança no ex-marido" e disse que antes havia amor: "é um amor que não existe mais; eu acho que não tem mais". H4 interrompeu: "eu acho que tem". Ela culpabiliza os homens: "o homem não é mais o que era... mudou muito... o (homem) de hoje, mais... o antigo ainda, nós... por exemplo, você é capaz que ame ainda bastante, ele (também)". H6 afirmou: "eu sou um dos antigos". A partir desse ponto, passado-presente e amor-sexo assumiram as reflexões. Então, questionei: *Era mais fácil amar antigamente?**

*"Era muito bom, você amava de verdade, você recebia aquele amor... Hoje não tem mais, é muito frio. Acho muito distante as coisa", lembrou M3. Ao comparar o perfil de relacionamentos entre gerações, H6 citou exemplos da rápida substituição de parceiros e parceiras na atualidade. Lancei a pergunta: *Os relacionamentos estão mais descartáveis?* H6 respondeu prontamente: "sim, essa é a palavra correta". Na sequência, todos concordaram. Os homens ainda creem no amor romântico:*

"Eu acho que o amor existe", H4.

"Lógico que existe. Se não existisse o amor, ia existir o que?", H3.

"O amor existe pra quem sabe amar, como diz a música", H6.

Após essa descrição e análise dos dados – separadamente, segundo cada metodologia –, a seguir apresentarei a discussão e os resultados gerais em conjunto, no questionário, na entrevista e na atividade de Animação Sociocultural.

5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Para Hessel e Morin (2012), qualidade de vida e bem-viver têm o mesmo significado: "bem-viver significa qualidade de vida e não quantidade de bens. Ele engloba, antes de mais nada, o bem-estar afetivo, psíquico e moral" (HESSEL; MORIN, 2012, p. 27). Na percepção dos participantes, o estado de bem-estar é

vivenciado na dança. E, partir das respostas, evidenciei que o efeito se estende para além do ambiente e momento do baile pois cinco dos seis homens ouvidos e duas das três mulheres iniciaram na dança um relacionamento. Alguns deles, inclusive, mais de uma vez e permanecendo por longo período com o parceiro ou a parceira. Dois homens expressaram intenção em conhecer uma namorada no baile. Portanto, no universo pesquisado, a dança de salão favorece a vivência da sexualidade e de relacionamentos afetivos por pessoas idosas.

Sobre a sexualidade no processo de envelhecimento, os dados obtidos tanto individual quanto coletivamente desconstruem o imaginário social de que a velhice é assexuada e reafirma que a sexualidade acompanha a pessoa em todas as fases da vida. 100% das pessoas idosas disseram sentir vontade de contato sexual. Esse dado se aproxima do resultado observado em estudo transcultural com 187 pessoas, entre 51 e 90 anos, revelando que “apenas 13% das brasileiras declaram não estar interessadas em sexo, contra quase o triplo das portuguesas (...) Aproximadamente a metade das mulheres nos dois países está consciente de ter sonhos eróticos” (VASCONCELLOS *et al.*; 2004, p. 416).

A prática da masturbação individual foi mencionada por H6 e insinuada por M3. Durante a entrevista, M2 introduziu a ideia e, na sequência, desconversou. Assertividade não é o ponto-chave aqui; contudo, há indicativos de que masturbação é vivenciada na velhice e que existe (e insiste) algum tipo de motivação para o contato sexual. Está nele a principal forma de infecção por HIV e praticá-lo sem o uso do preservativo é uma escolha de risco em qualquer idade, inclusive na velhice.

Fazer sexo utilizando preservativo como barreira para infecção às ISTs é uma atitude resultante da combinação de três fatores: 1) acesso à informação; 2) apreensão do conhecimento; 3) conscientização para a mudança comportamental. Direcionada por Ayres *et al.* (2009) e, respalda pela análise dos dados coletados, é possível afirmar que todos os participantes da pesquisa apresentam pelo menos um dos três componentes da vulnerabilidade em HIV – individual (o eu), social (a sociedade) e programático (o Estado).

Entre eles, H1 e H2 são os que mais conhecimentos demonstraram sobre HIV, condição com interferência positiva na prevenção. O primeiro usou preservativo “todas as vezes que saiu do casamento”. Entretanto, o dispensa com a esposa que, desconhecendo o comportamento do parceiro, sequer exerce seu direito de gerir a autoproteção. H1 monopolizou a decisão sobre o cuidado com a saúde dele e da

esposa, uma idosa à mercê da vulnerabilidade compulsória facilitada pelo companheiro de quase cinco décadas. Embora use camisinha, a testagem regular em HIV seria recomendada como medida protetora e protetiva – fator de impacto na análise de vulnerabilidade individual. Já H2 mantém relação monogâmica com a namorada com quem vive há 14 anos e, nesta condição, dispensa o preservativo. Na análise individual, a vulnerabilidade atinge, em maior grau, os outros sete entrevistados (77,7% do total).

A maior parte dos participantes acessou conteúdos sobre HIV nos meios de comunicação de massa. De maneira geral, nestes veículos a informação é rápida e pouco aprofundada; portanto, sem tempo para a compreensão motivadora da atitude preventiva. “A comunicação não garante a compreensão. A informação, se for bem transmitida e compreendida, traz inteligibilidade, condição primeira necessária, mas não suficiente, para a compreensão” (MORIN, 2000, p.94).

Com exceção de H4 – que respondeu “não sei” à maior parte das questões sobre HIV/aids – os outros oito participantes incluíram a relação sexual como pelo menos uma das formas de transmissão. Porém, com dificuldades na proteção de si e do outro: cinco dos seis participantes que já haviam se submetido à sorologia anti-HIV a buscaram por estarem conscientes da exposição ao risco em ato sexual. M3 testou mais de uma vez: “*numa relação, antes de você usar o preservativo, tem lá um esfregamento... a gente tem medo, né?*”. Após uma “*coceira diferente no pênis*”, H6 fez o teste rápido de HIV. Evidencia-se, neste último relato, reforço do senso comum que identifica coceira ou prurido como sintoma das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Com a aids isso não ocorre.

