

## Conviver com HIV/Aids: concepções de pessoas com idade acima de 50 anos

---

ADRIANA MÜLLER SALEME DE SÁ\*

FABIOLA MESQUITA CALLEGARI\*\*

ELIANE TOZATO PEREIRA\*\*\*

**Resumo:** Este artigo contém uma reflexão sobre o processo de envelhecimento da população brasileira e a elevação do índice da infecção do vírus HIV entre pessoas a partir de 50 anos no país. Pretende-se demonstrar que, apesar do aumento, esse segmento ainda parece ser invisível aos olhos da sociedade e do Estado e que a melhoria da atividade sexual não vem sendo acompanhada de informações e ações voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis com essa parcela da população. Pretende-se, também, apresentar como algumas pessoas com essa idade acompanhadas por um serviço de referência para pessoas vivendo com HIV/Aids, em Vitória no Estado do Espírito Santo vêm conseguindo conviver com a doença, e quais os dispositivos internos e externos utilizados por esses indivíduos nesse convívio.

*Palavras-chave:* HIV/Aids, idoso, saúde, envelhecimento.

---

\* Enfermeira, mestranda em Administração na Fundação Instituto de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (Fucape), professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Vila Velha (ES). *E-mail:* profadmuller@yahoo.com.br

\*\* Enfermeira, mestranda em Administração na Fucape, professora do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam). *E-mail:* fabicallegari@yahoo.com.br

\*\*\* Assistente social, mestre em Saúde Coletiva pela UFES, professora do Curso de Serviço Social da Emescam. *E-mail:* elianetozato@terra.com.br.

*Living with HIV/AIDS: conceptions of people aged 50 or older*

**Abstract:** This article reflects on the process of ageing of the Brazilian population and the increase of the index of HIV infection among people aged 50 or older in the country. One intends to demonstrate that, although the increase, this segment still seems to be invisible to the eyes of the society and the State and that the improvement of the sexual activity is not followed by information and there are no actions towards prevention of sexually transmissible illnesses for this parcel of the population. One also intends to present how some people of this age, who receive a reference service for people with HIV/AIDS in the city of Vitória – state of Espírito Santo, are living with the illness and which internal and external devices are used by these individuals.

*Keywords:* HIV/AIDS, elderly people, health, ageing.

## Considerações iniciais

No início da década de 80, o mundo vivenciou o emergir da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids, do inglês: Acquired Immunological Deficiency Syndrome, ou Sida, sigla adotada em Portugal) e há 26 anos, aproximadamente, o mundo vive com essa doença, “uma epidemia que se alastrou rapidamente e disseminou pelos cinco continentes” (Schaurich; Coelho; Motta, 2006). A Aids se caracteriza como uma das mais graves doenças do final do século XX em todo mundo, e se tornou um dos maiores desafios para a saúde pública (Carvalho; Martins; Galvão, 2006).

De acordo com The Joint United Nations Programme on HIV/Aids (Unaid, 2006), o número total de pessoas vivendo com HIV no mundo é em torno de 39,5 milhões de indivíduos. Em adultos, os números ficam ao redor de 37,2 milhões de infectados, sendo 17,7 milhões de mulheres; nas crianças abaixo de 15 anos, são 2,3 milhões vivendo com o HIV.

No Brasil, o país mais populoso da América Latina, estima-se que 620.000 pessoas estão vivendo com HIV, o que representa, de acordo com o Unaid (2006), um terço de todas as pessoas que vivem com o vírus em toda a América Latina. Desde os primeiros casos registrados no Brasil em 1980 até junho de 2006, foram notificados 433.067 casos de Aids.

O vírus HIV pode ser transmitido através de relações sexuais, sem o uso do preservativo, através do compartilhamento de drogas injetáveis; de mães para filhos (transmissão vertical) durante a gestação, parto ou amamentação; através de transfusões sanguíneas com o sangue contaminado ou com o contato desse sangue em instrumentos não esterilizados que furam ou cortam (Brasil, 2006).

A Aids, desde seu início, estava associada aos grupos de risco, como homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, porém, nas últimas décadas, seu perfil epidemiológico se alterou significativamente. Atualmente a infecção pelo HIV tem acometido, principalmente, a população feminina, em idade reprodutiva, com baixa renda e escolaridade e em cidades do interior do país (Schaurich; Coelho; Motta, 2006), e vem caminhando para uma *heterossexualização, feminização, juventudilização e envelhecimento* da doença (Silva; Paiva; Santiago, 2005).

Estima-se que o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos até 2025, o que corresponderá a 15% da população brasileira, ou seja, 30 milhões de pessoas aproximadamente (Souza; Saldanha; Araujo, 2006).

Com a expectativa média de vida aumentando, o avanço da medicina e a melhoria nas condições de vida da população, aumenta também a expressão sexual das pessoas idosas. Estes fatores contribuem cada vez mais para a conquista de sua liberdade sexual e seria, no mínimo, ingênuo atribuir

assexualidade às pessoas acima de 50 anos de idade, portanto, essa parcela da população encontra-se diante de um novo cenário de risco, principalmente pelo fato de essa geração ter vivido uma juventude que não foi educada a fazer uso do preservativo e não incorpora a necessidade de fazer uso da camisinha (Silva; Paiva; Santiago, 2005).

