



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

**O VIVER COM AIDS DEPOIS DOS 50 ANOS E SUA RELAÇÃO COM A
QUALIDADE DE VIDA**

Josevânia da Silva Cruz de Oliveira

JOÃO PESSOA
FEVEREIRO / 2009

Josevânia da Silva Cruz de Oliveira

**O VIVER COM AIDS DEPOIS DOS 50 ANOS E SUA RELAÇÃO COM A
QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação submetida como
requisito para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social.

Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha
(Orientadora)

JOÃO PESSOA-PB
FEVEREIRO/2009

O48v Oliveira, Josevânia da Silva Cruz de.
O viver com AIDS depois dos 50 anos e sua relação com a qualidade de vida /
Josevânia da Silva Cruz de Oliveira. -- João Pessoa: [s.n], 2009.
169f.
Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA.

1.Psicologia social. 2.Qualidade de vida. 3.Maturidade. 4.Aids-Velhice.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**O VIVER COM AIDS DEPOIS DOS 50 ANOS E SUA RELAÇÃO COM A
QUALIDADE DE VIDA**

Autora: Josevânia da Silva Cruz de Oliveira

BANCA AVALIADORA

**Profª Drª Lícia Barcelos de Souza
(USP, Membro)**

**Profº Drº Leônicio Camino
(UFPB, Membro)**

**Profª Drª Ana Alayde Werba Saldanha
(UFPB, Orientadora)**

DEDICATÓRIA

À minha mãe (Célia da Silva),
que certo dia me disse:
“filha eu não entendo essa coisa de mestrado, mas se for o melhor
pra você conte comigo, vou ficar daqui rezando por você”.
Obrigada por sempre me olhar como sua “Vaninha”.
Te amo!

À Ana Alayde e Paulo,
que acreditaram em mim antes mesmo do mestrado
e por, muitas vezes, se fazerem família
para mim.

A Luciano,
que com seus olhos e sorriso foi para mim
uma constante fonte de Qualidade de Vida.

Aos meus sobrinhos,
Janiele, Janielisson, Tainá e Vinícius
por dar sentido a minha vida.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, Presença constante na minha vida, que me ilumina nos momentos mais difíceis, se fazendo presente no rosto dos meus amigos e dos mais pobres.

À Profª Drª **Ana Alayde Werba Saldanha**, por se fazer presente em minha vida desde o início da graduação, como orientadora para os trabalhos acadêmicos, como amiga nas horas de angústia e silêncio, como mãe preocupada com minhas necessidades e futuro. Maior riqueza encontrada desde que estou em João Pessoa. Que posso dizer? (silêncio)

Ao Profº Drº **Leôncio Camino**, professor e amigo, pelas conversas regadas ao vinho, pela doçura das orientações acadêmicas, pelas intervenções pertinentes e preciosas que contribuíram para realização desta investigação.

À Profª Drª **Maria da Penha de Lima Coutinho**, que oportunizou minha inserção em projetos de pesquisa na graduação, depositando em mim sua confiança.

Aos amigos do **Grupo de Pesquisa Vulnerabilidade e Saúde Coletiva**, que contribuíram de forma positiva numa relação acadêmica e pessoal saudável, repleta de momentos de carinho e incentivo e muito amor: Bruno, Camila, Cássio, Celestivo, Edylane, Elís, Faheyne, Gleyde, Iria, Isabele, Jackeline, Juliana, Karla, Lidyanne, Marina, Pollyanna, Raquel, Roberta e Shênia. Sou um pouco de cada um de vocês!

À secretária **Gracinha**, pelo carinho e apoio incondicional demonstrado durante minha estada no mestrado de psicologia da UFPB.

Aos **professores do Mestrado em Psicologia Social da UFPB**, que permitiram compartilhar conhecimentos, bem como pela compreensão e atenção.

Aos Amigos de núcleo, de turma e da vida, **Osório e Flávio**, pela parceria ao longo desses dois anos.

À amiga Ellen, pelo carinho, por você existir em minha vida.

A **Bruno**, pela amizade e apoio irrestrito na revisão da língua inglesa.

Ao professor, amigo e sogro, **Paulo**, pelas valiosas contribuições na revisão do vernáculo.

À **Inês**, amiga e sogra, pelo carinho, paciência e incentivo nos momentos de força maior.

Ao amigo e companheiro **Henry Pôncio**, que me ajudou a dar os primeiros passos.

À Israel, profissional da instituição de pesquisa, pelo carinho e atenção.

Aos participantes desta pesquisa que com sua experiência e sabedoria me ensinaram que é sempre possível sonhar e viver. Muito Obrigada!

Lema

*“Não vou lamentar a mudança que o tempo traz, não
o que já ficou para trás
e o tempo a passar sem parar jamais
já fui novo, sim
de novo, não
ser novo pra mim é algo velho
quero crescer, quero viver o que é novo, sim
o que eu quero assim
é ser velho.
Envelhecer, certamente com a mente sã
me renovando, dia a dia, a cada manhã
tendo prazer
me mantendo com o corpo são
eis o meu lema, meu emblema, eis o meu refrão.
Mas não vou dar fim jamais ao menino em mim
e nem dar de não, mas me maravilhar
diante do mar e do céu da vida
e ser todo ser, e reviver
a cada clamor de amor e sexo
perto de ser um Deus
e certo de ser mortal
de ser animal
e ser homem”*

(para ler ao som de Ney Matogrosso)

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS	03
LISTA DE ABREVIATURAS	04
RESUMO	05
ABSTRACT.....	06
APRESENTAÇÃO.....	07
CAPÍTULO I – DELIMITAÇÃO DO FENÔMENO DA PESQUISA	10
1. AIDS DEPOIS DOS 50 ANOS.....	11
1.1. Envelhecimento populacional: aspectos demográficos e sociais	11
1.2. Envelhecimento Humano.	16
1.3. Sexualidade e vulnerabilidade ao HIV depois dos 50 anos.....	20
1.4. A emergência da AIDS em pessoas acima de 50 anos.	26
CAPÍTULO II – APORTE TEÓRICO.....	33
2.1. QUALIDADE DE VIDA	34
2.1.1. Qualidade de Vida: aspectos conceituais	34
2.1.2. A avaliação da Qualidade de Vida no contexto do HIV/AIDS	37
2.2. OBJETIVOS	41
Geral	41
Específico	41
CAPÍTULO III – MÉTODO	42
3. MÉTODO	43
3.1. Delineamento	43
3.2. Participantes	43
3.3. Instrumentos	44
3.4. Procedimentos	46
3.5. Tabulação e Análise dos dados.....	47
3.6. Aspectos Éticos	50
CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÕES PARCIAIS.....	51
4.1. A Qualidade de Vida dos participantes	52
4.2. Influência de variáveis biodemográficas e clínicas na Qualidade de Vida	59
4.3. A relação entre o nível de religiosidade e a Qualidade de Vida	67
4.4. A vivência da AIDS depois dos 50 anos.....	70

CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
ANEXOS	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Etapas do Procedimento de Análise de Discurso	50
Tabela 2 - Poder discriminativo das médias entre os grupos com avaliação positiva e avaliação negativa da Qualidade de Vida dos participantes HIV+.....	55
Tabela 3 - Avaliação da Qualidade de Vida por Fatores do WHOQOL-Old dos participantes HIV+ (N=43) e da população geral (N=43).....	56
Tabela 4 - Frequências e percentuais referentes aos dados biodemográficos e clínicos dos participantes HIV+ (N=43).	62
Tabela 5 - Poder discriminativo dos fatores do Whoqol-Old em relação às variáveis biodemográficas	65
Tabela 6 - Médias dos Grupos Critérios da variável nível de religiosidade no fator “Morte e Morrer”	71
Tabela 7 - Classes Temáticas e Categorias dos discursos emitidos	74

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	<i>Síndrome da Imunodeficiência Adquirida</i>
ANOVA	<i>Análise de Variância</i>
AUT	<i>Autonomia</i>
CCS	<i>Centro de Ciências da Saúde</i>
DP	<i>Desvio Padrão</i>
DSTs	<i>Doenças sexualmente transmissíveis</i>
FS	<i>Funcionamento do Sensorio</i>
HIV	<i>Vírus da Imunodeficiência Humana</i>
IBGE	<i>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</i>
INT	<i>Intimidade</i>
IPU	<i>Inter-Parliamentary Union</i>
M	<i>Média</i>
MEM	<i>Morte e Morrer</i>
MOS SF-36	<i>Medical Outcome Study Short Form -36</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
ONG	<i>Organização não-governamental</i>
OPAS	<i>Organização Pan-Americana da Saúde</i>
Part.	<i>Participante</i>
PNAD	<i>Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios</i>
PN-DST/AIDS	<i>Programa Nacional de DST/AIDS</i>
PPF	<i>Atividades Passadas, Presentes e Futuras</i>
PSO	<i>Participação Social</i>
QLESQ	<i>Quality of Life Enjoyment and satisfaction questionnaire</i>
SAS	<i>Secretaria de Assistência Social</i>
SAE	<i>Serviço de Atendimento Especializado</i>
UNAIDS	<i>Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS</i>
VA	<i>Variáveis Antecedentes</i>
VC	<i>Variável Consequente</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument</i>
WHOQOL Group	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>
WHOQOL-Old	<i>Escala de Qualidade de Vida para a velhice</i>

RESUMO

Introdução: A AIDS na maturidade e velhice apresenta características específicas por trata-se de indivíduo com outras patologias associadas, próprias da velhice, que mascaram os sintomas da AIDS, ocasionando, em alguns casos, diagnóstico incerto ou inconclusivo. O interesse pela Qualidade de Vida de pessoas acima de 50 anos HIV+ se faz necessário uma vez que esta questão perpassa por situações de discriminação, estigmatização e abandono, bem como produz impacto nas relações afetivas dessas pessoas. **Objetivos:** Este estudo teve por Objetivo Geral verificar a vivência da AIDS e sua relação com a QV de pessoas acima de 50 anos soropositivas para o HIV/AIDS, atendidas em um hospital de referência no atendimento e tratamento dessa patologia na cidade de João Pessoa-Pb. **Método:** Contou-se com a participação, de forma não probabilística e acidental, de 43 pessoas HIV+, com idades variando de 50 a 78 anos ($M=55$; $DP=4,6$), sendo a maioria do sexo masculino (62,8%). Além disso, para o procedimento de entrevista, participaram 10 pessoas HIV+. Ademais, para a comparação com índice de QV da população geral, solicitou-se, de forma não-probabilística e acidental, a participação de 43 pessoas, com idades variando de 50 a 87 anos ($M=59$; $DP=8,6$), sendo a maioria do sexo feminino (76,7%). Para a coleta dos dados, utilizaram-se os seguintes instrumentos: Questionário biodemográfico, Escala de Qualidade de Vida para a velhice (WHOQOL-OLD) e Entrevista. Para a análise dos dados do questionário biodemográfico e do WHOQOL-Old foram realizadas análises de estatística descritiva e multivariada, por meio do programa estatístico SPSS, versão 15.0. Já para a análise dos dados das entrevistas, utilizou-se a Análise de Discurso. **Resultados:** No Fator Geral da QV os participantes HIV+ apresentaram escore médio positivo de 55,3 ($DP=14,6$), demonstrando uma QV relativamente boa. Já os participantes da população geral apresentaram índice geral de QV de 59,3 ($DP=17,1$), maior que o nível dos participantes HIV+. Na avaliação por fatores, os resultados indicaram baixos níveis de QV nas facetas “Morte e Morrer” e “Intimidade” para os participantes HIV+ e baixo nível de QV dos participantes da população geral apenas no Fator “Morte e Morrer”. No tocante as variáveis bio-demográficas, foram identificadas diferenças, estatisticamente significativas ($p<0,05$) entre os grupos critérios dos participantes HIV+ em relação aos fatores: “Autonomia”, “Atividades passadas, presentes e futuras”, “Morte e Morrer” e “Intimidade”. Ademais, para os participantes HIV+, os resultados indicaram que quanto maior era nível de religiosidade melhor era a Qualidade de Vida deles. A partir da análise dos discursos dos participantes, emergiram duas classes temáticas, 13 categorias, e 21 sub-categorias, à saber: Classe Temática I – Cotidiano com AIDS (categorias: Contágio, Diagnóstico, Percepção da AIDS, Relacionamento Afetivo-Sexual, Enfrentamento, AIDS na Velhice, Suporte, Preconceito, Trabalho e Perspectivas) e Classe Temática II – Atendimento à AIDS na velhice (categorias: atendimento, tratamento e Prevenção). **Conclusão:** Embora a terapêutica atual tenha prolongado a vida das pessoas HIV+ e melhorado a vivência da sexualidade nessa fase da vida, observa-se, para esses participantes, que a AIDS continua sendo associada à morte e a todo o sofrimento que lhe é pertinente, bem como impondo limitações para a vivência de relacionamentos íntimos, o que pode afetar a QV dessa população.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Maturidade, Velhice, AIDS.