Neste sentido, a complexidade de adotar medida preventiva ao HIV associa-se a outra configuração complexa: o envelhecimento humano. Os participantes da pesquisa são da geração em que o preservativo era (apenas) método contraceptivo – ou, quando muito, barreira para evitar doenças como gonorreia e outras “curáveis”. Tornaram-se adolescentes sem nenhum ou pouco acesso à educação sexual, em família ou na escola. Chegaram à fase adulta num período histórico em que não existia aids. E atualmente vivem a velhice agindo, interagindo e se relacionando numa sociedade que incorporou novas formas de relações afetivos e sexuais. E é justamente neste contexto onde repousa o eixo social da vulnerabilidade ao HIV.

Segundo a concepção de Ayres *et al.* (2009), barreiras culturais engrossam o componente social. Nesta pesquisa, elas tornaram-se perceptíveis nas narrativas,

opiniões, indagações e reflexões dos participantes, na medida em que papéis sociais interferem nos comportamentos assumidos por homens e mulheres. Apresentarei dois exemplos vinculados às questões de gênero que, aparentemente opostos, se repelem e se atraem sem perderem suas potenciais características individuais, confirmando características das relações partes-todo e todo-partes do Pensamento Complexo.

Primeiro, a barreira cultural vinculada ao papel das mulheres. A combinação das palavras “medo” e “pés no chão” apareceram nas entrevistas das três mulheres quando o foco voltou-se a relacionamentos e à prática sexual. M3, durante a ASC, interpretou como medo a sensação da idosa que decidira abrir mão de um possível namoro porque o escolhido não tinha hábito de usar preservativo. Seria a voz de M3 fazendo coro à voz feminina da narrativa? Necessário aprofundar a investigação; no entanto, há possibilidades para compreender o “medo” das mulheres. Uma seria a insegurança quanto ao conjunto de conhecimentos sobre transmissão e prevenção ao HIV e, na incerteza, abdicar do contato sexual. Outra estaria vinculada à dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro.

Entre os homens, o obstáculo cultural encontra raízes na incompatibilidade entre ereção peniana e introdução do preservativo. H6 recorreu ao velho jargão de que fazer sexo com camisinha é igual bala com papel. Na Animação Sociocultural, afirmou nunca ter “brincado” de colocar camisinha. Ou seja, para ele, o ato assumiria o significado de uma brincadeira. H5 também adotou a linguagem figurada e, em seguida, revelou que a tentativa foi frustrada pela perda de ereção. Depois, se (auto) questionou se isso pode estar associado a fatores psicológicos.

Em outro Núcleo de Significação, H5 adicionou um motivo: a mulher “séria” e “honestá”, que não sai para “caçar”, não “aceita” o preservativo. Contrariando o argumento machista, nenhuma das quatro mulheres – incluindo a participante do projeto-piloto – demonstrou resistência ao preservativo. Na percepção de H5, a mulher com poucos parceiros sexuais é saudável e saberia identificar o parceiro em condição similar, dispensando a camisinha. Reciprocamente, o homem age da mesma maneira. Trata-se, portanto, da reprodução da ideia equivocada de que o número de parceiros reflete diretamente no risco de infecção, demonstrando a falta de conhecimento consistente sobre HIV e seu desdobramento em comportamentos de risco. Em resumo, neste breve recorte evidenciam-se contrastes nos significados do preservativo para homens e mulheres.

A vulnerabilidade social amparada por crenças e valores limitantes seguiu na voz de M2. Ela integrava a maioria do grupo (77,7%) sem relacionamentos sexuais ou afetivos que flertavam durante o baile. Ela frisou não sair com nenhum homem depois do baile e, para ter sua verdade confirmada, sugeriu que eu checasse a informação com os funcionários do clube. Teria receio do julgamento moral sobre o seu comportamento sexual? A flutuação de seus pensamentos entre os Núcleos de Significação agrega subsídios para uma possível resposta. Apesar de manter o interesse sexual, prefere sufocá-lo “pautando a vida em outros interesses” e cita a família como prioridade. Neste referencial de valores não há coexistência de família e da sexualidade da velhice. Reforçando as representações sociais de gênero, H5 falou que o homem pode “levar pra cama” várias mulheres num só dia. Essas falas mostram, de um lado, abdicação sexual da mulher; e, do outro, domínio sexual pelo homem. Assim, amarras culturais de longas datas são reproduzidas na velhice.

Não raramente, sopros do componente social alcançam o eixo programático da vulnerabilidade ao HIV. Pautada pela ação do Estado, esse é o que contempla mobilização de recursos, políticas de cuidado e campanhas educativas de estímulo ao protagonismo de idosas e idosos na prevenção às ISTs. O prolongamento do período de vida somente poderá ser comemorado efetivamente como conquista se a ele for acrescentada qualidade (VERAS, 2009). Considerando que a vivência da sexualidade está inserida nos fatores de qualidade de vida e envelhecimento ativo, também contemplados no plano para a Década do Envelhecimento Saudável (OMS, 2020), é imperativo a toda sociedade criar estratégias para que pessoas idosas estejam amparadas por dados e recursos que lhes garantam decisões com a menor vulnerabilidade possível.

Embora as notificações de HIV estejam avançando entre idosos, a primeira campanha educativa do Ministério da Saúde para quem tem a partir de 50 anos aconteceu somente em 2008 – ou seja, 26 anos após o primeiro registro da infecção no Brasil. Apesar de ser realizada em um único ambiente de Curitiba e contar com apenas nove participantes, essa pesquisa identificou que nenhum deles participou de oficina ou palestra específica sobre aids, indicando a impermeabilidade do tema em clínicas, ambulatórios, igrejas, centro recreativos, clubes e outros espaços que poderiam ser utilizados para ações de educação em saúde.