A partir desses aspectos é que emerge a Aids em pessoas acima de 50 anos: por um lado, a crença na impossibilidade de sua contaminação e na representação de que a Aids é a doença do outro; por outro, a não adesão aos métodos de prevenção da doença. Daí a necessidade de intervenção urgente para amenizar as questões relacionadas aos mitos das formas de contaminação da doença, com o intuito de amenizar os preconceitos referentes a pessoas que vivem com HIV, principalmente aqueles oriundos do medo e do desconhecimento em relação à doença, e ainda desvinculá-los de razões religiosas ou morais (Saldanha; Araujo, 2006).

No Brasil, de 1980 a 2005, foram registrados 31.356 casos de Aids em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos (Brasil, 2006). Esses dados comprovam que a contaminação pelo HIV entre idosos vem aumentando progressivamente, o que nos faz pensar na presença da Aids na velhice.

É nesse sentido que o presente estudo de natureza exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa, tem como objetivo (des)velar a concepção dos sujeitos acima de 50 anos acerca da convivência com HIV/Aids, acompanhados em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para pessoas vivendo com HIV/Aids de um hospital filantrópico em Vitória, no Estado do Espírito Santo. Nesse serviço, atualmente, são atendidos em média 25 pacientes acima de 50 anos (análise dos prontuários no período de março a maio de 2007), dos quais sete fizeram parte da pesquisa.

Os critérios de inclusão da amostra foram: idade acima de 50 anos, estar com HIV/Aids, possuir diagnóstico há, no mínimo, um ano, por considerarmos que esse seria um tempo mínimo para a maturação da convivência com o HIV/Aids, e estar em condições cognitivas e emocionais para participar do estudo.

Para a produção do material, foi utilizada a entrevista semi-estruturada, previamente agendada e realizada individualmente, gravadas, com a permissão dos sujeitos em local reservado, garantindo-lhes o sigilo das informações. Além disso, o estudo respeitou a Resolução 196/96 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 1996) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Emescam, em 28 de fevereiro de 2007. A fim de manter o anonimato dos atores da pesquisa, optamos por nomes fictícios de flores, que foram escolhidos pelos próprios atores.

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram tabulados, interpretados e analisados à luz do referencial teórico que orienta a pesquisa com base na leitura reiterada das entrevistas (Minayo, 1992).

### **Envelhecimento e HIV/Aids: um convite à reflexão**

A população brasileira está envelhecendo, e é possível associar esse acontecimento à redução da taxa de natalidade, bem como ao aumento da expectativa de vida, proporcionada pelo avanço tecnológico em diversos campos científicos, como, por exemplo, na medicina e na farmacologia (Paulino; Eiras, 2004, Mendes *et al*, 2005).

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos

provavelmente apresentarão um maior número de doenças e utilizarão o sistema de saúde por mais tempo; portanto, o envelhecimento populacional implica uma atenção maior a este segmento, com políticas voltadas não apenas para a questão da saúde, mas também para as esferas social, econômica, política e cultural da sociedade.

A realidade dessa população é preocupante, uma vez que a vida da maioria dos idosos é acompanhada de um envelhecimento sem qualidade e com carência de políticas sociais e de saúde que dêem o suporte para o envelhecimento saudável. Apesar da criação de novas leis de amparo à velhice, pouco se tem feito para viabilizar o exercício dos direitos assegurados por essas leis (Mendes *et al.*, 2005).

Barreira e Vieira (2004) ressaltam que há necessidade de uma reorientação do serviço de saúde, investindo-se principalmente na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção da saúde, visando, entre outras ações, à prevenção do HIV/Aids no segmento idoso. Esta parcela da população, apesar de dados do Ministério da Saúde apontarem para um crescimento considerável nos últimos anos, parece ser ainda invisível aos olhos da sociedade, ainda que eles possam já ter sido alvo da infecção do HIV/Aids ou venham a sê-lo.

A indústria farmacêutica vem investindo em pesquisa e produção de medicamentos que inibem a impotência sexual, além da maior adesão à reposição hormonal, contribuindo para que os idosos possam ter uma vida sexual mais ativa, pois os homens melhoram sua capacidade de ereção e aumentam a libido, sem que nem homens nem mulheres se preocupem com a contracepção. Porém, essa população tem dificuldades em assimilar práticas preventivas contra doenças sexualmente transmissíveis e não adere ao uso da camisinha (Perez; Gasparini, 2004).

Segundo Bruschini (2003), a população acima de 50 anos está conquistando progressivamente sua liberdade sexual, denotando que expressar e exercer a atividade sexual não é prerrogativa exclusiva dos jovens. Explicações acerca desse fenômeno passam necessariamente pela melhora da qualidade de vida da sociedade de uma forma geral, e, principalmente, pelo advento do popular Viagra®, viabilizando uma maior atividade e melhora do desempenho sexual. É nítido que os medicamentos para disfunção erétil têm impulsionado a vida sexual do idoso (Fontes; Saldanha; Araújo, 2006).

É evidente que as drogas contra impotência sexual não podem ser diretamente responsabilizadas pelo avanço da epidemia nessa parcela da população, principalmente pelo fato de que o remédio mais antigo para melhorar o desempenho sexual foi lançado há cerca de cinco anos e os dados epidemiológicos da faixa etária acima de 50 anos são referentes a infecções que provavelmente ocorreram há mais tempo. Afinal, a doença pode levar até oito anos para manifestar os primeiros sintomas nos idosos. Porém, não há dúvida de que esses medicamentos induziram mudança de comportamento sexual e abriram espaço para o sexo desprotegido (Caldas; Gessolo, 2006).

Segundo Perez e Gasparini (2004), há em nossa sociedade a cultura de que apenas o jovem é sexualmente ativo e acredita-se que conforme a pessoa envelhece deixa a sexualidade de lado e a atividade sexual passa a ser impossível. Por esse razão o tema é complexo e pouco abordado, pois vai de encontro aos padrões socialmente construídos.