ABSTRACT

Introduction: In the maturity and old age AIDS presents specific characteristics because it is related to individuals with other associated pathologies, specifically from the old age, which cover the symptoms of AIDS, producing, in some cases, uncertain or inconclusive diagnostics. The interest for Quality of Life in people over 50 years old with HIV+ is relevant because of this question involves situations of discrimination, stigmatization and abandonment, and it produces impact on the affective relations of these people, as well. **Objectives:** To verify the experience of AIDS and its relation to the QV of people living with HIV/AIDS over 50 years old, who have been assisted in a specialized hospital in the city of João Pessoa-PB, was the Main Objective of this study. **Method:** 43 people living with HIV+ participate of this study, in a non-probabilistic and accidental way. The ages of these people varied from 50 to 78 years old ($M=55$; $SD=4,6$), and the majority of people were male (62,8%). Moreover, in order to make a comparison to the level of QV of the general population, 43 people were asked to participate of the study; the ages of these people varied from 50 to 87 years old ($M=59$; $SD=8,6$), and the majority of participants were female (76,7%). With the purpose of collect data, the following instruments were used: bio-demographic questionnaire, Quality of Life Scale for the old age (WHOQOL-OLD) and in-depth interview. Multivariate and descriptive statistic analysis were used, through the statistic program SPSS, 15.0 version, with the intention of analyzing the data of the bio-demographic questionnaire and WHOQOL-OLD. Content Analysis to analyses the interviews data was used. **Results:** The HIV+ participants showed a positive medium score of 55,3 ($SD=14,6$) in the General Factor of the QV, demonstrating a relatively good QV. However, the participants of the general population presented a general level of QV of 59,3 ($SD=17,1$), higher than the level of the HIV+ participants. In the evaluation per factors, the results indicated low levels of QV in the “Death and Die” and “Intimacy” facets for the HIV+ participants and a low level of QV of the participants of the general population just for the “Death and Die” factor. Concerning the bio-demographic variables, it were identified significant statistically differences ($p<0,05$) among the criteria groups of the HIV+ participants in relation to the “Autonomy”, “Future, present and past activities”, “Death and Die” and “Intimacy” factors. Furthermore, concerning the HIV+ participants, the results indicated that the higher the level of religiosity, the better their Quality of Life. From the speech analysis of the participants, two thematic classes, 13 categories and 21 sub-categories emerged, namely: Thematic Class I – Quotidian with AIDS (categories: Contagion, Diagnostic, Perception of AIDS, Affective-Sexual Relationship, AIDS in the old age, Support, Prejudice, Work and Perspectives) and Thematic Class II – Assistance to AIDS in the old age (categories: assistance, treatment and prevention). **Conclusion:** Although the present therapeutic has prolonged the lives of HIV+ people and has improved the experience of sexuality in this stage of the life, it was observed, in this participants, that AIDS still has been associated to death and suffering, as well it has been seen as a limitation for intimate relationships, what can affects the QV of this population.

Keywords: Quality of Life, Maturity, Old Age, AIDS.

APRESENTAÇÃO

Pessoas acima de 50 anos soropositivas para o HIV/AIDS são afetadas positiva ou negativamente na sua Qualidade de Vida? Quais os discursos elaborados por estas pessoas acerca da sua vivência com a AIDS?

Os avanços tecnológicos na área da saúde e a melhoria de condições estruturais das pessoas (saneamento básico, acesso à informação, etc.), associados ao progresso da ciência em diferentes campos do saber, têm contribuído para a Qualidade de Vida, ocasionando, sobretudo, nos países desenvolvidos, aumento na esperança de vida da população mundial. Embora seja um fenômeno mundial, o envelhecimento populacional dos países em desenvolvimento ocorre de forma preponderante, tendo a América Latina aumento de 300% da população idosa (Truelsen, Bonita, & Jamrozik, 2001). No Brasil, a Organização Mundial de Saúde – OMS – (2005), estima que o país seja, em 2025, o sexto colocado no mundo com maior número de pessoas idosas, cerca de 30 milhões.

As discussões existentes na contemporaneidade, suscitadas pelo aumento da população de adultos mais velhos no Brasil, dizem respeito, em parte, à avaliação das reais condições de que a sociedade dispõe para atender as necessidades básicas deste contingente populacional, tendo em vista que este crescimento provoca mudanças na pirâmide etária e avança em proporção geométrica (Araújo, 2006). Assim, para garantir melhores condições de vida e longevidade para esta população, se faz necessário que a sociedade civil se organize, delegando, conjuntamente, ao Estado políticas sociais que venham a garantir o atendimento sociosanitário adequado à demanda da população. Por outro lado, as diversas áreas do conhecimento têm dado ênfase, em suas pautas de investigação e intervenção, à maturidade e à velhice, objetivando melhor compreender os diversos fatores intrínsecos a esta fase do desenvolvimento humano, como também

para disponibilizar aparatos técnico-científicos para melhoria da Qualidade de Vida (Díaz, 2000).

A mudança do perfil demográfico da população brasileira é fator social importante para a compreensão da AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, uma vez que continua aumentando o número de notificações da infecção pelo HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana – nessa faixa etária. Além disso, considerando-se o contexto da maturidade e da velhice, verifica-se que o fenômeno da AIDS apresenta características específicas por tratar-se de indivíduo com outras patologias associadas, próprias da velhice, que mascaram o sintoma da doença, ocasionando, em alguns casos, diagnóstico incerto ou inconclusivo (Dias, Fonseca, Renca & Silva, 2005; Saldanha & Araújo, 2006). Destarte, a AIDS, mais que patologia, emerge como questão social, causando impacto nas concepções existentes acerca da sexualidade nessa fase da vida, bem como produz impacto nos princípios morais, religiosos e éticos (Saldanha & Araújo, 2006).

Ante o exposto, o Capítulo I da presente dissertação versa sobre o fenômeno estudado, ou seja, sobre a AIDS em pessoas acima de 50 anos, delimitando os aspectos considerados relevantes na abordagem do mesmo, no que se refere ao envelhecimento populacional, ao envelhecimento humano, à sexualidade e à AIDS.

No Capítulo II é apresentada a perspectiva teórica do construto Qualidade de Vida que fundamenta o estudo. Discute-se o conceito de Qualidade de Vida na literatura e a avaliação da Qualidade de Vida no contexto da AIDS. Por conseguinte, são apresentados os objetivos da pesquisa.

No método – Capítulo III – é demonstrado o delineamento do estudo, a delimitação da amostra, os instrumentos e os procedimentos adotados, bem como o

processamento e a análise dos dados. Por fim, no Capítulo IV, os resultados são apresentados e discutidos.

Considerando, pois, o reduzido número de estudo, no âmbito da Psicologia Social, desenvolvidos no sentido de avaliar a Qualidade de Vida, a vivência da AIDS e os sentidos atribuídos e as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas acima de 50 anos para lidar com a infecção do HIV, verifica-se a necessidade de se estudar a Qualidade de Vida desses atores sociais, possibilitando ampliar os estudos nessa direção. Para tanto, Saldanha, Figueiredo e Coutinho (2004) salientaram que a investigação dos fenômenos sociais associados à AIDS na maturidade e na velhice se faz necessário estudar não apenas os aspectos profiláticos, etiológicos e terapêuticos, mas, também, analisar a perspectiva psicossocial do fenômeno. Além disso, o interesse pela Qualidade de Vida de pessoas acima dos 50 anos com o diagnóstico de soropositividade ao HIV mostra-se necessário, principalmente quando se considera as situações de discriminação, estigmatização e abandono, vivenciadas por essa categoria social (Castanha, Coutinho, Saldanha & Ribeiro, 2007).

CAPÍTULO I _____

DELIMITAÇÃO DO FENÔMENO DA PESQUISA

1. AIDS DEPOIS DOS 50 ANOS

*“Eu ainda tenho esse pensamentozinho assim,
de terminar meus dias de vida com uma pessoa”*
[Part. 10; 56 anos]

*“...até porque eu já estou numa idade, 72 anos, mas a gente
não pára de sonhar, a gente envelhece tendo sonhos.”*
[Part. 01; 72 anos]

1.1. Envelhecimento populacional: aspectos demográficos e sociais

Considerando que as condições sócio-históricas de uma dada sociedade contribuem para que a vivência da velhice ocorra de maneiras diversificadas, o envelhecimento individual e o envelhecimento da população são considerados, na presente dissertação, enquanto processos relacionados, principalmente quando se considera a influência exercida pelo envelhecimento populacional nas oportunidades de participação e inserção das pessoas acima de 50 anos na dinâmica da sociedade.

A redução da natalidade e da morbi-mortalidade são elementos relevantes para o entendimento dos fatores relacionados ao envelhecimento da população mundial, bem como as transformações econômico-sociais ocorridas no século passado. Assim, na atualidade, estima-se que, aproximadamente, 600 milhões de pessoas estejam na faixa etária acima de 60 anos em todo o mundo. Presume-se que esse número possa ampliar para, aproximadamente, 1,2 bilhões em 2025, alcançando dois bilhões em 2050, dos quais, 80% (1,6 bilhões) viverão em países em desenvolvimento (OMS, 2005; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2002).

Embora tenha ocorrido aumento de 20 anos na expectativa de vida da população mundial, durante a última metade do século XX, essa expectativa varia entre os diversos locais do mundo (Madariaga, 2001). A OMS (2005) postula que nos países desenvolvidos, diferentemente dos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional ocorre de maneira diferenciada, uma vez que o processo é gradual,

acompanhado por aumento substancial da economia e diminuição das desigualdades sociais.

No Brasil, a população de pessoas acima de 60 anos cresce a cada ano. Estima-se que em 2020 os idosos chegarão a 25 milhões de pessoas, representando 11,4% da população, dos quais, 15 milhões serão de mulheres (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2004). Ainda de acordo com o IBGE (2002), a razão de 16 idosos para cada 100 crianças, constatada em 1996, passou para quase 30 idosos por 100 crianças em 2000. Além disso, estima-se que em 2030, cerca de 40% da população brasileira deverá ter entre 30 e 60 anos (IBGE, 2004).

A Paraíba, por sua vez, possui 362,9 mil idosos – 10,1% da população –, representando o quinto Estado com maior número de idosos do País (IBGE, 2002), sendo precedido pelos Estados do Rio de Janeiro (13,5%), Rio Grande do Sul (12,3%), Minas Gerais (10,5%) e São Paulo (10,5%). Contudo, quando comparados com a Paraíba, estes Estados apresentam diferenças econômicas, políticas e sociais significativas.

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento populacional ocorre em detrimento da alta incidência de pobreza, da desigualdade social (Silva, 2005), de problemas estruturais, do analfabetismo, dentre outros. Devido a esta falta de planejamento, o desfavorável impacto socioeconômico se reflete nos serviços de saúde física e mental destinados aos idosos, nos programas de previdência e nos diversos tipos de apoio social. Ademais, o mercado de trabalho competitivo exige aos mais velhos adaptação às demandas, o que é dificultado pela problemática social da deficiência educacional desta geração.

Os resultados decorrentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) demonstraram que um terço das pessoas com mais de 50 anos são analfabetas (25,36%), sendo 42% homens e 58% mulheres (IBGE, 2004). Além disso, a média de anos de estudo das pessoas com 50 a 59 anos é de 5,6 anos, a das pessoas com 60 anos ou mais é de 3,5 anos. Na Região Nordeste, os índices nessas faixas etárias são menores que a média nacional, apresentando 4 e 2,3 anos de estudo, respectivamente.

Constata-se, ainda, a existência de diferenças quanto ao nível de escolarização entre os sexos: homens com idade igual ou superior a 50 anos são mais alfabetizados do que as mulheres dessa faixa etária, cerca de 94,61 %, em detrimento das mulheres, 85,69 % (IBGE, 2004). O analfabetismo funcional, ou seja, os indivíduos que possuem menos de 4 anos de estudo correspondem a 59,4% dos idosos brasileiros responsáveis pelos domicílios. No entanto, deve-se considerar que esses idosos compreendem as pessoas nascidas, em sua maioria, entre as décadas de 1930 e 1960, quando o ensino fundamental era limitado a poucas pessoas (IBGE, 2004) e o acesso era maior entre os homens.

O número de idosos responsáveis por domicílios no Brasil aumentou de 60,4% em 1991, para 62,4% em 2000 (Pereira, Curioni & Veras, 2003). Segundo o IBGE (2002), 8,9 milhões de idosos são responsáveis pelo sustento da família, destes, 62,4% são homens. Tal fato denota a importância do papel socioeconômico desempenhado pelo idoso, contradizendo, exceto para alguns casos, crenças generalistas que associam a imagem do idoso como sendo uma pessoa dependente da família.

No perfil demográfico do idoso brasileiro constata-se, ainda, crescimento do número de idosos nas cidades, 81% em 2000, quando esse índice era de 77,7% em

1991, embora deva se considerar que há uma diminuição da população rural em todas as faixas etárias e, não apenas, na de idosos (Pereira et al. 2003).

Em face disto, é importante pontuar a questão do envelhecimento populacional, não só como uma preocupação no que os idosos representarão para os fundos de pensão ou serviços de saúde. É preciso que se considere a velhice como uma fase do desenvolvimento humano, passível de valorização nas várias potencialidades – como experiência, responsabilidade, assertividade, dentre outros –, como também é pertinente a inserção social do idoso no sentido de levá-lo a exercer o seu papel de sujeitos sociais, tirando-lhe o estereótipo negativo de que são incapazes e improdutivos (Araújo, 2006).

No Brasil, as ações do Governo Federal no sentido de direcionar as iniciativas na área da assistência ao idoso foi regulamentada por meio da Lei 8.842/94, que cria a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1999). Esta lei estabelece ações nas áreas de atuação da Secretaria de Assistência Social (SAS), do Ministério da Previdência Social, Ministério da Educação e Ministério da Saúde. No âmbito da SAS, a lei determina o fim do modelo de atendimento asilar, substituindo-o por centros de convivência, bem como estende o benefício de prestação continuada (um salário mínimo) aos idosos/idosas com renda familiar menor ou igual a meio salário mínimo.

O Programa “Brasil Saudável” criado pelo Ministério da Saúde visa à criação de políticas públicas para promover estilos de vida mais saudáveis – prática de atividades físicas, lazer, redução do consumo de tabaco, dentre outros –, uma vez que tais questões são consideradas necessárias para o envelhecimento saudável, ou seja, um envelhecimento acompanhado de ganho substancial em Qualidade de Vida e saúde (OMS, 2005). Nesse contexto, a Secretaria de Vigilância em Saúde reproduziu o documento “Envelhecimento Saudável – Uma Política de Saúde” elaborado pela

Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde. Com base nesse documento, com o Programa Brasil Saudável, o Ministério da Saúde sugere um trabalho intersetorial e transdisciplinar dos profissionais da saúde, a fim de promover o chamado “envelhecimento ativo”.

O envelhecimento ativo é definido pela OMS (2005) como sendo 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” (p. 13). A perspectiva do envelhecimento ativo está pautada no reconhecimento dos direitos humanos e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização das pessoas mais velhas, preconizados pela Organização das Nações Unidas (ONU). Nesse sentido, no planejamento estratégico de ação, o foco, antes centrado nas necessidades e considerando as pessoas mais velhas como passivas, é direcionado para uma abordagem baseada em direitos iguais de oportunidades, favorecendo a responsabilidade individual e participação dos mais velhos nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (OMS, 2005).