O assunto também não encontra vez em serviços de atendimento à saúde, tanto públicos quanto privados, considerando que o grupo desse estudo é formado

por usuários dos dois modelos de assistência. Apenas dois (22,2%) conversaram sobre HIV/aids com o médico pessoal e os outros sete (77,7%) nunca falaram com profissionais de saúde sobre isso. Portanto, persiste o silêncio nesta comunicação entre equipes de saúde e seus pacientes idosos, conforme identificado na busca sistematizada.

Embalada por narrativas de vida e reflexões sobre passado-presente-futuro, a Animação Sociocultural trouxe ao presente o beijo escondido como lembrança de uma época que nem ao menos a educação bancária – criticada por Paulo Freire por ser repasse de conteúdo sem envolvimento do indivíduo no processo de construção do conhecimento – era adotada para abordagem sobre sexo com os adolescentes das décadas de 1950 e 1960. Na ASC evidenciou-se que o tabu do tema sexo prevaleceu naquela geração e, em alguns casos, na seguinte. Hoje, eles percebem a diferença na vivência da sexualidade por conta do comportamento dos netos.

Para finalizar, importante citar o uso da tecnologia como tema transversal. À procura de namorada, H6 pesquisou o serviço de um site que sincroniza dados de clientes para identificar opções compatíveis ao perfil delineado pelo pretendente. Outro exemplo é M1, que utilizou um aplicativo de relacionamentos ao buscar um homem com potenciais características para namorado. H5 tem o aplicativo como instrumento para aferir seu rendimento durante suas maratonas de dança. O tema pode despertar inquietações propulsoras a novas pesquisas neste campo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Em 2070, o Brasil terá 35% de sua população composta por pessoas com 60 anos ou mais. A projeção do IBGE flui na mesma direção do acelerado processo do envelhecimento humano mundial e da inversão da pirâmide etária sustentada pela queda da natalidade e pelo aumento da expectativa de vida. No entanto, mais-viver não significa bem-viver, especialmente para esses agentes históricos, sociais e culturais que iniciaram suas vivências sexuais décadas antes do surgimento da aids e chegaram à velhice sem referências educativas nesta área.

O envelhecimento humano e a sexualidade da pessoa idosa são temas da complexidade e da subjetividade intrínsecas aos dois fenômenos simultâneos e

associados ao longo da experiência pela aventura da vida. Todas e todos queremos envelhecer e, até o derradeiro passo dessa caminhada, teremos a sexualidade como companheira. Constituintes da relação partes-todo e todo-partes, envelhecimento e sexualidade não podem ser separados. Porém, no imaginário de parte da sociedade, velhice e vivência sexual não se relacionam e, ao inaugurar-se na idade de 60 anos, além do carimbo de idosa, a pessoa recebe o de assexuada. Diante da invisibilidade da sexualidade de pessoas idosas, busquei compreender a maneira como elas se relacionam; identificar fatores de vulnerabilidade ao HIV/aids e analisar a educação em saúde neste contexto.

Realizado na abordagem qualitativa, o estudo contou com seis homens e três mulheres, entre 65 anos e 81 anos, na coleta individual de dados. Quatro deles também aderiram à atividade coletiva de Animação Sociocultural. Elegi idosos ativos e, como *locus*, a Sociedade Vasco da Gama – tradicional espaço de Curitiba onde, antes da pandemia de covid-19, eles se reuniam para desfrutar da dança de salão. Partindo de um ponto comum, o movimento da dança, esse grupo chegou a outros movimentos ainda mais subjetivos: análises, reflexões, indagações, memórias e narrativas. Apesar do número reduzido de participantes, foi possível identificar a vulnerabilidade em HIV nos seus três componentes (AYRES *et al*; 2009) – individual (o eu), social (a sociedade) e programático (o Estado).

Em suas respectivas individualidades e subjetividades, cada uma e todas as pessoas idosas falaram sobre aspectos da sexualidade. O sexo é importante para todos, inclusive na velhice. Os nove afirmaram vontade de contato sexual, embora apenas dois estivessem se relacionando na fase da coleta de dados. A masturbação individual também surgiu como vivência da sexualidade. As três mulheres disseram sentir medo do contato sexual – condição que, analisada à luz dos demais dados, pode indicar que o evitam ou o realizam com insegurança devido a informações inconsistentes ou insuficientes para a tomada de decisão com autonomia.

A vulnerabilidade individual evidenciou-se em dados incorretos e dúvidas elementares sobre o tema. Nestes indicadores residem dois desafios: a qualidade e a ausência da informação. Na primeira, a pesquisa mostrou que os idosos adotam os meios de comunicação de massa como principal fonte de informação. Em tempos de *fakenews* como fenômeno mundial, a banalização de meias-verdades e/ou inteiras-mentiras exige mais atenção e discernimento acerca da intencionalidade de notícias “repassadas”. A qualidade da informação tem impacto direto, inclusive, em

comportamentos de risco. O segundo desafio é vencer a ausência de abordagem sobre sexualidade e prevenção às ISTs em serviços de saúde, tanto no setor público quanto privado, e também em espaços comunitários, de interações sociais e outros. Nenhum participante esteve em oficina ou palestra específica sobre aids. Apenas dois conversaram sobre o assunto com o médico pessoal. Apesar disso, oito dos nove citaram o ato sexual como pelo menos uma das formas de transmissão do HIV. Simultaneamente, demonstraram dificuldades em atitudes preventivas: cinco dos seis participantes submetidos ao teste de HIV o buscaram por exposição ao risco.

Essa constatação aproxima a pesquisa de uma antiga questão: a informação objetiva, por si só, não garante mudança de atitudes e modo de vida porque o comportamento tem raízes profundas em aspectos culturais. Desperta aí, portanto, o componente social e coletivo da vulnerabilidade em HIV da pessoa idosa. Neste eixo, comportamentos vinculantes e vinculados a padrões culturais e papéis sociais demonstraram que: 1) o homem determina o contexto sexual; 2) a confiança no outro/outra pode ser motivo para abrir mão do preservativo; 3) a ereção peniana é prejudicada pelo preservativo; 4) a prevenção baseada em características físicas ou na identidade social. Esses idosos integram uma geração em que prevaleceram como modelos normativos a heterossexualidade, o patriarcado e o machismo.