O estereótipo de idoso assexuado, em nossa sociedade não é de fato verdadeiro (Lyra, 2007). As mulheres na faixa etária de 50 anos eram consideradas, há alguns anos, velhas senhoras. Sendo elas solteiras, casadas, viúvas ou separadas,

não se cogitava a idéia que tivessem alguma vida sexual. Atualmente, elas exercem mais ativa e desembaraçadamente sua sexualidade, aumentando consideravelmente as chances de exposição à doenças de transmissão sexual, como HIV/ Aids (Lisboa, 2006).

É nesse contexto que a questão da Aids muda o curso da epidemia para um novo perfil: a faixa etária acima de 50 anos. De acordo com o Ministério da Saúde, *as estatísticas nacionais apontam um total de 30.827 casos de Aids em maiores de 50 anos no Brasil, dos quais 8.339 em pessoas com idade de 60 anos ou mais* (Fontes; Saldanha; Araújo, 2006).

O número de novos casos de infecção por HIV na faixa etária acima de 50 anos, principalmente em mulheres, tem tido um aumento considerável na última década no Brasil em relação a outras faixas etárias. Isto nos mostra a mudança do perfil da Aids e traz à tona um novo grupo vulnerável: pessoas acima de 50 anos, principalmente mulheres.

Apesar do Ministério da Saúde reconhecer, desde 2001, a necessidade de incluir ações voltadas para a prevenção da Aids para pessoas idosas, observa-se que essas ações estão mais voltadas para o público jovem, gestante, usuário de drogas, homossexuais e profissionais do sexo (Silva; Paiva; Santiago, 2005).

A Aids é uma doença sexualmente transmissível que pode ser prevenida pelo uso da camisinha; porém, a utilização do preservativo não faz parte da vida sexual dos homens idosos e essa falta de hábito acaba expondo ainda mais essa população à possibilidade de contaminação. O não uso camisinha expõe também as mulheres sexualmente ativas, devido à situação de submissão ao parceiro que, muitas vezes, contrai o HIV pela infidelidade e multiplicidade de parceiras, conseqüência de uma educação conservadora e machista (Fontes; Saldanha; Araújo, 2006).

Apesar da existência de estudos desde a década de 80, como, por exemplo, o trabalho de Ramos, Veras e Kalache (1987), alertando para o envelhecimento populacional, esses estudos não parecem ter sido acompanhados por discussões e planejamentos voltados para o exercício da sexualidade por parte dos adultos com mais de 50 anos no atual contexto da epidemia da Aids.

É preciso enxergar essa parcela da população e considerar que a prática de atividade sexual entre pessoas acima de 50 anos tem sido a principal causa da contaminação pelo vírus HIV nessa faixa etária. Reconhecer, oficialmente, a existência da atividade sexual do idoso e assumir a necessidade de se fazer programas de saúde direcionando ações de promoção e prevenção a DST/HIV/Aids (Lisboa, 2006), talvez possa controlar o avanço da contaminação nesse segmento etário.

### **Convivência com o HIV/Aids após os 50 anos: um encontro possível**

As condições socioeconômicas são fatores preponderantes na condição de viver com HIV/Aids, visto que interferem diretamente na qualidade de vida desses indivíduos e na percepção que eles têm acerca da convivência com o HIV/aids nessa etapa da vida.

O gênero é também um fator relevante a ser considerado na epidemia da Aids, apesar do fato de, nos dias atuais, a disseminação do HIV não se diferenciar entre os sexos, pois, observa-se acelerado o crescimento de mulheres na cadeia de transmissão (Carvalho; Martins; Galvão, 2006).

Apesar da participação de quatro homens no estudo, do total de sete sujeitos pesquisados, vale lembrar que, durante a fase de coleta do material, quatro mulheres se recusaram a

participar da pesquisa por julgarem ser muito doloroso reviver alguns sentimentos relacionados a viver com a doença. Isto demonstra que o HIV realmente vem aumentando e confirmando a tendência da feminização da epidemia.

A maioria dos entrevistados possuía baixa escolaridade (ensino fundamental) e baixo poder econômico (até três salários mínimos), no momento da pesquisa. Esses dados talvez não tenham significância na contaminação destes indivíduos, contudo, a escolaridade e o baixo poder econômico são indicadores para o estudo de Aids, uma vez que pessoas com grau de escolaridade mais avançado tendem a assimilar melhor as informações, e possuem maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e de aquisição de preservativos. Segundo Silva e Paiva (2006), a baixa escolaridade das pessoas acima de 50 anos dificulta o acesso às informações essenciais sobre a Aids, como, por exemplo, suas formas de transmissão e prevenção, aumentando ainda mais a vulnerabilidade dessa camada social.

A baixa renda pode contribuir para a piora das condições de vida desses sujeitos, além de significar fator de comprometimento e de interferência para a continuidade do tratamento, principalmente quando esses indivíduos são os únicos provedores da família. Isso sem falar que indivíduos com idade mais avançada tendem a adoecer com maior frequência, dependendo da sua história de vida, e, por conseguinte, gastam mais com saúde, devido ao surgimento de doenças crônicas nessa faixa etária, revelando o novo perfil da Aids, que segundo Perez e Gasparini (2004), segue a tendência da pauperização e do envelhecimento.