Há diferenças na maneira com que as várias culturas interpretam, simbolizam e vivenciam o envelhecimento (Debert, 1999). Assim, no desenvolvimento de projetos políticos direcionados a lidar com as demandas do envelhecimento populacional, sugere-se a consideração de aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos. Nesse sentido, considerando-se que envelhecimento humano são se dá de maneira homogênea (Pereira et al. 2003; Silva, 2005) e para melhor compreender o fenômeno da AIDS na maturidade e velhice, o tópico a seguir trata de algumas especificidades desse envelhecimento na contemporaneidade.

1.2. Envelhecimento humano

A OMS (2002) considera como idoso/idoso as pessoas com 60 ou mais anos de idade, critério também adotado pela Política Nacional de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde (1999). A maturidade, por sua vez, compreenderia a faixa etária entre 40 e 60 anos (Lachman, 2004), sendo, por tanto, a fase da vida que abarcaria grande número de pessoas adultas, correspondendo a uma parcela significativa do curso da vida de uma pessoa

Na utilização de indicadores biológicos, julga-se possível delinear, pelo padrão de mudanças e, sobretudo, do declínio de determinadas características físicas, o momento em que o indivíduo pode ser considerado como “velho”, sendo a idade, nesse caso, usada como critério (OMS, 2005). No entanto, a delimitação por critérios etários pode ser limitada, uma vez que supõe uma homogeneidade entre indivíduos no espaço e no tempo, admitindo que características biológicas se sobressaíam em detrimento de características culturais.

No decorrer da história das sociedades não há linearidade no conceito de velhice, verificando-se ambiguidades no tocante a valorização ou desvalorização das pessoas idosas, estando, muitas vezes, condicionadas aos aspectos sócio-culturais e econômicos (Minois, 1987). Por exemplo, segundo Barenys (1999), dentre as teorias presentes na gerontologia, nas décadas de 70 e 80, estavam a Teoria da Desvinculação (Cumming & Henry, 1961) que versava sobre o afastamento social como algo universal e inerente ao envelhecimento e, em contraponto, a Teoria da Atividade (Havighurst, 1961) que sugeria a inserção dessas pessoas na sociedade como elemento indispensável para uma vida satisfatória. Em consequência, tais argumentos científicos embasaram as políticas públicas da época por meio da propagação de asilos geriátricos. Nesse sentido, verifica-

se que a construção das imagens dominantes – positivas ou negativas – sobre a velhice, não são, necessariamente, relacionadas com aspectos físicos do envelhecimento humano, mas com contextos históricos e econômicos.

Os estudos acerca do envelhecimento humano ganharam ênfase na década de 1950, em decorrência das estimativas sobre o envelhecimento populacional de adultos maduros e de idosos no mundo, tornando-se, no final do século XX, um desafio para as diversas áreas do conhecimento (Griffa & Moreno, 2001; Rodrigues, 2008). Ainda nessa época, mediante estudos longitudinais e corte sequencial, constatou-se o caráter heterogêneo do envelhecimento, contribuindo para a busca pela normatização e para os estudos sobre o envelhecimento saudável e seus determinantes (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007)

A constituição da velhice como objeto da ciência foi marcada pela emergência da Gerontologia, sendo sua base empírica perpassada pela biologia, pela psicologia e pelas ciências sociais. Ademais, tal disciplina adquiriu impulso depois da Segunda Guerra Mundial com a consolidação das chamadas sociedades de bem-estar e consumo dos países desenvolvidos. Dentro desse campo de conhecimento, destaca-se o papel da Gerontologia Social, que estuda o “impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo” (Neri, 2001, p. 54-55). Por sua vez, a Psicologia do envelhecimento objetiva, segundo Neri (2004), estudar as mudanças em vários aspectos: no desempenho cognitivo, na afetividade, na motivação, nas atitudes, nos valores, nos interesses e na esfera social dos indivíduos em processo de envelhecimento.

Existem duas tendências principais entre os modelos evolutivos que fundamentam o desenvolvimento na vida adulta: a) a descrição do desenvolvimento por

meio da sequência de estágios, ou seja, o modelo de mudanças normativas; b) a descrição do desenvolvimento sem estágios, sendo, portanto, um modelo de mudanças não-normativas (Rodrigues, 2008). É com base nessa última perspectiva que a Teoria do Curso de Vida possui centralidade na Psicologia do Envelhecimento, já que “ênfatiza conceitos como plasticidade humana, multidimensionalidade, resiliência e múltiplas trajetórias de vida” (Cupertino et al. 2007, p. 81-82).

Para a Teoria do Curso de Vida, os eventos antecedentes e consequentes são considerados, bem como as influências de eventos normativos (idade) e não normativos (doenças, etc.). Segundo Rodrigues (2008), essas influências interagem, são cumulativas e variam no decorrer do desenvolvimento, de acordo com as características individuais. Ainda segundo a autora, o impacto das influências não normativas é maior na maturidade. Nesse contexto, enquanto evento não normativo, a ocorrência da AIDS na maturidade e na velhice pode influenciar a Qualidade de Vida e o envelhecimento bem-sucedido dessas pessoas.

Na contemporaneidade, o desenvolvimento e o envelhecimento são considerados processos que estão relacionados e que podem ser estudados a partir de critérios derivados da psicologia e sociologia (Neri, 2001), embora o critério biológico, herdado da tradição médica, tenha maior ênfase quando se descreve as fases do desenvolvimento humano com suas especificidades.

É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Um dado grupo de indivíduos que esteja na fase da senescência – processo fisiológico inexorável do organismo que produz mudanças associadas a uma redução de todas as funções, sem caracterizar-se como patologia – pode, ou não, apresentar senilidade – patologias “típicas” do

envelhecimento –, dependendo das condições econômicas, sociais e culturais que vivenciam. Assim, a perspectiva de análise “sociocultural” do envelhecimento humano compreende a velhice enquanto construção social, sendo, portanto, limitada a associação entre recortes de idade e atribuições características comportamentais (Debert, 1999), mas “é a sociedade/cultura que estabelece as funções e atribuições preferenciais de cada idade na divisão social do trabalho e dos papéis na família” (Siqueira, Botelho e Coelho, 2002, p.904).

De outro modo, outra perspectiva de análise da velhice vem sendo considerada na contemporaneidade a partir dos trabalhos de Beauvoir (1976) e Bosi (1983), a chamada perspectiva “transdisciplinar” (Siqueira et. al., 2002).

Nessa perspectiva, a velhice é percebida como fenômeno natural e social que se desenrola sobre o ser humano, único, indivisível, que, na sua totalidade existencial, defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural que singularizam seu processo de envelhecimento. Desse modo, somente uma descrição analítica dos diferentes aspectos da velhice não é considerada suficiente para explicá-la, visto que cada um desses aspectos interage com todos os outros e é por eles afetado (Siqueira et. al., 2002, p.904-905).

Assim, busca-se um entendimento sobre o envelhecimento humano a partir de dos vários aspectos a ele subjacente, não sendo possível limitá-lo e conceitos operacionais por se tratar de uma pluralidade de experiências, as quais serão melhor descritas a partir dos discursos dos próprios atores sociais que vivenciam a velhice. Para Siqueira et. al. (2002, p.), no que se refere às pesquisas que abarcam a velhice, cabe ao

pesquisar “somente a possibilidade de confrontar as diferentes experiências de envelhecimento umas com as outras, e a tentativa de identificar as constantes e determinar as razões de suas diferenças”.

Considerando a vivência da maturidade e velhice no contexto da AIDS, verifica-se, mais ainda, a necessidade de se apreender os significados subjetivos atribuídos por eles mesmo, principalmente quando se considera a existência variações significativas relacionadas ao estado de saúde, a participação e aos níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade, fato que deveria ser considerado na formulação e implementação de políticas e programas para este grupo etário. Ademais, é possível que as estratégias de enfrentamento do indivíduo contribuam para compensar as perdas e promover ganhos, na medida em que os indivíduos selecionam e otimizam, adequadamente, suas competências adquiridas durante o seu envelhecimento (Araujo, 2006). Assim, vários aspectos vivenciados depois dos 50 anos podem adquirir diferentes nuances e intensidades dependendo do contexto social. A vivência da sexualidade e da intimidade na velhice é um desses aspectos, dissertado no tópico seguinte.

1.3. Sexualidade e vulnerabilidade ao HIV depois dos 50 anos

A existência, na atualidade, de percepções inadequadas sobre a sexualidade na velhice tem motivado a realização de pesquisas e trabalhos que possibilitem a desconstrução de discursos equivocados. No entanto, não significa criar “contra-mitos”, ou seja, crenças extremamente positivas sobre a velhice, mas irreais (Risman, 2005). Ademais, para o entendimento das concepções existentes na contemporaneidade sobre a sexualidade na velhice, é preciso considerar o processo histórico-cultural de práticas sociais subjacentes a tais concepções.

A afirmativa de que a procriação seria o objetivo da relação sexual foi, significativamente, fomentada pelo Cristianismo. Tal discurso ocasionou duas consequências: a primeira consistiu na associação entre atividade sexual e reprodução e, por consequência da primeira, a segunda compreendeu a exclusão do sexo enquanto manifestação de trocas afetivas (Risman, 2005). Embora esse discurso seja datado da Idade Média, a existência dele na atualidade é verificada quando se ignora ou é tratada como invisível (Lisboa, 2006) o exercício da sexualidade e da troca afetiva entre as pessoas que ultrapassam o período da possibilidade de procriação (Barbosa, 2002). As poucas campanhas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST's) destinadas às pessoas nessa faixa etária, o “silêncio social” como forma de abordagem da vivência da sexualidade e da intimidade na velhice, são alguns dos aspectos decorrentes desse legado histórico de práticas discursivas sobre a sexualidade. Nesse sentido, Covey (1989) afirmou que o pensamento da Idade Média, caracterizado pela idéia de que o desejo sexual desaparece com o envelhecimento e que a prática sexual na velhice constitui-se comportamento pervertido, ainda perpassa as crenças ocidentais sobre a “assexualidade” do idoso.

A ciência, por sua vez, fundamentada na moral cristã, subsidiou discursos sobre a sexualidade ao longo da história (Neri, Born, Grespan & Medeiros, 2006). Pautando-se em aparatos técnico-científicos, classificou como casos de patologias psíquicas e físicas não só as mulheres idosas – muitas vezes associadas à imagem de feiticeira –, mas também os homossexuais (Barbosa, 2002), exercendo, assim, o controle das práticas sexuais por meio de dispositivos de poder (Foucault, 1990).

Nas últimas décadas, mudanças vêm ocorrendo na prática e no pensamento sobre a sexualidade humana e, conseqüentemente, sobre a sexualidade na velhice. Para

Ribeiro (1997) essas mudanças decorrem da influência de três processos: a) a mudança na função da atividade sexual, ou seja, o que antes tinha a função de procriação, agora tem o afeto como elemento norteador de satisfação pessoal dos relacionamentos; b) o significativo aumento dos anos na expectativa de vida população mundial com condições – psíquica e física – satisfatórias e dispostas a vivenciar sua sexualidade; c) o surgimento da AIDS, exigindo, por parte da sociedade, repensar a maneira como lidava com a sexualidade.

A soropositividade para o HIV/AIDS na maturidade e velhice, de certo modo, revela o exercício da sexualidade nessa população e demonstra que, com o avançar do desenvolvimento humano, as pessoas não se tornam assexuadas e, conseqüentemente, são vulneráveis ao risco de contrair DST's (Butin, 2002). Nesse contexto, Ayres, França Jr e Calazans (1997) definiram a vulnerabilidade como sendo graus e naturezas de susceptibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pela infecção por HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento. Assim, a vulnerabilidade pode expressar-se no plano individual, social e programático/institucional.

Quando se considera o plano individual, todas as pessoas são, em algum grau, vulneráveis à infecção por HIV e suas conseqüências, embora essa vulnerabilidade varie ao longo do tempo em função de valores e recursos que lhes permitam ou não obter meios para se proteger (Ayres et al. 1997). Nesse aspecto, a vulnerabilidade individual está relacionada a comportamentos e práticas de risco, que podem ou não, deixar os indivíduos suscetíveis à infecção pelo HIV. Já no plano social, segundo Ayres et al. (1997), a vulnerabilidade refere-se à avaliação de aspectos relacionados à coletividade –

acesso à informação, investimento do Estado em saúde, acesso aos serviços de saúde, aos aspectos sociopolíticos e culturais, entre outros. Por último, no plano programático, a vulnerabilidade corresponde à existência ou não de ações institucionais direcionadas para a questão da AIDS, tais como programas de prevenção e tratamento (Ayres et al. 1997). Nesse nível, o grau de vulnerabilidade será determinado por aspectos como: compromisso das autoridades, coalização interinstitucional, planejamento, gerenciamento das ações e capacidade de resposta das instituições envolvidas.

Considerando-se a concepção de vulnerabilidade supracitada, no contexto da AIDS na maturidade e velhice, existem vários fatores a se considerar. Do ponto de vista biológico, o ciclo de respostas sexuais humanas se modifica com o envelhecimento, o que não significa que essas alterações impeçam a atividade sexual, embora o preconceito social e os estereótipos acerca dessa fase do desenvolvimento humano possam, em algum grau, influenciar os comportamentos sexuais. Algumas crenças estereotipadas são verificadas entre os próprios idosos, associadas ao medo de expor-se ao fracasso ou de ter experiências frustrantes. No entanto, o desejo sexual está presente, em alguma medida, durante toda a vida da pessoa, sugerindo a necessidade de entendê-lo como parte da vivência humana (Barbosa, 2002).

Com o avançar da idade, as modificações corporais ficam mais evidentes. Segundo Corrêa (1996), a chamada involução ou decrepitude tem as seguintes características: encurvatura da coluna, enrijecimento dos ligamentos e articulações, fragilidade óssea, perda de elasticidade do tecido muscular, diminuição da atividade metabólica, da capacidade respiratória e mudanças na aparência – a cor do cabelo, a altura e o peso tendem a diminuir –, entre outras.