Analisar e (re) pensar esses comportamentos e vivências afetivas e sexuais com foco na prevenção ao HIV é um exercício difícil mas possível na ação educativa do pensar-fazer e na reflexão como processo de apreensão do conhecimento. Segui por essa via ao integrar à coleta de dados a Animação Sociocultural – metodologia com predominância na abordagem qualitativa e ainda pouco utilizada no Brasil embora, contraditoriamente, no campo da educação, teóricos e estudiosos europeus da área tenham se inspirado na pedagogia de Paulo Freire.

Na ASC emergiram com vigor nuances do contexto passado-presente-futuro. O grupo resgatou histórias vividas há 50 anos para análise de relacionamentos. Do entrelaçamento de corpos com a dança, os participantes chegaram ao entrelaçar de memórias de vida. Assim, corpo e memória – que juntos e associados envelhecem – estabeleceram tessitura para reflexões iniciais sobre o bem-viver em sua dimensão sociocultural. Respeitando o perfil do grupo e reconhecendo as limitações do estudo, a prática distanciou-se ligeiramente da concepção europeia. Ainda assim, cumpriu o propósito da coleta de dados. Evidentemente, uma única intervenção é insuficiente para o aprofundamento de informações objetivas sobre ISTs e promover a mudança

de comportamento. Seriam necessárias outras etapas conduzidas pela dialogicidade e problematização para estimular a autonomia e o protagonismo dessas pessoas idosas na proteção de si e do outro/outra.

Neste sentido, recomendo que atividades educativas sejam desenvolvidas na Sociedade Vasco da Gama. Contudo, bailes, encontros sociais e reuniões com aglomeração de pessoas estão suspensos por conta da pandemia de covid-19. Idosos seguem entre os mais vulneráveis biologicamente e, até meados de dezembro de 2020, o Brasil não iniciou a vacinação de nenhum grupo. Assim, estão mantidas as regras de distanciamento social e higienização de mãos e superfícies. Por outro lado, considerando que a dança é um estímulo ao envelhecimento ativo e saudável e o isolamento social pode desencadear sensações de tristeza, desânimo e outros sintomas vinculados ao sofrimento emocional e psíquico, os participantes da pesquisa poderão se reunir remotamente em propostas específicas de Animação Sociocultural durante as restrições impostas pela crise mundial.

Tal proposta não suprime o papel do Estado na prevenção às ISTs e na promoção da saúde sexual da pessoa idosa. Recomendo o fomento de permanentes ações nos três níveis de governo, especialmente entre os municipais, responsáveis pela atenção primária da população. Em Curitiba, cidade da pesquisa, a sugestão é que as Unidades Básicas de Saúde – que já têm estruturados programas para grupos de hipertensos e diabéticos – incorporem o tema sexualidade na abordagem aos idosos. Também no âmbito do SUS, o Hospital do Idoso Zilda Arns poderia acolher o tema, por meio de equipes multidisciplinares, em oficinas direcionadas não apenas a pacientes como também a familiares e a cuidadores. A pauta se estender ao controle social, por meio do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, que agrega as comissões de Saúde da Pessoa Idosa e também de DST/Aids.

Além disso, empresas públicas e privadas, representantes do Sistema S, Organizações da Sociedade Civil (OSCs), clubes recreativos, associações, igrejas e outros espaços coletivos teriam muito a contribuir em educação em saúde sexual da pessoa idosa. Seja qual for o âmbito da ação, a pedagogia de Paulo Freire é um caminho para a reflexão como processo de apreensão do conhecimento e, quiçá, para o intercâmbio de visões de si e do mundo.

Toda a sociedade pode e deve atuar para mitigar a estigmatização do idoso como assexuado, condição muitas vezes reforçada pela construção da identidade de velhice. Com a elasticidade no tempo de vida, a pessoa idosa, se assim desejar, fará

o prolongamento de suas vivências sexuais. Desconsiderar esse cenário é negar que a existência da sexualidade no último ciclo vital, insistir na invisibilidade e reforçar a vulnerabilidade de idosos e idosas em HIV/aids.

Transformar essa realidade complexa inclui desafios. Um é compreender que informação objetiva e ação guardam distâncias – muitas vezes, abissais. Outro é instigar a revisão de crenças e valores do imaginário social. Trata-se, portanto, de trabalho hercúleo para uma dissertação. Bem-vindas serão outras investigações científicas sobre apreensão do conhecimento em HIV, educação em saúde sexual na velhice e vulnerabilidade ao HIV envolvendo também profissionais de saúde e cuidadores de idosos (bem como, suas formações técnicas), familiares, formadores de opinião, mídia, entre outros. Essa pesquisa é uma contribuição aos caminhos de fortalecimento da autonomia e da segurança para a vivência da sexualidade de maneira saudável e segura. Afinal, o avanço no tempo de vida somente poderá ser celebrado e efetivado como conquista mundial se estiver acompanhado do bem-viver em várias dimensões, inclusive na sexualidade na velhice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOIM, S. Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade contemporânea. **Tempo Social**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 207-232, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ts/v26n1/13.pdf>. Acesso em jun. 2019.
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de Significação como Instrumento para Apreensão da Constituição dos Sentidos. **Psicologia Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006. Acesso em nov. 2020.
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Revista Brasileira de Estudo de Pedagogia**, Brasília, v. 94, n. 236, p. 299-322, 2013. Acesso em nov. 2020.
- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 69, n. 6, p. 1140-1146, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1140.pdf>. Acesso em jun. 2019
- ARAÚJO, C. L. O.; MONTEIRO, A. C. S. Qual a perspectiva da pessoa idosa em relação ao HIV/Aids? **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 14, p. 243-250, 2011. Disponível em
- ARAÚJO, L. Animação para o bem-estar aos 100 anos de vida. p. 195-203. In: **Animação sociocultural e a educação intergeracional** – no contexto do envelhecimento no meio rural e urbano: atividades, técnicas, métodos e estratégias para uma vida ativa. Chaves: Portugal, 1ª ed., 2018.
- ASINELLI-LUZ, A. Educação e prevenção ao abuso de drogas: desafios e possibilidades. **Tese**. (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL-APDASC. **Estatuto da Carreira Profissional de Animador/a Sociocultural**. Portugal. 2019. Disponível em http://www.apdasc.com/info/ver_pagina.php?id=20. Acesso em 29 nov. 2020.
- AYRES, J. C. R. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA-JÚNIOR; I. p. 121-143. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (orgs). **Promoção da saúde** - conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2ª ed., 2009.
- BEAUVOIR, S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BOFF, L. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. Edição comemorativa, 20 anos. Petrópolis: Vozes, 2017.