Vale ressaltar, no entanto, que o indivíduo não adoecer porque experimenta mudanças associadas à velhice, porém a probabilidade de adoecimento aumenta com a idade, pois essas

mudanças tornam os indivíduos mais vulneráveis às doenças que, na juventude, seriam combatidas com maior facilidade. À medida que o sistema imunológico envelhece, por exemplo, a defesa fica menos eficiente e aumenta a probabilidade de haver falhas. Assim, doenças como neoplasias, doenças cardíacas, Alzheimer e acidentes vasculares tornam-se mais freqüentes com o avanço da idade, devido à menor capacidade do organismo em combatê-las (Hayflick, 1996). A situação se agrava ainda mais quando se verifica nesses sujeitos o infeliz encontro da velhice com o vírus HIV.

Estudos apontam que pessoas com idade mais avançadas consomem mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que nas outras faixas etárias. Daí a necessidade de o sistema de saúde se aperfeiçoar para atender às necessidades cada vez mais crescentes desses sujeitos, além de planejar cuidadosamente as políticas de saúde voltadas para esse grupo, de modo que os recursos disponíveis sejam utilizados com o máximo de eficiência.

De acordo com Figueredo e Provinciali (2006), a descoberta da soropositividade para o vírus HIV ocorre apenas após o aparecimento de alguns sinais e sintomas da doença ou adoecimento do indivíduo (ou do parceiro), quando a solicitação do teste para HIV tem a iniciativa do médico, não partindo da necessidade ou vontade da própria pessoa, o que demonstra a não percepção do risco de contaminação pelos próprios indivíduos:

Procurei postos de saúde e lá eles não souberam dar o diagnóstico e o que é que eu tinha. Falavam isso, falavam aquilo e nada, nada. [...] Eu sentia febre, dor de cabeça, eu tava desanimada, só queria ficar deitada [...] Aí até que eu vim aqui (hospital) [...] e aí falaram pra mim, só que eu não sabia o que era isso. (Orquídea)

[...] Estava com um machucado na boca, eu fui a vários médicos, os melhores que tinha aqui e não melhorava, passava remédio e voltava tudo. Quando fui a um médico, e ele disse que era necessário fazer alguns exames, inclusive HIV. E o resultado foi positivo. (Lírio)

Esse raciocínio é reforçado por Saldanha e Araújo (2006) quando enfatiza que os profissionais de saúde não têm como rotina a solicitação do teste anti-HIV, além da dificuldade em associar alguns sintomas com a Aids, confundindo-os com as doenças próprias da idade, resultando em diagnóstico tardio e aumentando as chances de morte nesta faixa etária.

Desta forma, se os profissionais de saúde incluírem a pesquisa sorológica para o HIV no exame de rotina, contribuirão para a descoberta do vírus numa etapa assintomática da infecção, com reflexos na diminuição da incidência de adoecimentos e mortes precoces e na quantidade de internações por Aids.

A Aids tornou-se área de interesse para a Psicologia devido ao impacto psicológico que a descoberta de ser portador do vírus traz para a doença (Melbergier, 2006). Para Carvalho, Martins e Galvão (2006), é preciso conhecer as situações emocionais vivenciadas por esses indivíduos ao se descobrirem portadores, já que muitos se deparam com a possibilidade de morte iminente. A doença é impactante, de grande peso emocional, e pode desencadear situações de crise.

[...] é uma coisa que você se arrepia, você fica branco, você fica assim, fora de si. Eu fiquei fora de mim. [...] E eu disse: o que eu vou fazer agora, meu Deus? (Margarida)

Eu queria morrer. Eu tinha medo, queria morrer, tinha medo. [neste momento começa a chorar] Tinha medo das crianças ter tido, ter passado pra eles. No começo foi horrível, foi horrível mesmo. (Orquídea)

Nesse momento, a pessoa tem maior probabilidade de apresentar pensamentos de auto-agressão, como o suicídio. Lewden *et al.* (citados por Malbergier, 2006) declaram que 4% de mortes relacionadas ao HIV estão associadas ao suicídio, e, apesar da estatística parecer pequena, não se pode ignorá-la. Isso reforça a importância da equipe no manejo dessas questões.

Eu fiquei apavorado! Fiquei desesperado, a ponto até de tentar o suicídio pra acabar logo com aquele pesadelo. Mas graças a Deus, eu fui pra igreja, me regenei e comecei imediatamente a fazer o tratamento. (Perpétua)

A convivência com o HIV/Aids após o diagnóstico é uma situação que gera desconforto, sofrimento e perturbação na maioria das pessoas, pois necessitam reestruturar e manter sua vida. Assim, desenvolvem estratégias de enfrentamento para melhorar sua saúde e sua qualidade de vida, estando entre elas a religião (Souza; Saldanha; Araújo, 2006).

A religião assume grande importância no enfrentamento da doença, além de contribuir para a melhora do quadro geral do paciente, pois com ela sentem-se apoiados e fortalecidos por julgarem que ela traz equilíbrio e passam a se sentir melhor. A religião assume papel de refúgio e é utilizada como recurso interno de enfrentamento da doença.

[...] eu acho que se não fosse a religião, eu já tinha ido há muito tempo. (Margarida)

Pra mim, me dá firmeza no dia-a-dia. Acreditar em alguma coisa, acreditar em Deus, em Jesus [...] (Rosa Branca)

Com o passar do tempo, a doença é incorporada à vida desses indivíduos gradativamente, e passa a ser encarada cotidianamente de forma mais tranqüila. Eles conseguem manter suas atividades diárias, apesar do profundo impacto sofrido ao saberem que estavam com Aids.