No final da década de 1990, a disfunção erétil ganhou ênfase enquanto problema de saúde (Potts, Grace, Gave, & Vares, 2004). Nessa mesma década, o estudo realizado por Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane e McKinlay (1994) demonstrou que a disfunção erétil ocorria em 52% da população masculina dos Estados Unidos da América, com idade entre 40 e 70 anos, e em mais de 95% dos diabéticos com idade superior a 70 anos.

A literatura médica define a disfunção erétil como uma disfunção sexual responsável pela diminuição da capacidade do homem de obter ou manter ereção peniana suficiente para uma relação sexual satisfatória (Potts, et al., 2004). Em São Paulo, um estudo realizado com 118 homens com idade superior a 40 anos verificou prevalência dessa condição em 40% dos entrevistados (Glina, Santana, Azank, Mello, & Moreira Jr, 2006). A partir desses dados, não se pode dizer que quase metade dos homens não consegue ter relação sexual, mas que, às vezes, esses homens possuem dificuldades para manter uma relação sexual satisfatória. Considerando a população masculina de todas as idades, um inquérito de base populacional, realizado por Moreira Jr, Lobo, Villa, Nicolosi e Glasser (2002), na cidade de Salvador, Brasil, constatou que a prevalência dessa disfunção ocorre em 39,5% da população masculina, sendo essa porcentagem elevada pra 56% naqueles com mais de 60 anos. Em face a esse contexto, é possível considerar o decréscimo da vulnerabilidade à infecção por HIV dos idosos, embora tal conclusão deva ser analisada de forma crítica, principalmente, quando se considera os avanços na produção de fármacos para melhorar a atividade sexual, sobretudo, os recentes avanços na terapia medicamentosa da disfunção erétil.

Nas mulheres em processo de envelhecimento, por sua vez, ocorre a deficiência estrogênica, associada à redução do fluxo sanguíneo vaginal, lubrificação local e

aumento da fragilidade da mucosa, que podem causar dispareunia (relação sexual dolorosa) e eventual desenvolvimento de soluções de continuidade da mucosa genital (Kaiser, 1996; UNAIDS, 2005). Essa alteração poderia potencialmente elevar o risco de aquisição da infecção por HIV, em função da ocorrência de possíveis microtraumatismos durante o ato sexual (Devito et al., 2000; UNAIDS, 2005).

De outro modo, a vulnerabilidade social pode estar relacionada à forma como se concebe o exercício da sexualidade na maturidade e velhice, uma vez que a atividade sexual não se restringe aos aspectos biológicos e físicos, possuindo, também, características psicológicas e biográficas do indivíduo, bem como do contexto sociocultural onde se insere o idoso.

No âmbito da vulnerabilidade institucional, especificamente sobre as respostas sociais, políticas e econômicas, os investimentos realizados pelas autoridades governamentais vieram crescendo nas duas décadas de epidemia da AIDS. No entanto, o foco das campanhas educativas e de prevenção estava centrado em públicos específicos – jovens e pessoas em idade reprodutiva – (Contrera, 2000, UNAIDS, 2005), não contemplando, portanto, pessoas acima de 50 anos. Além disso, a condução dessas campanhas se dava de maneira pontual, com conteúdos diferentes e de acordo com as necessidades epidemiológicas do momento.

As propostas de ação, sugeridas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas HIV/AIDS (UNAIDS, 2002), para diminuir o impacto do HIV/AIDS na população idosa compreendem aspectos como: a mudança do “estigma” acerca da sexualidade na velhice, a inclusão de serviços que abordem a questão do HIV, a criação de programas educativos específicos para essas pessoas e a inclusão de idosos em pesquisas sobre prevenção e assistência.

Mediante tais considerações, além das questões emergentes de Saúde Pública, de que maneira os fatores de ordem socioculturais e as questões sobre sexualidade na velhice estão relacionados ao aumento dos casos de AIDS em pessoas acima de 50 anos?

1.4. A emergência da AIDS em pessoas acima de 50 anos

Por volta do final da década de 1980 e início da década de 90, ocorre progressiva tomada de conhecimento no mundo de uma doença imunossupressora, que provocava deficiência de imunidade celular e humoral. No Brasil, nessa mesma década, começa a serem publicados os primeiros casos da doença em revistas científicas de Medicina e, na imprensa, o fenômeno da AIDS passa a ser associado a outras epidemias: a peste negra, a gripe espanhola e outras.

A ocorrência no Brasil do primeiro caso, segundo o Ministério da Saúde, se deu em 1980, embora sua classificação viesse ocorrer dois anos depois. A “epidemia dos anos 80” – como também ficou conhecida – passou a chamar a atenção da comunidade científica da época, que de forma cautelosa, alertava para o impacto da doença no mundo e sugeria a tomada de medidas de saúde pública com o intuito de minimizar os seus efeitos (Colombrini, Figueiredo, & Paiva, 2001).

A primeira publicação sobre AIDS no contexto da população idosa ocorreu em 1984 (Benedict, Haight & Johnson, 1998), embora o aumento do número de casos de HIV/AIDS nessa faixa etária não tenha sido refletido, de igual modo, no aumento do número de pesquisas que abarcassem esse tema, principalmente, no que se refere ao conhecimento dessa população sobre a transmissão sexual do HIV. Nesse sentido, uma revisão da literatura, incluindo publicações entre 1989 e 2001, realizada por Savasta

(2004) acerca do HIV/AIDS em pessoas acima de 50 anos identificou que poucos foram os estudos desenvolvidos sobre os riscos e as formas de transmissão do HIV.

Na década de 1990, a AIDS tornou-se preocupação dos órgãos governamentais, não governamentais e da sociedade civil, demandando vários esforços na tentativa de prevenir as DST's. A perspectiva da OMS (1994) era de que em 1996 fossem infectados 22,6 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo 12,6 milhões de homens, 9,2 milhões de mulheres e 830 mil crianças. Entretanto, foram verificados 29,4 milhões de casos de infecção pelo HIV cumulativamente até o final de 1996, sendo 2,6 milhões só de crianças (Colombrini et al. 2001). Assim, observou-se disseminação do HIV por todas as partes do mundo, contradizendo a idéia de que a AIDS seria apenas “doença de gay” e de usuários de drogas injetáveis.

Na contemporaneidade, de acordo com o Boletim Epidemiológico de DST/AIDS (Brasil, 2007), o número total de casos de AIDS no Brasil acumulados desde 1980 até junho de 2007 corresponde a 474.087 casos. No entanto, estima-se que aproximadamente 630 mil pessoas convivem com HIV/AIDS no Brasil, número que permanece estável desde 2000. Ressalta-se que essa estabilidade da incidência da doença é observada mais entre os homens, tendo sido registrados 22,3 casos por 100 mil homens em 1996, ao passo que em 2006 eram registrados 21,1 casos por 100 mil. Nas mulheres, por sua vez, verifica-se aumento na incidência dos casos, passando de 9,1 casos por 100 mil, em 1996, para 14,0 por 100 mil mulheres no ano de 2006 (Brasil, 2007), observando-se o fenômeno da “feminização” da doença. No entanto, o percurso histórico de desigualdades sociais, políticas e culturais vividos pelas mulheres corroboram a sua vulnerabilidade ao HIV (Brasil, 2000), já que, no processo de

feminização da epidemia, existe a desigualdade de gênero, especificamente, no que diz respeito às estratégias de prevenção e tratamento das mulheres infectadas.

Longe de acometer apenas pessoas jovens, verifica-se o aumento nos casos notificados de AIDS em pessoas acima de 50 anos. Segundo Barbosa e Struchiner (2002), as estimativas de suscetibilidade por idade têm demonstrado que o “risco relativo de infecção pelo HIV” apresenta crescimento a partir da faixa etária de 13 anos, atinge o máximo após os 20 anos, diminuindo até os 40 anos, recomeçando o crescimento após essa idade. Tal fato indica as faixas etárias que demandam a necessidade de campanhas de prevenção (Barbosa & Struchiner, 2002) e a inserção desse segmento populacional em ensaios Clínicos, bem como a promoção de intervenções educativas voltadas para as pessoas acima de 50 anos de idade e para seus cuidadores formais e informais.

Desde o advento da AIDS até 1997, o Brasil possuía cerca de 7.239 casos de AIDS referentes às pessoas na faixa etária de 50 a 59. Já os casos referentes às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos somavam-se 2.835 casos. Passados dez anos, o número de pessoas com AIDS, nessas faixas etárias, passou para 32.231 e 11.110 casos, respectivamente. Assim, o número de pessoas com AIDS, com idade igual ou superior a 50 anos, passou de 10.074, em 1997, para 43.341, em 2007.

A taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS em homens na faixa etária de 50 a 59 foi de 29,3 em 2006, índice superior à taxa de incidência dos homens na faixa etária de 20 a 24 anos, que apresentou índice de 13,7. As mulheres de 50 a 59 anos apresentaram uma incidência de 17,4, número relativamente superior ao das mulheres com idades de 20 a 24 anos, que apresentou uma taxa de incidência de 12,0 (Brasil, 2007).

Na Paraíba, Boletim Epidemiológico de DST/AIDS (Brasil, 2008), apresentado em dezembro de 2008, demonstra a ocorrência de, considerando os últimos 28 anos, 3.745 casos de AIDS, com 1.176 óbitos registrados até o ano passado. Desse total de casos, 319 casos (8,5%) referem-se a pessoas acima de 50 anos, ocupando o 5º lugar, entre os Estados do Nordeste, com o maior número de idosos com AIDS. Além disso, o número de idosos contaminados pelo HIV pode ser ampliado significativamente, principalmente, devido à vulnerabilidade física e psicológica, pouco acesso a serviços de saúde (Saldanha et al. 2004), além da invisibilidade com que é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual ou uso de drogas ilícitas (Lisboa, 2006), bem como em decorrência da subnotificação dos casos. A subnotificação de casos de AIDS ocorre quando os mesmos não são comunicados ao serviço local de saúde pública, ou então, quando não são notificados dentro de um período de tempo estabelecido, embora os casos preencham os critérios preconizados pela vigilância e tenham sido identificados pelo profissional de saúde (Oliveira, Barreira, Santos & Latorre, 2004).

Outro índice apresentado no último Boletim Epidemiológico de DST/AIDS, referentes às taxas de incidência segundo sexo e faixa etária, demonstra que, no sexo masculino, as maiores taxas estão na faixa etária de 30 a 49 anos. No Brasil, o acesso universal e gratuito aos medicamentos, garantido pelo Programa Nacional, vem propiciando sensível redução da mortalidade e da morbidade causadas por essa doença (Marins, et al., 2005). Presume-se que estas pessoas já entrarão na maturidade e na velhice com a soropositividade para o HIV, determinando novos desafios para o setor da saúde e justificando a realização de pesquisas que busquem respostas para essas questões. Nesse sentido, considerando o aumento da AIDS nos indivíduos com idade

entre 50 e 59 anos, a presente dissertação contou com a participação de pessoas acima de 50 anos e não somente, de pessoas acima de 60 anos.

Só em 2005, após constatação do elevado aumento do número de idosos com AIDS, o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde estabeleceu parceria com a Coordenação de Saúde do Idoso do mesmo Ministério, objetivando desenvolver insumos educacionais, abordando o HIV/AIDS, para a saúde e prevenção dirigidas a essa população para utilização nos níveis estadual e municipal (Silva & Paiva, 2006). Ainda do ponto de vista epidemiológico, outros aspectos têm chamado a atenção das políticas de saúde pública no Brasil: a pauperização e a interiorização da AIDS.

Na “pauperização” da AIDS verifica-se que o acesso diferenciado às terapias antiretrovirais contribui para o aumento dos casos de AIDS notificados entre as camadas economicamente desfavorecidas (Bastos & Szwarcwald, 2000), haja vista o início tardio da terapia anti-retroviral logo após a infecção pelo HIV, diminuindo, substancialmente, o intervalo de tempo entre a infecção e o aparecimento da doença. Segundo Bastos e Szwarcwald (2000), nas camadas sociais favorecidas economicamente, a doença tem aparecido tardiamente, aumentando a sobrevivência dos indivíduos desses grupos, o que não acontece com os segmentos mais pobres da sociedade, ocorrendo a disjunção temporal das duas epidemias: a do HIV e a da AIDS.

No tocante à interiorização da AIDS, constata-se que o número de casos de contaminação por HIV vem aumentando nas médias e pequenas cidades, o que não significa dizer que os números de casos nesses locais sejam superiores aos das grandes metrópoles, mas indica que a epidemia não está restrita às grandes cidades, ocorrendo a estabilização nos grandes centros e o aumento do número de casos nos municípios pequenos e de renda *per capita* muito baixa (Lopes, 2005).

Passados esses anos, verifica-se maior entendimento acerca da AIDS, maior eficácia do tratamento, aumento da sobrevida dos pacientes, contribuindo para maior interesse pela Qualidade de Vida das pessoas que convivem com a doença. Embora se apresente como doença, a AIDS em pessoas acima de 50 anos chama a atenção para uma gama de fatores intrínsecos à mesma, o que sugere a necessidade de se levarem em conta não apenas os fatores biológicos, mas também as suas implicações psicológicas e sociais, tanto para a pessoa acometida da doença, bem como para os seus familiares e grupos sociais.

O diagnóstico da AIDS na maturidade e na velhice, geralmente, é detectado tardiamente. Ainda existe entre alguns profissionais de saúde a falsa crença de que a AIDS, dificilmente, ocorrerá nessa fase da vida, por acreditarem na inexistência de uma vida sexualmente ativa nessa população. No entanto, a utilização de terapias hormonais e a descoberta de novos fármacos têm contribuído de forma significativa para uma melhoria da atividade sexual neste segmento (Dias et al. 2005), configurando-se na principal via de contaminação da AIDS entre os idosos (Cloud, Browne, Salooja e McLean, 2003). Por outro lado, esta melhora na qualidade da vida sexual na velhice não é acompanhada por igual política de saúde de prevenção das DST's, bem como de uma melhor compreensão do próprio processo de envelhecimento (Souza & Leite, 2002).

Os Programas de Terceira Idade estimulam a socialização e facilitam o surgimento de relacionamentos que podem ou não desembocar em relacionamentos de cunho sexual. Analogamente, o trabalho de valorização da autonomia das pessoas na maturidade e na velhice deve partir, também, da consideração de que estas pessoas possuem o direito à livre expressão da sua intimidade, à vivência subjetiva do seu corpo e ao exercício da sexualidade (Lisboa, 2006).