BRASIL. Agência Senado. **Setenta anos da declaração universal dos direitos humanos**, 2018. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2018/12/70-anos-da-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

BRASIL. Agência Brasil. **Expectativa de vida aumenta mais de três meses e chega a 76,3 anos**, 2019. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-11/expectativa-de-vida-aumenta-mais-de-tres-meses-e-chega-763-anos>. Acesso em 19 nov. 2020, às 18h35

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base – documento I. Brasília: Funasa, 2007. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**, 2020. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 26 out. 2020, às 9h56.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2016. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/f6cd016a041d89a768b1fd472a90d5f3.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **O que são IST**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>>. Acesso em 28 jan.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. História da Aids, Linha do Tempo (s.d). <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>. Acesso em 23 nov. 2020, às 15h08.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e IST. **Campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids: Sexo não tem idade. Proteção também não**, 2008. Disponível em <http://www.aids.gov.br/en/node/38269> Acesso em 29 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde-Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde-Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DCCI. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids**. Número especial. Dez. 2019.

BRASIL. Ministério do Turismo. **Cartilha Dicas para atender bem os turistas idosos**, s.d. Disponível em https://www.gov.br/turismo/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_publicacoes/turismo-responsavel/cartilha-idoso/view. Acesso em nov. 2020.

BRITO, N. M. I. de; ANDRADE, S. S. C; SILVA F. M. C. da; FERNANDES, M. R. C. C.; BRITO, K. K. G.; OLIVEIRA, S. H. dos S. Idosos, infecções sexualmente

transmissíveis e AIDS: conhecimentos e percepção de risco. **ABCS Health**, Santo André, v. 41, n. 3, p. 140-145, 2016.

BRITTO DA MOTTA, A. Envelhecimento e Sentimento do Corpo. p 37-48. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A (orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

BURIGO, G. da F.; FACHINI, I. H., GARETTI, B., STREICHER, C. C. I.; ROSA, R. S. (2015). Sexualidade e Comportamento de idosos vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis. **CuidArte Enfermagem**, v. 9, n. 2 , p. 148-153, 2015.

CARIDE, J. A. Paradigmas Teóricos na Animação Sociocultural. p. 45 a 63. In: TRILLA J. (coord.). **Animação sociocultural – teorias, programas e âmbitos**. Tradução Ana Rabaça. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. Conceitos de Vulnerabilidade e os seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018.

CARTA DE OTTAWA (1986). Canadá. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acesso em 19nov20, às 7h13. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

CASSÉTTE, J. B; SILVA, L. C. da; FELÍCIO, E. E. A. A.; SOARES, L. A.; MORAIS, R. A. de; PRADO, T. S.; GUIMARÃES, D. A. HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n.5, p. 733-744, 2016.

CEZAR, A. K.; AIRES, M.; PAZ, A. A. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5. p 745-750, 2012.

CORREA, M. R. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade**. São Paulo: Editora UNESP [online]. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

CRESWELL, J. W. **Seleção de um projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, J. W; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. Tradução Magda França Lopes. Revisão técnica Dirceu da Silva. 2ª ed., Porto Alegre: Penso, 2013.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Municipal de DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais, 2015.

DA FONSECA, S. C.; THOMAZINI, A.; GAVIOLI, A. R.; MARTOS, F. J. M., ALVES, I. S., BARROSO, J. R., GOULART, S. A. B. Sexualidade e Aids na terceira idade. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 181-205, 2011.

DINIZ, R. F.; SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. de. Crenças e opiniões no cuidado com idosos com AIDS: um estudo exploratório. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 23, n. 3, p. 243-250, 2010.

FERNANDES, L. L. R. A.; DA SILVA, J. Aids e idosos: contribuições para o planejamento do cuidado de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**. V. 2, n. 3, p. 83-93, 2010.

FERREIRA, F. I. O idadismo: discriminação etária e possibilidades transformadoras da educação Intergeracional. p. 23-32. In: **Animação sociocultural e a educação intergeracional** – no contexto do envelhecimento no meio rural e urbano: atividades, técnicas, métodos e estratégias para uma vida ativa. Chaves: Portugal. 1ª ed., 2018.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 3: o cuidado de si**. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque, 1ª ed., São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

_____. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 25ª ed., São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P.; FREIRE, N.; OLIVEIRA, W. F. de. **Paulo Freire - Pedagogia da solidariedade**. 2ª ed., São Paulo: Paz e Terra, 2016.

GONZÁLEZ REY, F. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psicologia da Educação**, São Paulo, v. 24, p. 155-179, 2007.

HESSEL, S.; MORIN, E. **O caminho da esperança**. Tradução Edgard de Assis Carvalho e Mariza Perassi Bosco. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 5ª ed., São Paulo: Atlas, 2003.

LAROQUE, M. F.; AFFELDT, A. B.; CARDOSO, D. H.; SOUZA, G. L. D.; SANTANA, M. D. G.; LANGE, C. Sexualidade do Idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583-589, 2011.

LAZZAROTTO, A. R.; KRAMER, A. S.; HADRICH, M.; TONIN, M.; CAPUTO, P.; SPRINZ, E. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1833-1840, 2008.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>.