[...] Eu tive que ir ao psicólogo, fiquei deprimida. Mas hoje, não. Hoje eu sou tranqüila, tomo meus remédios rigorosamente em dia [...]. Graças a Deus hoje eu tô tranqüila, muito tranqüila mesmo. (Crisântemo)

Dentro da medida do possível eu me sinto bem, eu me sinto normal. Eu trabalho em casa, eu trabalho numa cooperativa de bordados [...] Eu tenho me sentido bem por isso, porque eu tenho atividades. [...] Tudo isso ajuda. [...] (Orquídea)

Essa incorporação se dá graças ao suporte da assistência recebida através dos profissionais dos serviços e, também, à distribuição universal e gratuita da medicação anti-retroviral e do tratamento das doenças oportunistas, permitindo assim, uma melhor sobrevivência dos pacientes com Aids. O uso da terapia anti-retroviral possibilitou transformar a Aids – anteriormente percebida como anúncio de morte –, em uma doença com perspectiva crônica (Schaurich; Coelho; Motta, 2006).

Assim, após o impacto sofrido com a revelação do diagnóstico, alguns pacientes passam a incorporar a soropositividade como mais uma etapa a ser vivenciada e não têm alteração importante no modo de vida, passando inclusive a relatar que não sentem nada e que se consideram normais.

Eu me sinto bem melhor do que antes, nem se compara. [...] Eu não me sinto que eu tenha nada. (Lírio)

Hoje eu te digo, eu tô mais confiante, eu acredito que eu vou morrer se eu descuidar de mim. (Rosa Branca)

Por outro lado, descobrir-se com HIV/Aids é conviver com o medo da possibilidade da descoberta de sua sorologia, conseqüentemente, ficando no imaginário desses indivíduos a discriminação e a rejeição de familiares e amigos que não partilham dessa informação. Souza, Saldanha e Araújo (2006), asseguram que a ansiedade, motivada pelo medo da rejeição

social, também é um sentimento encontrado em pessoas com Aids.

Agora eu já acostumei com isso. Eu só fico, assim, constrangido. Por que só meus filhos sabem, ninguém sabe, eu tenho certeza que se eles ficarem sabendo eles não vão aceitar a gente: meus cunhados, minhas cunhadas, as irmãs dela, meus irmãos. [...] (Cravo)

Após a descoberta da infecção pelo HIV, o paciente se depara, primeiramente, com a manutenção do sigilo que, geralmente, é exclusivo do núcleo familiar. Assim, a Aids é uma doença que passa a ser intrínseca na vida do paciente e de seus familiares. O fato de não divulgar sua condição de soropositivo aos demais familiares, como irmãos, cunhados e comunidade, evidencia a intenção de manter afastadas possíveis condutas discriminatórias e preconceituosas (Figueredo; Provinciali, 2006).

Eu contei por que eu acho que ela tem que tá a par disso, eu não quero enganar a ela (filha). (Rosa Branca)

Por que eu falei pra mulher e mulher geralmente, você já viu, [rindo muito] mulher fala. As minhas filhas ficaram sabendo [...] e geralmente elas contam para os maridos, né? Minhas netas também sabem. (Cravo)

[...] Nunca falei, nem falo. Há muito preconceito. Eu nunca dividi com a igreja e nem vou dividir também. Isso é coisa minha, é minha. Sou eu que tenho que lidar com isso. [...] (Orquídea)

A existência de profissionais capacitados no manejo com essas pessoas, que apresentam características tão singulares, é necessária e importante no enfrentamento da Aids. Além dos profissionais, manejo e apoio podem ser encontrados também nas casas de apoio<sup>1</sup> a pessoas vivendo com HIV/Aids.

<sup>1</sup> Essas casas são Organizações não-governamentais (ONG/Aids) que acolhem pessoas com HIV/Aids temporariamente, visando apoiá-las e orientá-las quanto aos cuidados com a saúde, promovendo a adesão aos medicamentos e seu uso correto, bem como o

Uma rede estruturada de serviços, principalmente de saúde, assistência social, trabalho e geração de renda, constitui-se muitas vezes como único suporte na vida desses indivíduos.

Tive apoio da minha filha e da casa de apoio também, eles me dão a cesta básica. A assistente social, ela me deu muito apoio também. (Rosa Branca)

As casas de apoio são grandes aliadas do Estado na sua responsabilidade social de garantir a quem vive com HIV/ Aids o seu direito à saúde e à reintegração na comunidade. Essas casas desenvolvem um trabalho de complementação direta com os serviços públicos de referência, proporcionando, além da melhoria biopsicossocial do paciente, o resgate da sua cidadania.

A avaliação da manutenção da sexualidade após o diagnóstico de Aids se faz necessária por tratar-se de uma doença caracterizada principalmente pela transmissão sexual. Sendo assim, saber como esses indivíduos se percebem com a existência de um vírus transmitido pelo sexo e o manejo dessa questão na vida deles é importante por dois motivos: primeiro pelo fato de ser uma necessidade humana básica; e, segundo, porque o sexo é fortalecedor das relações afetivas.

É muito comum que pessoas com HIV em idade mais avançada, apresentem sentimentos de restrição em seu relacionamento afetivo-sexual devido ao medo da descoberta

---

fortalecimento de seus laços sociais e familiares, com vista à reintegração social (Brasil, 2004). Atualmente existem cinco casas de apoio às pessoas vivendo com HIV/Aids no Estado do Espírito Santo. São elas: Casa da Esperança, Casa Vida Karen Bruns Gray e Casa Sagrada Família, situadas em Vitória; Casa de Apoio ao Cidadão (CAC) no município de Serra; Grupo de Apoio aos Doentes de Aids, Solidariedade e Vida (GAASV) em Cachoeiro de Itapemirim; e Projeto Vida, Solidariedade ao Soropositivo, situado no município de Linhares (Pereira, 2008).

da soropositividade ou à possibilidade de contaminação do parceiro sexual (Souza; Saldanha; Araújo, 2006).