No tocante à vivência subjetiva da AIDS, Saldanha e Araújo (2006), em um estudo com 21 pessoas soropositivos para o HIV/AIDS com idades igual ou superior a 50 anos, com entrevistas, concluíram que os participantes, ao se descobrirem soropositivos, tendem ao isolamento, escondem o diagnóstico da família e de pessoas próximas, principalmente, devido ao medo da discriminação e do constrangimento da idade. Verificou-se, ainda, que estes idosos não possuem grupo de apoio ou de serviços ambulatoriais especializados que possibilitem melhor enfrentamento no lidar com a situação de envelhecer com AIDS.

O impacto trazido pela doença para o portador do HIV produz um sofrimento tanto físico quanto psicológico e social. Com o desenvolvimento da doença, ocorrerão mudanças no estilo de vida tanto do paciente quanto dos seus familiares e pessoas próximas que farão parte da rotina diária, caracterizada pela necessidade de ingestão regular dos medicamentos e pelo cuidado permanente de evitar o aparecimento de doenças oportunistas, exigindo dessas pessoas adaptação às demandas (Silveira & Carvalho, 2003). Em meio a esse processo, existem, ainda, os conflitos subjetivos vivenciados pelos mesmos como: o sentimento de impotência diante da doença, a falta de preparo para lidar com a situação, o sentimento de culpa e vergonha diante dos outros e o sentimento de proximidade da morte.

Enquanto fato social, a AIDS, além do sofrimento causado pela doença em si, é potencializada pelo estigma e pelo preconceito, contribuindo para a “morte social” da pessoa. Assim, considerando os estados de instabilidade emocional, os episódios depressivos e o sofrimento psíquico vivenciados pelas pessoas soropositivas para o HIV/AIDS, bem como o impacto desses fatores na Qualidade de Vida, a presente dissertação se propôs atingir os objetivos citados abaixo.

2. QUALIDADE DE VIDA

2.1.1. Qualidade de Vida: aspectos conceituais

Os estudos acerca da Qualidade de Vida, tendo como enfoque os conceitos “satisfação com a vida” e “vida boa” (*good life*), eram de interesse dos cientistas sociais, filósofos e teólogos (Cruz, 2005). Na contemporaneidade, os estudos envolvendo este construto estão presentes em outros campos do saber: psicologia, sociologia, educação, história, entre outros.

O aumento significativo no interesse pela avaliação da Qualidade de Vida está relacionado com a valorização da avaliação que o paciente faz do seu processo de adoecimento. Segundo Fleck (2001), essa valorização da percepção do paciente começou a ser embasada teoricamente por volta da década de 80, com a introdução do termo Qualidade de Vida na medicina. Assim, segundo esse autor, ao se considerar a subjetividade do paciente na avaliação da Qualidade de Vida, é possível verificar o real impacto da enfermidade sob um aspecto multidimensional, não tendo como referência, apenas, a redução dos números da morbidade e mortalidade (Fleck, 2001). Ademais, segundo Seidl e Zannon (2004), as informações sobre Qualidade de Vida têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de diversas patologias quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde.

Na consideração de aspectos psicossociais e culturais, Minayo, Hartz e Buss (2000) fundamentam o conceito de Qualidade de Vida da seguinte maneira:

Qualidade de Vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial.

Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (p. 8).

Ao afirmar que a Qualidade de Vida também é construída socialmente com a marca da relatividade cultural, Minayo et al. (2000) tomam por base três aspectos: *o histórico*, ou seja, os parâmetros de Qualidade de Vida de uma sociedade diferem ao longo do tempo e corresponderão ao seu desenvolvimento social e tecnológico do seu tempo; *o cultural*, a hierarquização dos valores e necessidades é perpassada pela cultura e tradição de cada povo; e, por fim, *as classes sociais (estratificações)*, pois ao se estudar sociedades com suas desigualdades e heterogeneidades, verifica-se que a idéia de bem-estar também passa por um processo de estratificação. Assim, considerando esse último aspecto, a Qualidade de Vida satisfatória estaria relacionada com a idéia de bem-estar das camadas superiores da sociedade, ao passo que as camadas mais inferiores possuiriam uma Qualidade de Vida menos satisfatória (Minayo et al. 2000).

No setor da saúde, o interesse pela Qualidade de Vida decorre, em parte, dos novos paradigmas acerca do entendimento dos processos de saúde-doença. (Seidl & Zannon, 2004). Saúde já não significa a ausência de doença e, para a implementação de uma política de saúde eficaz, se faz necessário abarcar os diversos determinantes da mesma. Assim, Seidl e Zannon (2004) entendem o processo saúde-doença enquanto um *continuum* e determinado por aspectos econômicos, sociais e culturais. Para Schuttinga

(1995), o conceito de Qualidade de Vida na área da saúde refere-se à avaliação subjetiva que o paciente realiza, ou seja, compreende as demandas que o estado de saúde acarreta sobre a vida do indivíduo e a sua capacidade para vivê-la em suas dimensões. Além disso, Rufino (1992) salientou que Qualidade de Vida relacionada à saúde compreende o produto das condições objetivas de existência, o resultado das condições socioculturais, bem como das relações que o homem estabelece entre si e o contexto no qual se insere, por meio do trabalho (Rufino, 1992).

Em seu estudo sobre a relação entre Qualidade de Vida e saúde, Minayo et al. (2000) verificaram que o termo “Qualidade de Vida” se tornou uma expressão de uso significativo nos anais de congressos gerais e temáticos da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Os autores contataram, ainda, que esse termo aparece de forma genérica, não deixando uma definição clara da relação existente entre saúde e Qualidade de Vida. De outro modo, na prática médica, a apropriação do termo Qualidade de Vida tem como referência a clínica, ou seja, a Qualidade de Vida compreenderia as ações em que se promovem melhorias nas condições de vida de pessoas doentes (Minayo et al. 2000). Nesse sentido, a expressão “*Qualidade de Vida em saúde*” teria a doença como foco, seria medida por indicadores “bioestatísticos, psicométricos e econômicos”, observando-se a relação custo-benefício (Minayo et al. 2000) e não levando em conta a historicidade dos indivíduos e os aspectos socioculturais.

A Qualidade de Vida é definida pela OMS (1994) como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Verifica-se que o termo Qualidade de Vida é mais amplo e abarca uma variedade de

condições que podem influenciar a forma como o indivíduo percebe o seu funcionamento diário, podendo afetar seus sentimentos e comportamentos, mas não se limitando à sua condição de saúde (Fleck et al., 1999). Por estar relacionada à forma como o sujeito percebe os aspectos de sua vida, fica clara a presença do elemento da subjetividade neste construto.

Embora não havendo, na literatura, consenso a respeito do conceito Qualidade de Vida, Fleck et al. (1999) consideram alguns elementos como sendo características fundamentais deste construto: (1) *a multidimensionalidade*, uma vez que engloba diversas áreas da vida humana, abarcando, assim, os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais; (2) *a bipolaridade*, tal sensação de Qualidade de Vida pode variar de uma dimensão positiva (satisfatória) a uma dimensão negativa (insatisfatória); e (3) *a subjetividade*, ou seja, a sensação de Qualidade de Vida partirá da percepção do sujeito. Nesse sentido, a noção de Qualidade de Vida proposta por Fleck et al. (1999) está relacionada com o conceito de Qualidade de Vida presente nos estudos da OMS (2005), conceito adotado nessa dissertação por estar coerente com os objetivos do estudo e com o instrumento (Escala de Qualidade de Vida para Idosos - WHOQOL-OLD) utilizado, sendo este último, também, criado e validado pela Organização Mundial de Saúde.

2.1.2. A avaliação da Qualidade de Vida no contexto da AIDS

As medidas de avaliação da Qualidade de Vida são categorizadas, segundo Fleck (2001), de acordo com as dimensões que elas objetivam avaliar. Assim, os instrumentos podem avaliar: (a) a *Qualidade de Vida geral*; (b) a *Qualidade de Vida ligada à saúde* (c); e a *Qualidade de Vida ligada a uma doença específica*.

Quando se considera a perspectiva da *Qualidade de Vida geral*, adota-se referencial social. Aqui a Qualidade de Vida é avaliada de forma mais abrangente e engloba os vários domínios do construto, fornecendo elementos para compreender as motivações, os desejos, as oportunidades e os recursos disponíveis para satisfação e bem-estar do indivíduo, no que diz respeito aos diversos domínios da sua vida. Nesse sentido, o instrumento de medida *World Health Organization Quality Of Life Instrument* (WHOQOL) é um exemplo de medida que se apóia nessa perspectiva de Qualidade de Vida.

Por sua vez, a *Qualidade de Vida ligada à saúde* considera apenas os aspectos diretamente relacionados com a saúde. Nessa perspectiva, o estudo da Qualidade de Vida proporciona a avaliação da relação existente entre o processo de adoecer e as implicações para a vida do sujeito nas esferas física, psicológica, social, cultural, entre outras. Ademais, permite melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição, além de dar subsídios para decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde. Assim, a ênfase está nos aspectos relacionados ao processo das limitações funcionais provocadas pela doença e resposta a tratamentos, em detrimento de aspectos sociais ou ambientais. Os instrumentos que têm por foco avaliar as dimensões da vida humana, afetadas pelo processo de adoecimento, estão presentes nesta categoria. O *MOS Short-Form 36* (MOS SF-36) é um exemplo de instrumento que adota tal perspectiva. Todavia, Gladis, Gosch, Dishuk e Crits-Cristoph (1999) alegam que algumas medidas de Qualidade de Vida relacionada à saúde se restringem aos sintomas e às disfunções, contribuindo pouco para abranger os aspectos não-médicos associados à Qualidade de Vida.

A importância de se distinguir a Qualidade de Vida geral da Qualidade de Vida relacionada à saúde reside em que na primeira perspectiva estão presentes os aspectos não-médicos (relações familiares, espiritualidade, satisfação com a vida profissional), que influenciam a Qualidade de Vida das pessoas, independente da presença ou não de patologia (Cruz, 2005).

Por último, a perspectiva da *Qualidade de Vida ligada a uma doença específica* focaliza os aspectos específicos de uma determinada doença e seu impacto nas esferas da vida do indivíduo que podem comprometer a Qualidade de Vida. Um exemplo é o *Quality of Life Enjoyment and satisfaction questionnaire* (QLESQ) (Endicott, Cohen, Nee, Fleiss, & Sarantakos, , 1993), criado para a avaliação da Qualidade de Vida de pacientes que sofrem de depressão.

Os estudos sobre a Qualidade de Vida de pacientes portadores de HIV/AIDS têm utilizado instrumentos genéricos ou instrumentos construídos para avaliação de outras doenças crônicas, como, por exemplo, o câncer ou, ainda, instrumentos adaptados. Estes instrumentos não observam questões importantes no contexto da vida cotidiana do portador do HIV, principalmente, temas como a adaptação à doença, à sexualidade e ao relacionamento humano. E, ainda, por terem sido adaptados de instrumentos utilizados em outras doenças, não consideram todo o drama social a que esta população de indivíduos portadores de HIV está exposta no decorrer da sua doença como: estigmas, preconceito e segregação. Assim, a avaliação dos cuidados de saúde está cada vez mais dirigida para as medidas de Qualidade de Vida (gerais e específicas de cada doença), considerando a subjetividade das pessoas. No contexto da AIDS, os instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida têm sido, neste sentido, introduzidos para melhor avaliar os problemas que interferem com o bem-estar das pessoas.

Desde o advento da terapia anti-retroviral, a AIDS tem tratamento e possibilidades efetivas de controle, motivando estudos que possibilitem, além de métodos de prevenção e controle, estratégias para facilitar o ajustamento e aumentar o bem-estar dos portadores de HIV/AIDS (Hedge, 1991), bem como intervenções profissionais direcionadas para a melhoria da Qualidade de Vida. Assim, verifica-se a realização de ensaios clínicos destinados a avaliar a eficácia dos esquemas de tratamentos nos pacientes portadores de HIV (Holmes & Shea, 1998). Contudo, a Qualidade de Vida de adultos na velhice soropositivos para o HIV não está relacionada, apenas, à possibilidade de ampliar os anos de vida, mas compreende o enfrentamento de situações de discriminação, falta de recursos sociais e financeiros e ruptura nas relações afetivas (Galvão, 2002). Assim, viver e enfrentar a doença torna-se cada vez mais problemático e, como consequência, a Qualidade de Vida pode ser comprometida.

Na literatura, verifica-se uma associação entre Qualidade de Vida na velhice e questões de dependência e autonomia, sendo essa dependência decorrente de alterações de ordem biológica, que gera deficiências e/ou incapacidades, e de alterações de ordem social, gerando desvantagens para as pessoas mais velhas (Santos, Santos, Fernandes, & Henriques, 2002). No entanto, aspectos intersubjetivos, como perda de papéis ocupacionais, doenças e perdas afetivas devem ser considerados na avaliação da Qualidade de Vida de pessoas idosas (Santos et al., 2002), bem como a adoção de critérios de natureza variada – biológica, psicológica e sociocultural – (Néri, 1993), visto que esses elementos estão relacionados com as dimensões da vida das pessoas na maturidade e na velhice, podendo interferir ou não no seu processo saúde-doença. Destarte, Araújo, Coutinho e Saldanha (2005) consideraram a importância de situar a velhice e o envelhecimento em contextos sociais e culturais específicos para o

entendimento das suas construções sociais, meio pelo qual seria possível quebrar preconceitos e rever estereótipos. Além disso, a utilização de medidas que avaliem a Qualidade de Vida adaptadas para esta população pode contribuir para um maior entendimento do que vem a ser um envelhecimento bem sucedido. Assim, ante o exposto, a presente dissertação estabeleceu os seguintes objetivos:

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo Geral

- Verificar a vivência da AIDS e sua relação com a Qualidade de Vida de pessoas acima de 50 anos soropositivas para o HIV/AIDS, atendidas em um hospital de referência no atendimento e tratamento dessa patologia na cidade de João Pessoa-Pb.