LIMA, B. G.; MOREIRA, M. A. S. P.; SILVA, T. N. Revisão sistemática sobre o olhar do idoso acerca das ist e do hiv/aids. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 239-244, 2018. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7661/6630>. Acesso em jun. 2020

LIMA, K. C.; MENDES, T. C. O. Qual o limite etário ideal para uma pessoa ser considerada idosa na atualidade?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1-3, 2019. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n5/pt_1809-9823-rbgg-22-05-e190298.pdf. Acesso em 19 nov. 2020.

LOWEN, A. **Bioenergética** Tradução Maria Silvia Mourão Netto. 12^a ed., São Paulo: Summus, 2017. [e-book-Kindle].

MACHADO, Z.; DOS SANTOS, G. R.; GUIMARÃES, A. C. DE A.; FERNANDA; S. SOARES, A. Qualidade de vida dos praticantes de dança de salão. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas, v. 17, n. 1, p. 39-45, 2012. Disponível em <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/533/532>. Acesso em nov. 2020.

MAIA, D. A. C.; ZANIN, L.; SILVA, A. S. F.; AMBROSANO, G. M. B.; FLÓRIO, F. M. Notificação de casos de HIV/AIDS em idosos no estado do Ceará: série histórica entre os anos de 2005 a 2014. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 542-552, 2018. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt_1809-9823-rbgg-21-05-00542.pdf. Acesso em 21 jun. 2020

MALAGÓN-OVIEDO R. A.; CZERESNIA. D. O conceito de vulnerabilidade e seu conceito biossocial. **Interface**, Botucatu, v. 19; n. 53, p. 237-249, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>. Acesso em set. 2020.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M; NETTER, T. W. **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

MASCHIO, M. B. M.; BALBINO, A. P.; DE SOUZA, P. F. R.; KALINKE, L. P. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583-289, 2011.

MELO, V. A. de. Animação Cultural: um ponto de vista desde o Brasil, um ponto de vista desde a América Latina. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento da Animação Sociocultural. **Revista Iberoamericana**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, out.2006/fev 2007.

MEYER, D. E. E.; DE MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. Você aprende: a gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde e a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. Ciência Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. p. 9-29. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed., Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A (orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MORAES, M. C.; VALENTE, J. A. **Como pesquisar em educação a partir da complexidade e da transdisciplinaridade**. São Paulo: Paulus, 2008.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Tradução Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 13ª ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina. 8ª ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. Revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 2ª ed., São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

MORIN, E.; CIURANA, E. R.; MOTTA, R. **Educar na era planetária – o pensamento complexo como método de uma aprendizagem no erro e na incerteza humana**. Tradução: Sandra Trabucco Valenzuela. Revisão técnica da tradução: Edgard de Assis Carvalho. São Paulo: Cortez, 2003.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 669-675, 2011.

NASCIMENTO, E. K. S.; ALBUQUERQUE, L. P. D. A.; MARINELLI, N. P.; CAMPELO, M. N. A. A.; SANTOS, F. J. L. S. História de vida de idosos com HIV/Aids. **Revista Enfermagem UFPE Online**. Recife, v. 11, n. 4, p. 1716-1724, 2017. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15243/18023>. Acesso em 21 jun. 2020

NEGREIROS, T. C. G. M. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **ALCEU**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 9, p. 77- 86, 2004. Disponível em http://revistaalceu-acervo.com.puc-rio.br/media/alceu_n9_negreiros.pdf

NEVES, M. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética** v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006. Disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>. Acesso em jun. 2020.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf>. Acesso em jun. 2019

ONU BRASIL. Nações Unidas Brasil. **Declaração Universal dos Direitos Humanos está disponível em mais de 500 idiomas**, 2016. Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/75167-declaracao-universal-dos-direitos-humanos-esta-disponivel-em-mais-de-500-idiomas>. Acesso em nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMSENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em 29 jan. 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030**. 2020. Disponível em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/10/D%C3%A9cada-do-Envelhecimento-Saud%C3%A1vel-2020-2030.pdf>. Acesso em 26 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa - Novembro de 2017**. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812. Acesso em 23 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Pessoas com mais de 60 anos foram as mais atingidas pela covid-19 nas Américas**. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/30-9-2020-pessoas-com-mais-60-anos-foram-mais-atingidas-pela-covid-19-nas-americas>. Acesso em 26 out. 2020.

OSORIO, A. R. Animação Sociocultural na terceira idade. p. 251-263. In: TRILLA J. (coord). **Animação sociocultural – teorias, programas e âmbitos**. Tradução Ana Rabaça. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

PAIVA, V.; ARANHA, F.; BASTOS, F. I.; GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 42, s. 1, p. 54-64, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/08.pdf>. Acesso em jun. 2019.

PÉREZ SERRANO, G. Metodologias de investigação em animação sociocultural. p. 101-119. In: TRILLA J. (coord.). **Animação sociocultural – teorias, programas e âmbitos**. Tradução Ana Rabaça. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

PETRAGLIA, I. **Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber**. 13ª ed., Petrópolis, RJ: Vozes: 2011.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 57-68, 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19823.pdf>. Acesso em nov. 2020

QUEIROZ, Z. P. V. de; RUIZ, C. R.; FERREIRA, V. M. Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro: questões de ética, comunicação e educação. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 21-37, 2009.

REIS, T. (org). **Manual de comunicação LGBTI+**, 2ª ed., Curitiba: Aliança Nacional LGBTI/GayLatino, 2018.

RIED, B. **Fundamentos de Dança de Salão**. Londrina: Midiograf. 2003

ROMERO, E. Vulnerabilidade humana e conflitos sociais: suas fontes. In: RIBEIRO, W.; ROMERO, E. (Orgs.) **Vulnerabilidade humana e conflitos sociais**: por uma psicologia social compreensiva. São José dos Campos: Della Bídia, p. 12-13, 2009.

RUFINO, M. R. D; ARRAIS, A. da R. Sexualidade e AIDS na Velhice: novo desafio para a Universidade da Terceira Idade. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 14, n. 5, p. 221-241, 2011. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12736/9248>. Acesso jun. 2018

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 2, p 669-675, 2011.