A experiência de viver com HIV/Aids pode afetar profundamente a vida sexual e conjugal de alguns indivíduos, caracterizando-os, nesse sentido, como pessoas desprovidas de companheiros e sexo, o que pode acarretar problemas afetivos a esse grupo, como solidão e depressão. Muitos têm medo de expor sua condição sorológica, além do medo da transmissão do vírus ao parceiro.

Sou sozinho. O que me causou mais tristeza foi isso. Por que sou da 3ª idade, tem umas senhoras lá com 60 anos que se interessam por mim, mas eu tenho medo. Eu não posso adular por causa da minha igreja, e elas são da igreja também. Tem que casar. Como é que eu vou casar? Não posso. Não posso casar assim. [...] Não namoro ninguém. (Margarida)

Não namoro desde que meu esposo faleceu. Desde lá pra cá, eu não tive ninguém. [...] Eu optei pra ficar só mesmo. (Orquídea)

Os profissionais de saúde devem reforçar e orientar que o desprovimento de parceiro não se faz necessário. Deve-se destacar o trabalho da psicoterapia como suporte a esses sujeitos e também a abordagem desse tema em grupos de discussão e convivência, onde esses sujeitos que convivem com a Aids trocam experiências.

Há ainda aqueles que mantêm suas atividades sexuais normalmente e a necessidade de revelar a sua condição advém da preocupação com o parceiro, a fim de implantar a prática do sexo seguro.

Sim, contei à minha esposa. Por que ela precisava saber pra ela permitir que viesse o uso do preventivo (preservativo). Por que a gente nunca fez sexo com preventivo. E porque eu estaria usando o preventivo agora? E ela também tinha que vir fazer os exames pra saber da atual situação dela. (Perpétua)

Para esses sujeitos ativos sexualmente, houve mudanças no relacionamento sexual, em função da dificuldade na aceitação do sexo com a presença do vírus, principalmente pela necessidade do uso do preservativo entre pacientes soroconcordantes, e ainda pela dificuldade na aceitação de seu uso por aqueles que nunca usaram.

Ela não soube. Mas o relacionamento mudou. [...] quando eu falava em usar preservativo, ela falava: mas nós somos casados há trinta anos, você nunca usou isso. Aí pronto, acabou-se. [...] Nós paramos de namorar. (Margarida)

Mudou até certo tempo, depois voltou ao normal. Ela ficou assim retraída, ficou contrariada, muito magoada. Hoje é só aquele feijãozinho com arroz e pronto. [...] É só pra dizer que tem. Dificultou porque tem que ter o preventivo (preservativo), ficou mais difícil. (Perpétua)

Seguir o tratamento, mesmo que atribuído apenas ao uso dos medicamentos anti-retrovirais, obedecer a prescrição médica e administrar a medicação em horários corretos são aspectos considerados relevantes no cuidado com a saúde desses sujeitos. Além disso, a valorização da vida e a vontade de permanecer vivo, bem como a consciência da presença da morte caso não haja adesão e continuidade do tratamento, também são evidentes no discurso dessas pessoas:

Acho muito importante, se não fossem os remédios, né? A gente tem que tratar por que se não morre, dança. (Cravo)

[...] É a medicação que te mantém vivo. É muito importante. (Orquídea)

Muito importante, porque ninguém quer morrer. O remédio é fundamental, o tratamento é fundamental. [...] Se a pessoa fizer o tratamento direitinho de Aids ele não morre mais não. (Perpétua)

O acesso ao local de tratamento para as consultas e exames não foi o principal problema no seguimento do

tratamento. Há queixas quanto aos efeitos colaterais e à quantidade de comprimidos, podendo ser estes os fatores desmotivadores no seguimento do tratamento.

Não tenho problema nenhum. O problema que eu tive foi no início de tomar o coquetel, que vocês sabem que ele traz uma reação muito grande né? Foi este o problema que eu tive. (Crisântemo)

O problema é você ter aquele compromisso de ficar tomando o remédio na hora em que você não quer tomar o remédio, por que você tem que se alimentar [...] É uma obrigação que você tem de comer, na hora de tomar o remédio. (Cravo)

O remédio é insuportável, é uma quantidade grande e é difícil de tomar, [...] mas não é impossível. Na comida é mais fácil, aí eu consigo. (Orquídea)

A convivência com HIV/Aids assume significados distintos para os entrevistados, vem permeada de sentimentos de indignação e humilhação. Eles acham que a doença não é aceitável nessa fase da vida por denunciar à sociedade que fazem sexo (“apesar da idade”), além da cultura de que as pessoas mais velhas são símbolos de sabedoria, de exemplo e experiência para as pessoas mais jovens.

Pra gente que já tá velho, é ruim por que às vezes uma jovem igual a vocês, puxa, vê um velho igual a esse aí, velho safado, que tá pegando mulher por aí, pegando uma coisa dessa aí. Mas não tem idade, não. Pois hoje não tem idade pra sexo, não tem idade. (Cravo)

Porque a idade dele não permitia mais isso não. [...] Ele tem 67 anos e foi aos 65 anos que aconteceu isso com ele. Não tinha idade pra isso não, né? [...] (Crisântemo)

É uma humilhação... Porque era pra mim tá velha, mas não com uma doença tão perturbadora como essa. (Rosa Branca)

Viver com essa doença está associado ao compromisso de fazer uso constante de medicamentos e também ao medo

de uma suposta falta desses medicamentos, em função da incerteza quanto à política do Estado brasileiro, responsável pela garantia do acesso e manutenção dos anti-retrovirais.