2.2.2. Objetivos Específicos

- Verificar o nível de Qualidade de Vida nesta população específica;
- Comparar o nível de Qualidade de Vida dos participantes HIV+ com o nível de Qualidade de Vida da população geral;
- Identificar a influência das variáveis biodemográficas e clínicas na Qualidade de Vida dos participantes;
- Demonstrar a relação existente, ou não, entre o nível de religiosidade e a avaliação que os participantes farão acerca da sua Qualidade de Vida.
- Apreender os discursos elaborados pelos participantes HIV+ acerca da sua convivência com o HIV/AIDS na maturidade e na velhice.

3. MÉTODO

3.1. Delineamento

O presente estudo tratou-se de um delineamento correlacional e descritivo, tendo como Variável Consequente (VC) a Escala de Qualidade de Vida para a velhice (WHOQOL-Old) e como Variáveis Antecedentes (VA) ser pessoa soropositiva para o HIV, sexo, idade, renda familiar, grau de escolaridade, situação conjugal e nível de religiosidade.

3.2. Participantes

Para a aplicação da escala (WHOQOL-Old) e do questionário biodemográfico, contou-se com a participação de 43 pessoas soropositivas para o HIV/AIDS, com idades variando de 51 a 78 anos ($M=55$; $DP=4,6$), sendo 62,8% do sexo masculino, a maioria era de casados/conviventes (46,5%), com nível de escolaridade que variava de “sem escolaridade” ao “Ensino Fundamental” (58,1%) e possuíam renda de até um salário mínimo (74,4%). Já para a realização das entrevistas, participaram 10 pessoas com a soropositividade para o HIV.

A escolha dos participantes se deu de forma não-probabilística e acidental, em um hospital público, referência no atendimento e tratamento de pessoas HIV+, localizado na cidade de João Pessoa – Pb. Ademais, foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- a) Recusa a participar do estudo;
- b) Ausência de informações importantes;
- c) Questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas (mais de uma alternativa marcada em um item).

A fim de comparar o índice de Qualidade de Vida dos participantes HIV+ com a população geral, aplicou-se a escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-Old) e o questionário biodemográfico, de forma não-probabilística e acidental, em uma amostra de 43 pessoas sem a soropositividade par ao HIV. Assim, 76,7% dos participantes eram do sexo feminino, com idades variando de 50 a 87 (M=58,9; DP=8,65), a maioria era casados/conviventes (60,5%), 79,1% possuíam escolaridade variando de “sem escolaridade” ao “Ensino Fundamental” e a maior parte dos participantes possuíam renda de até um salário mínimo (62,8%).

3.3 - Instrumento

3.3.1. *Questionário biodemográfico*

As questões tiveram por finalidade caracterizar os participantes, versando sobre sexo, idade, grau de escolaridade, renda familiar, situação conjugal, local de residência, nível de religiosidade e dados clínicos (tempo de infecção diagnosticada e de tratamento).

3.3.2. *Escala de Qualidade de Vida para Idosos (WHOQOL-OLD)*

A escala WHOQOL-OLD foi desenvolvida pelo *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group) dentro de uma perspectiva transcultural para medir Qualidade de Vida de pessoas na velhice. Para tanto, considerou como características fundamentais o caráter subjetivo do construto (englobando aspectos positivos e negativos) e sua natureza multidimensional. Quanto as suas características, a escala WHOQOL-OLD possui 24 itens, respondidos em uma escala tipo Likert, atribuídos a seis fatores, possuindo cada um 4 itens: 1) *Funcionamento do Sensório*

(FS): avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida; 2) *Autonomia* (AUT): refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões; 3) *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* (PPF): descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas que se anseia; 4) *Participação Social* (PSO): delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente, na comunidade; 5) *Morte e Morrer* (MEM): versa sobre as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer; e 6) *Intimidade* (INT): avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006; WHOQOL-OLD Group, 2005). Para itens expressos positivamente, os valores mais elevados significam uma melhor Qualidade de Vida, itens expressos negativamente, o escore tem de ser recodificado.

Para a validação na realidade brasileira, a escala WHOQOL-OLD foi aplicada em uma amostra de 424 idosos na cidade de Porto Alegre, bem como os instrumentos WHOQOL-BREF, BDI e BHS (Fleck et al. 2006). O instrumento demonstrou uma consistência interna (Coeficientes de Cronbach de 0,71 a 0,88), validade discriminante ($p < 0,01$), validade concorrente (Coeficientes de correlação entre -0,61 e -0,50) e fidedignidade teste-reteste (Coeficientes de correlação entre 0,58 a 0,82). Assim, o Módulo WHOQOL-OLD apresentou-se como instrumento útil e com bom desempenho psicométrico na investigação de Qualidade de Vida em pessoas mais velhas.

3.3.3. Entrevista

A entrevista é considerada instrumento importante para a coleta de dados em ciências sociais por possibilitar o conhecimento das condições estruturais de sistemas, de valores e normas dos sujeitos, conforme citação de Minayo (2000) a seguir:

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (p.109-110).

Assim, tal instrumento possibilitou ao entrevistado falar sobre o tema proposto, sem que este tivesse uma resposta estabelecida *à priori* para a questão abordada, procedimento que facilitou a abertura e o aprofundamento da comunicação.

3.4 - Procedimentos

Foi realizado contato com o diretor da instituição hospitalar, apresentando-se os objetivos do estudo e a importância do local para o desenvolvimento do mesmo. Após sua autorização, oficialmente assinada e a aprovação do Comitê de Ética, foi iniciada a aplicação dos instrumentos. Ao serem contatados, os participantes foram informados acerca do estudo, explicitando-se o caráter voluntário da sua participação, seguido da assinatura do um termo de consentimento livre e esclarecido.

Por conseguinte, foi solicitado a cada participante, individualmente, que respondesse a Escala de Qualidade de Vida e ao questionário biodemográfico. Após a aplicação dos instrumentos, foi realizado o procedimento de entrevista.

As entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos entrevistados, para posterior transcrição e análise. Uma vez agendada a entrevista, era solicitado a cada participante que pensasse palavras, temas ou frases relacionadas à seguinte pergunta: "o

que vem a ser para o (a) senhor (a) viver com AIDS na maturidade/velhice?".

Denomina-se esta fase de *evocação*. Concluído o processo de evocação, foi solicitado que o participante *enunciasse*, ao menos, três aspectos mais importantes em relação à pergunta feita. Os temas apontados pelos participantes foram anotados e, então, solicitada uma explicação sobre cada um deles, procurando-se, assim, explorar os temas evocados e *investigar os sentidos atribuídos* pelo participantes, individualmente.

3.5 – Tabulação e Análise dos dados

3.5.1. Questionário biodemográfico e o WHOQOL-OLD

Com os dados do questionário biodemográfico, foram realizadas análises descritivas. Os dados decorrentes da Escala de Qualidade de Vida para Idosos (WHOQOL-OLD) foram analisados estatisticamente com a utilização da Sintaxe SPSS-WHOQOL-OLD Questionnaire, conforme as instruções para aplicação e avaliação do instrumento fornecido pelo Centro WHOQOL do Brasil. Assim, os escores foram transformados em índices com ponderação de 0 a 100, em que 0 corresponde ao menor e 100 ao maior valor encontrado para cada domínio, considerando-se, portanto, como prejudicados os domínios que apresentaram índices cuja média foi inferior a 50 pontos, uma vez que a pontuação máxima poderia ser de 100 pontos. Além disso, foi realizado o Teste *t* de Student e ANOVA para verificar as diferenças entre as médias dos grupos-critérios. Para que fosse demonstrado o significado da força e do tipo de relação existente entre as dimensões que compunham o instrumento, bem como entre o construto Qualidade de Vida e as variáveis idade, renda familiar e nível de religiosidade, utilizou-se o coeficiente de correlação *r* de Pearson, acompanhado dos

seus respectivos níveis de significância (p). Tais procedimentos estatísticos foram realizados por meio do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS), versão 15.0.

3.5.2. Entrevista

Para a análise do material coletado por meio das entrevistas, utilizou-se a Análise de Discurso de acordo com a proposta de Figueiredo (1993), na qual as categorias são determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas e processados por meio de etapas, conforme demonstrado na Tabela 1:

Tabela 1 – Etapas do Procedimento de Análise de Discurso

Etapa	Procedimentos
TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	
PRIMEIRA FASE (Sessões/Sujeitos)	A. Leitura Inicial B. Marcação C. Corte D. <i>Primeira Junção*</i> E. Notação F. Organização e Primeira Síntese
SEGUNDA FASE (Conteúdos)	<i>Segunda Junção**</i> G. Leitura Inicial H. Organização I. Notação J. Redação Final

* Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo.

** Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

Primeira Fase

As entrevistas foram analisadas individualmente e a junção compreendeu conteúdos comuns dentro de cada discurso. Assim, cada discussão foi transcrita e estudada em função de cada entrevista realizada, referindo-se às questões particulares de cada indivíduo. Neste sentido, seguiram-se as seguintes fases:

- A. ***Leitura Inicial:*** Nessa primeira leitura, foram identificados os pontos preliminares, ligados às categorias. Ademais, realizaram-se anotações acerca de aspectos relacionados à situação da entrevista (rapport, dificuldades de interação, disponibilidade e seu estado afetivo).
- B. ***Marcação:*** Foram selecionados alguns trechos da entrevista que corresponderam às Categorias pré-estabelecidas, além de outros conteúdos também considerados importantes.
- C. ***Corte:*** Os trechos selecionados foram retirados do texto.
- D. ***Junção:*** Os trechos selecionados foram agrupados, ou seja, todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise.
- E. ***Notação:*** Realizaram-se observações marginais sobre os trechos, objetivando localizá-los na literatura e no contexto do grupo.
- F. ***Discussão:*** As observações foram discutidas que se fizesse a segunda junção, onde foram agrupados os trechos de todas as entrevistas em relação a uma mesma categoria.

Segunda Fase

Nesta etapa, as entrevistas não foram consideradas individualmente e a junção se referiu aos conteúdos comuns a todas as entrevistas. Assim, as junções realizadas na etapa anterior foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdos/significados, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Seguiu-se as seguintes fases:

- G. ***Leitura Inicial:*** Foi realizada uma leitura para a identificação dos trechos, cujos significados foram comuns dentro de cada Categoria.

- H. **Organização:** Esses trechos foram agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais.
- I. **Notação:** Quando necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias.
- J. **Discussão Final e Redação:** Foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo, relativo às categorias que surgiu durante as entrevistas.

3.6 - Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e aprovado por este com o intuito de seguir todos os procedimentos de acordo com a “Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, do Ministério da Saúde.

Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que isso implique qualquer tipo de prejuízo ao atendimento oferecido pela instituição de saúde na qual o trabalho foi desenvolvido. Foi assegurado o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade das informações prestadas pelo preenchimento do questionário biodemográfico e da Escala de Qualidade de Vida. Ambos possuíram apenas um número de identificação, sem qualquer referencial nominal, e todas as respostas foram analisadas no conjunto. Assim, para as pessoas que aceitaram participar, foi entregue o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo a descrição do estudo e seus objetivos.

4.1. A Qualidade de Vida dos participantes

Neste tópico da dissertação é apresentado o índice de Qualidade de Vida dos participantes HIV+, bem como a comparação deste com a Qualidade de Vida dos participantes da população geral, buscando-se, assim, atender ao primeiro e ao segundo objetivo específico da presente dissertação.

Considerando o Fator Geral Qualidade de Vida, os participantes HIV+ apresentaram escore médio positivo de 55,3 (DP=14,6), variando de 36,5 a 90,6 com uma Qualidade de Vida relativamente boa. Já os participantes da população geral apresentaram índice geral de Qualidade de Vida de 59,3 (DP=17,1; amplitude: 23–96), pouco maior que o nível dos participantes HIV+. Esse resultado é corroborado por outros estudos (Pereira et al., 2006; Santos et al., 2002), que avaliaram a Qualidade de Vida de pessoas da população geral com idades acima de 50 anos.

Na perspectiva das teorias do envelhecimento bem sucedido, a Qualidade de Vida e o bem-estar são fatores que devem acompanhar o indivíduo ao longo do desenvolvimento humano (Santos et al. 2002). Nesse sentido, na tentativa de articular melhor Qualidade de Vida, melhoria e manutenção da saúde com o aumento da expectativa de vida, a OMS (2005) formulou projeto de política de saúde visando à promoção de Envelhecimento Saudável e Ativo. Abordando a questão da saúde sob uma perspectiva ampla, busca-se apresentar o envelhecimento com experiência positiva, onde a autonomia e a independência dos indivíduos são fundamentais no processo de envelhecimento e onde ações intersetoriais são imprescindíveis para que essa política seja efetiva. Todavia, no Brasil, estudos que avaliem a Qualidade de Vida de pessoas acima de 50 anos soropositivas para o HIV, por meio de Instrumentos padronizados e validados para a população brasileira, são escassos. Parte dos estudos (Provinciali,

2005; Saldanha & Araújo, 2006; Sousa et al., 2006) realizados para avaliar a Qualidade de Vida de pessoas acima da 50 anos com AIDS utilizaram entrevistas e questionários. Tal fato decorre, em parte, da ausência de instrumentos que avaliem a Qualidade de Vida dessas pessoas numa perspectiva que abarque as questões do envelhecimento.