SERRA, A., SARDINHA, A. H. L.; LIMA, S. C. V. S.; PEREIRA, A. N. S. Perfil comportamental de idosos com HIV/AIDS atendidos em um centro de referência. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 2, 407-413, 2013.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018.

SILVA, A. da. Um olhar sobre o passado da Animação Sociocultural para um futuro menos tecnológico e mais humano. **Quaderns de animació**, Valencia, n. 23, p. 1-16. 2016. Disponível em <http://quadernsanimacio.net>. Acesso em dez. 2020.

SILVA, R. da. O domínio sociocultural da Educação Social Brasileira e a tradição da Animação Sociocultural. p. 39-62. In: SILVA, O. M. da; GARRIDO, N. de C.; CARO, S. M. P.; EVANGELISTA, F. (orgs.). **Pedagogia Social, Animação Sociocultural**: um propósito da Pedagogia Social. 1ª ed., São Paulo: Expressão e Arte Editora, 2012.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4ª ed., revisada e atualizada, Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf. Acesso em 27 jan. 2019.

SOARES, Magda; FAZENDA, Ivani. Metodologias não-convencionais em teses acadêmicas. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Novos enfoques da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1992.

SPC BRASIL. **Hábitos, Comportamentos e Expectativas da Terceira Idade** – Bloco Renda, Consumo e Lazer. Setembro 2014. Disponível em https://www.spcbrasil.org.br/uploads/st_imprensa/spc_brasil_analise_consumo_terceira_idade_2014.pdf. Acesso em nov. 2020

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UN, J. A. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 49-60, 2015.

TRILLA, B. Conceito, Exame e Universo da Animação Sociocultural. p. 19-44. In: TRILLA J. (coord.). **Animação sociocultural** – teorias, programas e âmbitos. Tradução Ana Rabaça. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

TUAN, Y. F. **Topofilia**: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente [Livro eletrônico]. Londrina: Eduel, 2015.

ÚCAR, X. A avaliação da Animação Sociocultural. p. 189-203. In: TRILLA J. (coord.). **Animação sociocultural** – teorias, programas e âmbitos. Tradução Ana Rabaça. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. de. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. p. 25-35. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A (orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

UNAIDS. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids**. 2020. Acesso em 29nov10, às 6h46. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>

UNAIDS. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids**. 2018. <https://unaids.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>. Acesso em 23 nov. 2020

VARELLA, D. **Dr Drauzio Varella fala sobre a epidemia de aids no Brasil**. 2018. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=epvon7xltjA&feature=emb_logo. Acesso em 23 nov. 2020.

VASCONCELLOS, D.; NOVO, R. F.; CASTRO, O. P. de; VION-DURY, K.; RUSCHEL, A.; COUTO, M. C. P. DE PAULA; COLOMBY, P.; GIAMI, A. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, Natal. v. 9, n. 3, p. 413-419, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a03v09n3.pdf>. Acesso em 21 nov. 2020.

VENTOSA PÉREZ, V. Perspectiva Comparada da Animação Sociocultural. p. 85-100. In: TRILLA J. (coord.). **Animação sociocultural** – teorias, programas e âmbitos. Tradução Ana Rabaça. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3. p. 548-554, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>. Acesso em dez. 2020.

_____, R. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as necessárias transformações. p. 11-32. In: VERAS, R. P. (org.). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ, UNATI, 2001.

VICHÉ GONZÁLEZ, M. V. **Una accion social colaborativa #la animación sociocultural**. Publicação do autor, 2013.

VICHÉ GONZÁLEZ, M. V. **Animação Sociocultural no contexto escolar**. Guarapuava: Unicentro, 2015. [E-book]. Disponível em <http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/handle/123456789/966>

WITTER, C.; BURITTI, M. A.; SILVA, G. B.; NOGUEIRA, R. S.; GAMA; E. F. Envelhecimento e dança: análise da produção científica na Biblioteca Virtual de Saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo, vol. 16, n. 1, p. 191-199, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a19v16n1.pdf>. Acesso em 23 nov. 2020.

ZAMBENEDETTI, G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21. n. 4, p. 1075-1086, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a24.pdf>. Acesso em 01 jun. 2019.

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO BIOPSIKOSSOCIAL

Data:

ID:

Sexo:

Idade:

Religião:

Estado civil:

Profissão:

Escolaridade:

ensino fundamental

ensino médio

graduação. Qual?

especialização. Qual?

mestrado. Qual?

doutorado. Qual?

Renda mensal (individual):

Nenhuma

até 1 salário mínimo

entre 1 e 3 salários mínimos

entre 4 e 6 salários mínimos

entre 7 e 8 salários mínimos

entre 9 e 10 salários mínimos

mais de 10 salários mínimos

Sua família depende financeiramente de você?

Sim Não Em parte

Você mora sozinho?

Sim Não. Quem mora com você?

Você divide o quarto com alguém?

Sim Não. Em caso afirmativo, quem?

Tem algum problema de saúde?

Sim. Qual? Não

Toma medicamento de uso contínuo?

Sim. Qual? Não

Utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS)?

Sim. Qual unidade? Não

Tem plano de saúde privado?

Sim Não

Você estuda atualmente?

Sim. Qual? Não

Você faz algum curso atualmente?

Sim. Qual? Não

Você faz alguma atividade extra para contribuir com a renda familiar?

Sim. Qual? Não

Além de dançar, pratica alguma outra atividade regularmente?

Sim. Qual? Não

Atualmente, tem algum companheiro/companheira afetiva?

Sim. Há quanto tempo? Não

APÊNDICE B: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Parte 1 – Comportamento

Quais suas principais atividades de lazer?

Costuma frequentar outros bailes para idosos?

Quantas vezes por semana?

Costuma ir sozinho/a aos bailes?

O que lhe motiva ir ao baile?

O sr./a sra. gosta de paquerar no baile?

Já encontrou um namorado/a em bailes?

Sexo é importante para os idosos?