Isso faz parte da nossa vida, esses remédios. E eu tenho muito medo de ficar sem eles. Com o HIV até agora eu tenho domínio, o governo me deu domínio, eu tenho medo se ele faltar. [...] Eu não tenho medo da morte. Eu tenho medo de sofrer. (Rosa Branca)

Na relação entre a saúde pública e direitos humanos, ficou evidente a resposta do País à epidemia de Aids (Brasil, 2006), e “a responsabilidade brasileira na epidemia HIV/Aids é tanto única e exemplar em vários aspectos” (Malta, 2005).

O Brasil assumiu uma posição de destaque no mundo, ao apresentar políticas de saúde efetivas para o combate e tratamento da doença. Dentre as políticas implantadas, podemos citar:

- distribuição gratuita e universal dos medicamentos anti-retrovirais, bem como o tratamento das doenças oportunistas;
- quebra da patente na fabricação de alguns anti-retrovirais;
- montagem de uma rede de laboratórios para realização de exames de diagnóstico, como: testes sorológicos, contagem de carga viral, contagem de CD4 e teste de genotipagem;
- elaboração de leis que favorecem pacientes HIV/Aids;
- capacitação dos profissionais para o atendimento a esses pacientes. (Varella, 2006)
- testagem da sorologia para HIV passou a ser obrigatória nos bancos de sangue (Lima, 2002).

Segundo Varella (2006), principalmente após a distribuição gratuita dos anti-retrovirais em conformidades com essas políticas, diminuiu o número de mortes por Aids e a ocorrência de doenças oportunistas. Em relação à terapia medicamentosa, houve um grande avanço na terapêutica anti-retroviral, possibilitando uma melhora na sobrevivência e na qualidade de vida dos indivíduos infectados pelo HIV (Malbergier, 2006). Atualmente, 170 mil pacientes estão em uso da terapia anti-retroviral no Brasil, impedindo o aumento do número de mortes (Gianna; Kalichman, 2006).

A evolução do conhecimento e os avanços na utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, principalmente com o advento da terapia combinada de alta potência (HAART), em 1996, mostraram-se decisivos no aumento da sobrevivência de indivíduos com infecção pelo HIV. A eficácia das associações terapêuticas aliada à acessibilidade aos medicamentos permite, atualmente, classificar essa infecção como uma doença crônica, deslocando progressivamente a atenção aos pacientes para a rede ambulatorial (Malta, 2005).

### **Considerações finais**

No Brasil a prevenção está direcionada, principalmente, para a população mais jovem, a fim de que esse público não se contamine e envelheça sem Aids. O que não justifica as poucas práticas preventivas direcionadas para a população mais envelhecida, já que, por manter atividades sexuais, também está vulnerável à infecção pelo HIV.

O estudo revelou que os idosos tiveram dificuldade de adesão ao uso do preservativo na faixa etária mais avançada e constatou a não incorporação da camisinha nas relações sexuais anteriores à contaminação, pois eles acreditavam que

não se contaminariam, reforçando a própria invisibilidade dessa população na contaminação pelo vírus HIV.

Com a introdução dos anti-retrovirais de alta potência aumenta-se a expectativa de vida das pessoas com HIV, que já estão envelhecendo com a doença. Por outro lado, as estatísticas acerca da epidemia impõem à Saúde a urgente necessidade de ações voltadas para a prevenção de novos casos na faixa etária acima de 50 anos.

Essas ações educativas devem ser desenvolvidas nos espaços de convivência desse segmento e devem abordar as formas de transmissão do HIV, a importância do uso do preservativo e outros aspectos da sexualidade, já que esses sujeitos são vistos como assexuados, inclusive pelos profissionais de saúde. Vale ressaltar, porém, que apenas a informação não é suficiente para provocar mudança de comportamento, sendo necessário possibilitar espaços de escuta e reflexão com esse segmento.

É importante conscientizar os profissionais de saúde sobre a existência da prática sexual nessa fase da vida, devendo ser considerada na elaboração da anamnese, ou, pelo menos, não desprezada, e, inclusive, que se investigue a possível multiplicidade de parceiros e o uso do preservativo nas relações sexuais.

Para os sujeitos que já convivem com o HIV/Aids em idade acima de 50 anos, cabe aos profissionais de saúde terem sensibilidade quanto aos sentimentos negativos vivenciados por esses indivíduos e à necessidade de lhes oferecer suporte psicossocial. A Aids pode deixar marcas profundas em alguns sujeitos, destituindo-os, por exemplo, de uma vida sexual, principalmente com relação ao medo da descoberta da soropositividade ou pela possibilidade da contaminação do parceiro sexual.

A convivência com o HIV/Aids hoje está muito melhor do que no início da epidemia, já que, naquela época não existia tratamento eficiente e a constatação da doença significava um diagnóstico de morte iminente, mas, hoje, os portadores do vírus passaram a ser considerados doentes crônicos, estando a sua qualidade de vida atrelada à dependência dos anti-retrovirais, apesar de serem suscetíveis a doenças oportunistas que podem comprometer a sua independência e a sua autonomia, interferindo na qualidade de vida.