No tocante a análise por fatores da Qualidade de Vida dos participantes HIV+, procurou-se avaliar, mediante o uso do Teste t, a capacidade discriminante entre as médias dos sujeitos que avaliaram a Qualidade de Vida de forma positiva e negativa (grupos-critério internos). Desse modo, foram comparadas as médias para cada dimensão a fim de verificar se estas dimensões conseguem distinguir entre os grupos-critério internos, podendo ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Poder discriminativo das médias entre os grupos com avaliação positiva e avaliação negativa da Qualidade de Vida dos participantes HIV+

Fatores	Avaliação	N	Média	DP	p*
Funcionamento Sensorio	AV-	21	63,69	17,96	0, 028
	AV+	22	76,42	18,79	
Autonomia	AV-	21	57,14	14,15	0, 083
	AV+	22	65,34	15,99	
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	AV-	21	36,60	12,22	0, 000
	AV+	22	64,20	18,00	
Participação Social	AV-	21	62,50	12,18	0, 078
	AV+	22	70,45	16,38	
Morte e Morrer	AV-	21	13,69	19,82	0, 000
	AV+	22	58,80	29,35	
Intimidade	AV-	21	25,29	11,26	0, 000
	AV+	22	66,19	23,75	

*Test t - $p < 0,05$

Assim, verificou-se que os fatores “Funcionamento sensorio”, “Atividades passadas, presentes e futuras”, “Morte e Morrer” e “Intimidade” apresentaram poder discriminativo satisfatório, demonstrando que o instrumento foi adequado para diferenciar sujeitos com magnitudes próximas. Verifica-se que, para os participantes

que avaliassem a Qualidade de Vida como positiva, os fatores que mais contribuíram para tal avaliação foram possuírem bom funcionamento sensório, satisfação com as conquistas alcançadas na vida e com expectativas positivas quanto ao futuro, possuírem baixos níveis de preocupação com questões referentes à morte e se sentirem satisfeitos com os relacionamentos íntimos.

Embora a Qualidade de Vida Geral dos participantes HIV+ e da população tenha se apresentado satisfatória, foram encontrados baixos níveis de Qualidade de Vida quando se considerou a avaliação por fatores, estimada pela média da soma dos pontos atribuídos a cada item que compõe cada fator. Os resultados são demonstrados na Tabela 3 a seguir:

Tabela 3 - Avaliação da Qualidade de Vida por Fatores do WHOQOL-Old dos participantes HIV+ (N=43) e da população geral (N=43)

Fatores	Participantes HIV+			População geral		
	Média	DP	Amplitude	Média	DP	Amplitude
Funcionamento do Sensório	70,2	19,2	43–100	63,8	26,2	18–100
Autonomia	61,3	15,5	12–87	58,1	21,5	06–93
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	50,7	20,6	13–88	62,5	18,9	18–100
Participação Social	66,5	14,8	13–88	60,6	21,2	06–93
Morte e Morrer	36,7	33,7	0–100	47,1	32,7	0–100
Intimidade	46,2	27,7	06–94	63,5	24,4	0–100

O Funcionamento Sensório foi a dimensão em que os participantes HIV+ apresentaram maior nível de Qualidade de Vida (Tabela 2), seguido da Participação Social e da Autonomia. Na literatura (OMS, 2005; Pereira et al., 2006; Sousa et al., 2006), a associação entre Qualidade de Vida, autonomia e participação social na maturidade e na velhice têm sido, frequentemente, associadas.

A dimensão do Funcionamento Sensorio avalia em que medida as perdas dos sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), seja por patologias ou pelo próprio envelhecimento humano, afetam a vida diária e a participação em atividades. Isso não significa dizer que os indivíduos não possuam, em algum grau, perdas em seu funcionamento sensorio, mas que essas perdas não afetam a sua vivência cotidiana.

Na presente pesquisa, os participantes HIV+ consideram que as perdas dos seus sentidos têm afetado “nada” ou “muito pouco” a vida diária e a participação em atividades, contribuindo para que essas pessoas possam tomar suas próprias decisões. Além disso, o exercício da autonomia propicia a inserção do indivíduo em atividades sociais, principalmente, na comunidade, o que estimula a troca de experiências, necessárias para a formação de redes de apoio e consequente melhoria na Qualidade de Vida.

Considerando o aspecto multidimensional da Qualidade de Vida (Fleck et al., 1999), a dimensão do funcionamento sensorio assume importância na avaliação que as pessoas farão acerca desse construto, sugerindo-se que a mesma seja avaliada pelo estado de saúde do indivíduo (Fassino et al., 2002). Assim, é válido salientar que, embora apresentando soropositividade para o HIV, 58,1% dos participantes afirmaram nunca ter apresentado qualquer doença oportunista. Resultados, nesta direção, foram encontrados no estudo realizado por Provinciali (2005) a fim de analisar as crenças de 7 idosos com AIDS acerca da sua convivência com a doença. Segundo essa autora, para alguns participantes, a AIDS não implicou mudanças significativas no estilo de vida, sendo a condição de soropositividade inserida na vida dessas pessoas como mais um aspecto a ser vivido. O impacto, após o diagnóstico de HIV/AIDS, é refletido de forma mais significativa na esfera psicossocial da vida do sujeito. Salienta-se, ainda, que

todos os participantes estavam, no momento, fazendo uso da terapia anti-retroviral, fato que pode ter contribuído para que os mesmos avaliassem o funcionamento dos seus sentidos como satisfatório. Segundo Bastos e Szwarcwald (2000), “tais terapias vêm tendo um impacto profundo sobre a história natural da infecção pelo HIV, alterando a natureza e a frequência das doenças oportunistas e aumentando substancialmente a sobrevida das pessoas com AIDS” (p.72). Além de ter proporcionado maior sobrevida, a terapia anti-retroviral contribuiu para que as pessoas acima de 50 anos pudessem continuar participando de suas atividades cotidianas, embora a morte se apresente, ainda, como crença central nas representações de pessoas com AIDS (Castanha et al., 2007).

Ainda no que se refere à avaliação dos fatores da Qualidade de Vida dos participantes HIV+, os resultados indicaram baixos níveis de Qualidade de Vida nos fatores “Morte e Morrer” e “Intimidade”. Por sua vez, na avaliação dos fatores da Qualidade de Vida da população geral, foi encontrado baixo nível de Qualidade de Vida apenas no fator “Morte e Morrer” (Tabela 4), embora seja, ainda, superior ao índice dos participantes HIV+ nessa dimensão.

Há que se considerar que a média de idade dos participantes da população geral foi de 58 anos, o que pode ter contribuído para baixo nível de Qualidade de Vida na dimensão “Morte e Morrer”. Embora pensamentos sobre a morte e o morrer possam apresentar-se com mais frequência nas primeiras fases da velhice, o estudo realizado por Barros (1998) com pessoas idosas demonstrou que os participantes não apresentaram medo específico com relação à morte, mas que a ansiedade frente a ela é elevada na velhice quando comparada com indivíduos na idade madura. Ademais, Oliveira e Neto (2004) sugeriram a consideração da influência de outras variáveis, como a maturidade,

fato verificado no estudo de Rasmussen e Brems (1996), indicando a maturidade psicológica como um preditor de ansiedade em relação à morte mais satisfatório que a idade, apesar desta última variável ter-se, também, correlacionado com a ansiedade face à morte.

O menor índice de Qualidade de Vida dos participantes HIV+ foi na dimensão “Morte e Morrer”, resultado que pode ser atribuído ao impacto da AIDS como um fator desencadeador de ansiedade frente à morte. Nesse sentido, Saldanha (2003) afirmou que o sofrimento causado pela AIDS pode ser proveniente de diversos fatores, dentre os quais, pode-se destacar: o processo do adoecer, as perdas decorrentes da patologia e a iminência de morte. Além disso, há que se considerar que os participantes desse estudo, em sua maioria, possuem idades entre 50 e 60 anos, ou seja, estão em uma faixa etária que possibilita a vivência de uma parcela significativa da vida, principalmente, quando se estima, no Brasil, uma média de expectativa de vida de 68 anos para os homens e 75 para as mulheres.

No fator “Morte e Morrer”, os itens avaliavam em que medida os indivíduos temiam a morte, se estavam preocupados com a maneira pela qual iriam morrer, se tinham medo de não poder controlar a própria morte e de sofrer dor antes de ela ocorrer. Assim, os resultados indicaram que os participantes HIV+ sentiam “bastante” ou “extremamente” os temores supracitados. Resultados, nesse sentido, foram encontrados no estudo realizado por Sousa et al. (2006) com 21 pessoas acima de 50 anos soropositivas para o HIV. Ainda que utilizando metodologia diferente, foi verificada, pelo discursos dos participantes, a associação entre AIDS e a morte iminente.

Em geral, ao receber o diagnóstico de que é portador de HIV/AIDS, as pessoas passam a conviver, de modo mais próximo, com a possibilidade de finitude. Assim, a

convivência com a AIDS pode ser fator gerador de estresse e sintomas psíquicos, de associações simbólicas com a doença, principalmente, quando se considera a ausência de cura, até então, para a doença. Tal sofrimento psíquico influencia a percepção da pessoa sobre a doença, sobre suas perspectivas de futuro contribuindo para pensamentos recorrentes sobre a morte e o morrer.

O baixo nível de Qualidade de Vida dos participantes HIV+ também foi verificado na dimensão “Intimidade”. No entanto, salienta-se que tal dimensão não se limita à prática sexual propriamente dita, mas compreende a capacidade dessas pessoas em estabelecer relacionamentos afetivos mais íntimos. Assim, os participantes afirmaram sentir, quanto à frequência, “nada” ou “muito pouco” sentimento de companheirismo e amor na vida, bem como ter nenhuma ou poucas oportunidades para amar e para ser amado. Nesse sentido, no estudo realizado por Castro (2007) com 75 pessoas acima da 60 anos HIV+, verificou-se que o principal impacto na vida do idoso, após o diagnóstico, foi no relacionamento afetivo-sexual com parceiro (a).

Embora a terapêutica atual tenha prolongado a sobrevida e melhorado a qualidade da vivência da sexualidade nessa fase da vida, viver com AIDS impõe limitações, entre as quais, cita-se a fragilização das relações afetivas em decorrência da dificuldade de se manter relacionamentos íntimos (Malbergier, 2000), o que pode contribuir para o baixo nível de Qualidade de Vida na dimensão “intimidade”. Ademais, as limitações trazidas pelo adoecimento podem significar não corresponder às suas expectativas, às da família e às da sociedade, concorrendo para a frustração e interrupção no investimento de relacionamentos afetivos mais íntimos, podendo ser potencializado pelo medo de contaminar o parceiro com a doença.

Na avaliação das dimensões da Qualidade de Vida dos participantes desse estudo procurou-se considerar as suas condições de vida, uma vez que, como será demonstrado abaixo (Tabela 4), a maioria dos participantes possuíam renda de um salário mínimo. Assim, na avaliação da Qualidade de Vida, mais especificamente no contexto do HIV/AIDS em adultos mais velhos, sugere-se levar em conta as condições clínicas e biodemográficas das pessoas, bem como uma noção ampla de saúde, abarcando os aspectos biopsicossociais e culturais do fenômeno.

4.2. Influência de variáveis biodemográficas e clínicas na Qualidade de Vida

Embora a maioria dos participantes seja do sexo masculino (62,8%), os resultados indicaram que a proporção de homens para cada mulher é menor que dois, refletindo a tendência epidemiológica da doença no país, ou seja, a “feminização” da AIDS. Além disso, a partir do perfil dos participantes, confirmaram-se os resultados de pesquisas anteriores (Bastos & Szwarcwald, 2000; Saldanha et al., 2004) ao dissertarem sobre a “pauperização” e a “interiorização” da AIDS, uma vez que no Brasil, ainda que com algumas restrições, a “pauperização” da AIDS é verificada de acordo com a escolaridade das pessoas atingidas pela doença (Brito, Castilho, & Szwarcwald, 2001). Assim, o perfil biodemográfico dos participantes é demonstrado na Tabela 4 abaixo:

Tabela 4- Frequências e percentuais referentes aos dados biodemográficos e clínicos dos participantes HIV+ (N=43)

Variável		f	%
Sexo	Masculino	27	62,8
	Feminino	16	37,2
Situação Conjugal	Solteiro	13	30,2
	Casado/Convivente	20	46,5
	Viúvo	07	16,3
	Divorciado/Separado	03	7,0
Com quem reside	Sozinho	13	30,2
	Acompanhado	30	69,8
Possui Cuidador (a)	Sim	16	37,2
	Não	27	62,8
Escolaridade	Sem grau de escolaridade	08	18,6
	Ens. Fundamental incompleto	10	23,3
	Ens. Fundamental completo	07	16,3
	Ensino médio incompleto	05	11,6
	Ensino médio completo	13	30,2
Religião	Católica	37	86,0
	Evangélica	4	9,3
	Sem religião	2	4,7
Renda (Salário mínimo)	1	32	74,4
	2	04	09,3
	≥3	07	16,3
Capital/Interior	Capital	21	48,8
	Interior	22	51,2
Participação em ONG, grupos religiosos, etc.	Sim	17	39,5
	Não	26	60,5
Doença Oportunista	Sim	18	48,9
	Não	25	58,1
Tempo de Diagnóstico (anos)	1-2	08	18,6
	3-5	17	39,5
	6-8	10	23,3
	≥ 8	08	18,6

A relação entre saúde e nível socioeconômico é mensurada, dentre outros indicadores, pela renda, ocupação e escolaridade, sendo este último um dos indicadores mais importante (Cairney & Arnold, 1998; Sorlie, 1995). Segundo Fonseca et al. (2000), a renda pode indicar estimativas quanto ao acesso de bens materiais e serviços de saúde e a escolaridade diferenciaria as pessoas quanto ao acesso às informações. No

estudo intitulado “Pesquisa sobre Padrões de Vida” (PPV) realizado pelo IBGE (1998) ficou evidenciado o impacto da escolaridade sobre as condições de saúde da população. No entanto, ao analisarem os índices epidemiológicos no Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), Fry, Monteiro, Maio, Bastos e Santos (2007) afirmaram que no período de 2000 a 2005 a incidência dos casos de AIDS entre indivíduos com educação fundamental reduziu de 39,4% para 18,6%, embora a variável escolaridade não tenha sido preenchida em 22,4% dos casos registrados, sendo, portanto, ignorada pelo PN-DST/AIDS. Esses autores afirmaram, ainda, que ocorreu um aumento dos casos de AIDS em pessoas com escolaridade entre ensino médio e superior (de 54,8% para 76,4%), fato que também foi verificado na presente pesquisa, apresentando um expressivo número de participantes com escolaridade variando entre ensino médio incompleto a completo (41,9%).