O sr./a sra. sente vontade de fazer sexo?

Quando a paquera ou o namoro evoluem para relação sexual, o sr./a sra. usa preservativo (camisinha)? Se sim, por quê? Se não, por quê? (lembrando que há a camisinha feminina).

O sr./a sra. sabe como vestir uma camisinha em si ou no seu parceiro/a?

O sr./a sra. tem mais de um parceiro sexual no momento?

Já deixou de fazer sexo por não ter uma camisinha à mão?

O sr./a sra. já foi casado/a ou já teve um/a parceiro/a sexual fixo durante um tempo?

Nas relações com esse/a parceiro/a, o sr./a sra. usava preservativo. Justifique.

Parte 2 – Conhecimento sobre HIV e aids

Qual é o agente transmissor da aids?

Como acontece essa transmissão?

Qual o perfil da pessoa que pode se contaminar com o HIV?

Idosos também podem ser infectados pelo HIV?

A aids é um castigo para pecadores que gostam de sem-vergonhice?

Toda pessoa infectada pelo vírus apresenta sintoma da aids?

Como identificar se a pessoa está infectada com o HIV?

A aids tem tratamento?

Existe cura para a aids?

O senhor/a. já fez algum teste de aids? Justifique sua resposta.

Foi uma decisão pessoal?

O senhor/a. participou de alguma oficina ou palestra sobre aids?

Já conversou com algum profissional de saúde sobre aids?

APÊNDICE C: NARRATIVA PARA ATIVIDADE DE ASC

Perfil da participante do projeto-piloto

Mulher com 60 anos, aposentada, divorciada, com dois filhos e uma neta. *“Minhas atividades de lazer são atividade física (academia), caminhada, trilha, praia, mar... Gastronomia também faz parte do meu lazer. Estou fazendo aulas de dança. Nunca fui a bailes mas pretendo ... A motivação de ir seria a dança. Mas também acho que no baile pode ter paquera e espero que isso aconteça”.*

Sexo em tempos de aids

No momento, não tenho nenhum parceiro sexual. Fui casada por 38 anos e tive um parceiro único e fixo. Sexo é muito importante. Não só para idoso. Para todo mundo. É natural. Faz parte. Eu sinto vontade, com certeza. Eu tive até uma experiência. Uma amiga indicou para eu entrar em uma rede social há pouco tempo e eu entrei por um mês. Encontrei uma pessoa fantástica, um homem super culto. Não mora aqui em Curitiba. Mora fora. Mas quando ele começou a me contar que não consegue usar preservativo em relação sexual, eu já descartei e até diminui os contatos com ele porque eu acho que (preservativo) é fundamental. A gente não pode vacilar de jeito nenhum.

HIV e aids

O vírus HIV é o agente transmissor da aids. A transmissão acontece por via sexual, por sangue contaminado ou da mãe para o filho. Qualquer um de nós pode infectar-se. O próprio nome já diz: é o vírus da imunodeficiência humana. Basta ser humano, independente da idade. A pessoa que tem HIV não tem sintoma. A pessoa tem o vírus mas não é doente da aids. Ela tem o vírus. Para identificar o vírus tem que fazer o teste. Hoje não tem cura, é uma doença crônica. Mas tem tratamento. Esses tratamentos surtem bons efeitos. Eu sou enfermeira e trabalhei com pessoas com HIV e aids por mais de 20 anos. Fui uma das pioneiras deste trabalho aqui em Curitiba. Ouvi muitas histórias e penso em até escrever um livro. Heterossexuais que saíram do armário e assumiram a homossexualidade e uma grande maioria de mulheres contaminadas pelos parceiros fixos e únicos também.

Preservativo

Na relação que eu tive de 38 anos nós nunca usamos preservativo. A gente tinha um contrato (um acordo verbal). A gente sempre fazia a testagem sorológica para HIV (exame para identificar o vírus no organismo). O nosso contrato era interessante. A gente sabe que fidelidade não imuniza ninguém de HIV (não protege ninguém de HIV). Se eu fosse ter relação sexual com outra pessoa, eu usaria preservativo e ele da mesma forma. Essa era uma questão de prevenção. Mas a outra questão, de fidelidade e amor, seria resolvida depois desta questão. Foi uma decisão consensual do casal. A informação é importante mas não só a informação. É necessária uma convicção maior de que qualquer ser humano pode contrair o vírus e as medidas preventivas são fundamentais. Se você leva o preservativo com você e não usa ... Não funciona! As questões têm que ser colocadas em prática no cotidiano da pessoa. A informação e o treinamento dos profissionais de saúde em atendimento ao idoso e a contextualização geral, inclusive na casa de dança. Por que não? A idade não conta pra isso. No meu caso, o contrato que eu tinha com o meu parceiro deu

certo mas não é segurança nenhuma. Segurança mesmo é o uso do preservativo. Eu acredito que sei colocar uma camisinha.

Sexo, um tema tabu

Sexualidade não tem idade, eu penso. Tá com a gente desde que a gente nasce e vai até o fim. A transmissão (do HIV) por sangue contaminado e da mãe para filho diminuiu bastante mas por que a gente continua com a transmissão na questão da sexualidade? Porque a sexualidade é um tema que não é abordado desde que a gente nasce, não é abordado no nosso cotidiano. Não é abordado quase nunca, né?. E isso precisa ser mudado nosso país, no nosso mundo. E agora, além de jovens, temos visto muitas pessoas acima de 60 anos também.

Deveria aumentar a testagem de HIV nos exames de rotina, inclusive de hepatite também. Tem que ter uma abrangência maior. Quanto mais cedo o diagnóstico, melhor o tratamento. A qualidade de vida das pessoas é muito maior. Isso é muito claro. Hoje o tratamento é muito fácil e pode ser feito com uma droga por dia. Antigamente a gente tinha que fazer uma caderneta com a hora de tomar e com que tomar. Isso é uma coisa que já passou. Mas como hoje o tratamento é mais tranquilo, eu penso que aconteceu uma banalização da questão da aids, principalmente entre os jovens.