Sabe-se que o trabalho de prevenção de doenças e promoção de saúde nessa parcela da população, principalmente das DST/HIV/Aids, com não é tarefa fácil. Exige uma abordagem e intervenção bastante complexas, pois existe uma concepção arraigada na sociedade de que sexo é prerrogativa da população jovem e esse preconceito representa um desafio para a política de saúde, que ainda concentra sua atenção apenas na população jovem. Porém, pior do que estigmatizar, discriminar ou lidar com preconceitos em relação à sexualidade e seus riscos – após 50 anos –, é torná-la invisível. Pode-se sempre lutar contra o estigma, contra o preconceito, gritar contra a discriminação. Mas, para todos os efeitos sociais e de ações em saúde, o que não é visível não existe e não pode ser combatido, questionado ou confrontado. É uma não questão, não existe. É silêncio (Lisboa, 2006).

## Referências

- BARREIRA, K. S.; VIEIRA, L. J. E. de S. O olhar da enfermagem para o idoso: revisão de literatura. *Revista Enfermagem*, UERJ, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96*: pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, 1996.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Manual de Saúde da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.313/GM, de 19 de dezembro de 2002.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.824, de 02 de setembro de 2004.
- BRUSCHINI, Homero. Projeto continuado em Urologia. *Atualidades em Geriatria*, v. 4, n. 24, 2003.
- CALDAS, J. M. P.; GESOLO, K. M. Aids depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 7. Lisboa, 2006. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/index.php>>. Acesso em: 15 nov. 2007.
- CARVALHO, M. de L.; MARTINS, L. F. A.; GALVÃO, M. T. G. Sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids diante da percepção da infecção. *Nursing*, v. 100, n. 8, Sept 2006.
- FIGUEIREDO, M. A. de C.; PROVINCIALI, R. M. HIV/AIDS em pessoas idosas: Vulnerabilidade, convívio e enfrentamento. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 7. Lisboa, 2006. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/index.php>> Acesso em 14 abr. 2007.
- FONTES, K. S.; SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. de. Representações do HIV na terceira idade e a vulnerabilidade no idoso. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 7. Lisboa, 2006. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/index.php>> Acesso em 14 abr. 2007.
- GIANNA, M. C.; KALICHMAN, A. Editorial. *Jornal Brasileiro de Aids*, v. 7, Ed. Especial, ago. 2006.
- HAYFLICK, L. *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus, 1996
- LISBOA, M. E. S. A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/AIDS. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 7. Lisboa, 2006. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/index.php>> Acesso em 14 abr. 2007.
- LIMA, H. M. M. Educação e saúde: as campanhas massivas de DST/ Aids do governo federal como veículo de produção de sentidos – articulação com a história da epidemia de Aids no Brasil. *Jornal Brasileiro de Aids*, v. 3, n. 3, p. 7-26, jul/set. 2002.
- LYRA, D. G. P.; JESUS, M. C. P. de. Compreendendo a vivência da sexualidade do idoso. *Revista Nursing*, v.104, n .9, jan. 2007.

- MALBERGIER, A. Aids e saúde mental. *Jornal Brasileiro de Aids*, São Paulo, v. 7, n. 6, p. 273-320, nov./dez., 2006.
- MALTA, M. *et al.* Aderência à terapia anti-retroviral: um estudo qualitativo com médicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 abr. 2007.
- MENDES, M. R. S. B. *et al.* A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul. Enferm.* v.18, n. 4, p. 422-6, 2005.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- PAULINO, L. F.; EIRAS, N. B. Qualidade de vida e bem-estar subjetivo para idosas cegas institucionalizadas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2. Belo Horizonte, 2004. *Anais do... 2004*.
- PEREZ, B. F. A.; GASPARINI, S. M. A vivência do idoso no processo de envelhecer e o HIV/Aids: uma reconstrução dupla em suas possibilidades e limites. *Jornal Brasileiro de Aids*, v. 5, n. 5, p.193-232, set./out. 2004.
- PEREIRA, E. T. A Relação entre Estado e Sociedade Civil no enfrentamento do HIV/Aids: Afinal que parceria é essa? In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SERVIÇO SOCIAL, 19. Salvador, 2008. *O desafio de concretizar direitos numa sociedade globalizada e desigual*. Salvador: CFESS/CRESS 5ª Região/IFSW, 2008.
- RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, jun. 1987.
- SALDANHA, A. A. W.; ARAUJO, L. F. de. A Aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 7, Lisboa, 2006. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/index.php>>. Acesso em: 14 nov. 2006.
- SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. da G. C. da. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.455-462, jul/set. 2006.

- SILVA, L. S.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade ao HIV/Aids entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 7, Lisboa, 2006. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/index.php>>. Acesso em: 14 abr. 2007.
- SILVA, L. S.; PAIVA, M. S.; SANTIAGO, U. C. F. Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da AIDS. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 6, Lisboa, 2005. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/index.php>>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- SOUZA, V. C.; SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. Viver com Aids na terceira idade. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/Aids, 7, Lisboa, 2006. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/index.php>>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/aids). *Report on the global Aids epidemic: executive summary*. IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment – Rio 1. 3<sup>rd</sup> July, 2005. Disponível em: <[http://data.unaids.org/Publications/Fact-Sheets04/FS\\_Brazil\\_24Jul05\\_en.pdf?preview=true](http://data.unaids.org/Publications/Fact-Sheets04/FS_Brazil_24Jul05_en.pdf?preview=true)>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- VARELLA, R. B. Aspects of the Aids epidemic in a medium-sized municipality of state of Rio de Janeiro, 2000-2004. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 15 abr. 2007.