Outra característica do perfil dos participantes da presente pesquisa diz respeito à interiorização da AIDS, uma vez que 51,2% eram provenientes do interior do Estado da Paraíba, Brasil. O fenômeno da “interiorização da AIDS” vem sendo verificada em outros estudos na literatura (Barbosa, & Sawyer 2003; Szwarcwald, Bastos, Fonseca, Esteves, & Andrade, 2000; UNAIDS, 2002), corroborando os resultados aqui apresentados. Para Szwarcwald et al. (2000, p.59), “é possível falar em um processo de interiorização da epidemia, à medida que a malha municipal é, gradualmente, afetada pelo processo de expansão da epidemia em curso”. Em contraponto, os centros de saúde de referência no atendimento e tratamento da AIDS encontram-se, em sua maior parte, nas capitais ou áreas metropolitanas, o que pode dificultar o acesso aos serviços por parte das pessoas que moram, geograficamente, mais afastadas da capital.

Ressalta-se, ainda, que os participantes HIV+ apresentaram um tempo médio de

diagnóstico de seis anos e, em casos de necessitar acompanhamento à consulta/internação ou no próprio monitoramento da doença, 62,8 % afirmaram não possuir cuidador (a). Nesse aspecto, há que se considerar que 30,2% dos participantes afirmaram morar sozinhos. Este resultado é corroborado no estudo realizado por Saldanha e Araújo (2006) acerca da AIDS na velhice, demonstrando a pouca participação da família na sobrevivência desses idosos e pouca rede de apoio social, bem como o medo do preconceito por parte dos entes queridos, contribuindo para que a religião assumisse o papel confortador, não atribuído à família (Saldanha & Araújo, 2006).

O desenvolvimento de estudos na área de Qualidade de Vida pode subsidiar práticas assistenciais pautadas numa perspectiva ampla do processo saúde-doença, bem como abrangendo aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Assim, considerando o terceiro objetivo específico deste estudo, para a identificação da influência das variáveis biodemográficas e clínicas na Qualidade de Vida dos participantes HIV+ foram feitas comparações, pelo Teste t, entre as médias dos fatores da Qualidade de Vida e as médias dos grupos critérios das variáveis biodemográficas e clínicas.

Na presente dissertação, não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, entre as médias dos grupos critérios das variáveis biodemográficas e clínicas em relação às médias dos fatores “Funcionamento Sensorio” e “Participação Social”, mas em relação aos fatores “Autonomia”, “Atividades passadas, presentes e futuras”, “Morte e morrer” e “Intimidade”. Além disso, diferente da pesquisa realizada por Seidl (2005), não foram encontradas diferenças nas médias dos participantes quanto

ao sexo e quanto à escolaridade, bem como entre as médias dos fatores do Whoqol-Old e as médias dos grupos critérios das variáveis “local de residência” (interior ou capital), “tipo de religião” e o fato de ter adquirido ou não alguma “doença oportunista”. Tais resultados podem ser observados na Tabela 5 a seguir.

Tabela 5 - Poder discriminativo dos fatores do Whoqol-Old em relação às variáveis bio-demográficas

Fatores do WHOQOL-Old		N	Média	DP	p*
Autonomia					
Situação Conjugal	Solteiro	23	66,57	10,59	0,021
	Casado/convivente	20	55,31	18,16	
Reside	Só	13	67,78	11,36	0,041
	Acompanhado	30	58,54	16,37	
Renda Familiar	≤1 salários	32	58,20	16,14	0,004
	≥ 2 salários	11	70,45	08,87	
Atividades passadas, presentes e futuras					
Idade	50 – 55	31	45,76	19,32	0,015
	≥ 56	12	63,54	19,18	
Participação em ONG/ grupo de convivência, etc.	Sim	17	59,55	22,86	0,033
	Não	26	44,95	17,23	
Renda Familiar	≤1 salários	32	45,70	18,13	0,016
	≥2 salários	11	65,34	21,53	
Tempo de Diagnóstico	≤ 5 anos	29	43,75	16,53	0,004
	≥ 6 anos	14	65,17	21,47	
Morte e Morrer					
Idade	50 – 55	31	26,00	31,87	0,000
	≥ 56	12	64,58	20,17	
Participação em ONG/ grupo de convivência, etc.	Sim	17	51,47	31,67	0,020
	Não	26	27,16	32,06	
Tempo de Diagnóstico	≤ 5 anos	29	25,43	30,79	0,001
	≥ 6 anos	14	60,26	27,47	
Intimidade					
Idade	50 – 55	31	40,92	27,75	0,034
	≥ 56	12	59,89	23,30	
Situação Conjugal	Solteiro/divorciado	23	31,79	20,28	0,000
	Casado/convivente	20	62,81	26,16	
Reside	Só	13	26,92	15,17	0,002
	Acompanhado	30	54,88	27,94	
Cuidador	Sim	16	69,92	22,26	0,000
	Não	27	32,17	20,19	
Renda Familiar	≤1 salários	32	38,47	24,18	0,004
	≥ 2 salários	11	68,75	25,92	
Tempo de Diagnóstico	≤ 5 anos	29	39,00	24,92	0,020
	≥ 6 anos	14	61,16	28,18	

*Test t : p< 0,05

Os resultados indicaram que os participantes HIV+ com idades entre 50 a 55 anos apresentaram, em comparação com o grupo de idade mais avançada (≥ 56), menor nível de Qualidade de Vida nas dimensões “atividades passadas, presentes e futuras”, “Morte e Morrer” e “Intimidade”. Assim, as pessoas em idades mais avançadas estavam menos ansiosas com questões frente à morte e ao morrer. O impacto da AIDS na sua intimidade não foi tão significativo quanto foi para as pessoas com menos idade, bem como avaliaram as conquistas alcançadas ao longo da vida de modo satisfatório, apresentando-se menos ansiosas em relação a eventos futuros.

A variável “renda” influenciou na avaliação da Qualidade de Vida dos participantes que possuíam renda familiar de até um salário mínimo, apresentando baixos escores nos fatores “Autonomia”, “Atividades passadas, presentes e futuras” e “Intimidade”. Nesse sentido, alguns estudos (Cairney & Arnold, 1998; Fonseca et al., 2000) mencionam a renda como um fator diretamente relacionado às condições de saúde do indivíduo e a sua capacidade funcional, demonstrando a relação existente entre baixa renda e comprometimentos com estado de saúde. No contexto da AIDS, as desigualdades socioeconômicas têm contribuído de forma significativa para a gravidade da epidemia, apontando para a relação existente entre AIDS e vulnerabilidade social (Ayres et al., 1997), sugerindo-se estudos sobre o impacto desta relação para a Qualidade de Vida das pessoas acima de 50 anos soropositivas para o HIV.

O caráter multidimensional da Qualidade de Vida, principalmente, no contexto da soropositividade ao HIV, sugere a necessidade de se considerar, concomitante aos aspectos socioeconômicos, a influência dos indicadores subjetivos na avaliação que as pessoas fazem sobre sua Qualidade de Vida. Nesse sentido, considerando a variável “situação conjugal” e o fato de morar “só” ou “acompanhado”, os resultados indicaram

que os participantes deste estudo apresentaram melhor Qualidade de Vida no fator “Intimidade” quando eram “casados” ou quando moravam “acompanhados”. Todavia, deve-se considerar que as pessoas com as quais os participantes afirmaram morar eram, na maioria das vezes, o próprio cônjuge, fato, também, verificado entre os participantes que afirmaram possuir cuidador, o que contribuiu para que esses participantes apresentassem boa Qualidade de Vida na dimensão “Intimidade”. Achados nessa direção foram encontrados por Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) no estudo realizado com 241 pessoas vivendo com AIDS. Pela análise de regressão múltipla hierárquica, os pesquisadores verificaram que “viver com parceiro (a)” mostrou-se um preditor significativo da dimensão psicossocial da Qualidade de Vida.

De outro modo, em comparação com as médias do grupo das pessoas que moravam “sós” e eram “solteiras”, o grupo das pessoas “casadas” e que moravam “acompanhadas” apresentaram escore médio inferior na dimensão “Autonomia”, embora a média desse último grupo, no fator “Autonomia”, tenha sido superior a 50, indicando, também, boa Qualidade de Vida .

Estes resultados demonstram a importância do suporte social e afetivo no contexto da AIDS, principalmente, a influência desse suporte na avaliação das pessoas sobre sua Qualidade de Vida. O “apoio social”, também denominado como suporte social, está relacionado com os cuidados, consolo, suporte, estima ou ajuda que um indivíduo sente receber dos outros (Ogden, 1999). Ademais, a percepção por parte do indivíduo de que outras pessoas são sensíveis e receptivas às suas necessidades apresenta-se como fator importante para as estratégias de enfrentamento no lidar com o stress (Aronson, Wilson & Akert, 2002), minimizando o impacto negativo da doença e ajudando a pessoa na adaptação a esta (Remor, 2002). Nesse sentido, os resultados

indicaram que a participação dos indivíduos em grupo de atividades sociais (ONG's, grupos religiosos, atividades físicas, etc.) contribuiu para uma boa Qualidade de Vida nas dimensões “Morte e morrer” e “Atividades passadas, presentes e futuras”, principalmente, no que se refere à ansiedade frente às questões de morte e morrer, na qual os indivíduos sem participação em atividades apresentaram a menor média ($M=27,16$) nessa dimensão. Desta forma, é possível que pessoas com ampla rede de apoio social enfrentem a doença com menos sofrimento psíquico, bem como adiram ao tratamento de forma mais permanente.

No tocante à variável clínica “tempo de diagnóstico”, os participantes com mais de 5 anos de diagnóstico para o HIV/AIDS apresentaram boa Qualidade de Vida nos fatores “Atividades presentes, passadas e futuras”, “Morte e morrer” e “Intimidade”, o que não ocorreu entre os participantes com tempo de diagnóstico de até 5 anos, apresentando baixa Qualidade de Vida nas respectivas dimensões. Nessa direção, no estudo realizado por Paiva, Latorre, Gravato, Lacerda e Initiative-Brazil (2002) com 1.068 mulheres vivendo com HIV/AIDS, os resultados indicaram que, logo após o diagnóstico, houve piora da atividade sexual nessas mulheres, havendo, posteriormente, uma adaptação.

Considerando-se a introdução da terapia anti-retroviral, a AIDS transpôs a característica de infecção eminentemente letal para uma doença crônica e controlável (Saldanha, 2003), contribuindo para a redução de infecções oportunistas e para uma vida mais produtiva dos indivíduos HIV+. Após longo tempo de diagnóstico, ocorre o que Seidl (2005) chamou de “normalização”, ou seja, “a atitude de focalizar a vida dando continuidade aos projetos e ao desempenho de papéis sociais no âmbito da família e do trabalho” (p.427). No entanto, diferente da normalização definida por Seidl

(2005), Saldanha (2003) verificou, em seu estudo com mulheres HIV+, a ocorrência da “naturalização” da AIDS, destacando o caráter temporal da doença e sua relação com as interpretações que os sujeitos fazem no processo de adoecimento. Assim, para essa autora, o “conhecimento” e o “sentido” dado à AIDS são, continuamente, reformulados em decorrência dos processos interativos dos sujeitos, bem como são, frequentemente, confrontados por diferentes diagnósticos e por situações construídas pela família, amigos, vizinhos, médicos. Assim, entre as pessoas com maior tempo de conhecimento do diagnóstico, a definição dada à AIDS enquanto doença pode, em alguns casos, ser banalizada, naturalizada ou negada (Saldanha, 2003).

Mediante as considerações supracitadas, verifica-se que as variáveis biodemográficas e clínicas influenciaram a avaliação dos indivíduos acima de 50 anos HIV+ acerca da sua Qualidade de Vida. Nesse sentido, a Qualidade de Vida enquanto relacionada à vida saudável e ao bem-estar, é uma dimensão da vida humana indissociável de condições objetivas como: trabalho, lazer, moradia, dentre outros (Santos et al. 2002). Por outro lado, a Qualidade de Vida também está relacionada a características subjetivas, próprias de cada indivíduo, que influenciam a forma como são percebidos e internalizados os eventos ocorridos, como o nível de religiosidade, fato demonstrado no tópico a seguir.

4.3. A relação entre o nível de religiosidade e a Qualidade de Vida

Na literatura verificam-se estudos (Biggar et al., 1999; Faria & Seidl, 2006; Saldanha, 2003) a fim de investigar o papel da religiosidade como estratégias de enfrentamento das pessoas em relação à soropositividade. Assim, objetivando verificar a magnitude e a direção da relação existente entre o fator geral da Qualidade de Vida, as dimensões que compõem o WHOQOL-Old e o nível de religiosidade, foram utilizados

os coeficientes de correlação r de Pearson, acompanhados de seus respectivos índices de significância, buscando-se, assim, atender ao quarto objetivo específico da presente dissertação.

Os resultados indicaram uma correlação moderada e positiva ($r=0,39$; $p= 0,009$) entre o fator geral Qualidade de Vida e o nível de religiosidade, demonstrando que quanto maior o nível de religiosidade, mais positiva é a avaliação que os participantes fazem sobre sua Qualidade de Vida. Achados nessa direção foram encontrado por Seidl (2005) na pesquisa sobre estratégias de enfrentamento de pessoas HIV+, demonstrando a importância da religiosidade como estratégia para lidar com a enfermidade. Tal influência também foi encontrada no estudo realizado por Santos et al. (2002) com mulheres soropositivas, o qual demonstrou que 88% das participantes declararam a religiosidade como fator importante em suas vidas.

O interesse crescente de estudos sobre o papel da religiosidade no contexto da soropositividade ao HIV está relacionado, em parte, ao fato da vivência AIDS compreender, também, aspectos psicossociais que geram sofrimento físico e psíquico (Faria & Seidl, 2006). A percepção religiosa da realidade pode reduzir a ansiedade, uma vez que busca oferecer uma estrutura cognitiva que ordena e explica os eventos, contribuindo para a sensação de bem-estar emocional (Lotufo Neto, 2003), bem como auxiliando as pessoas soropositivas para o HIV/AIDS a suprimir práticas e estilos de vida autodestrutivos. Diante disso, ressalta-se que a religiosidade pode ser considerada um aspecto protetor para os indivíduos portadores de HIV/AIDS, pois pode servir de apoio para o enfrentamento de dificuldades, bem como para mudança de atitudes em relação a essa problemática (Carvalho, Morais, Koller & Piccinini, 2007). Nesse sentido, as dimensões “espiritualidade”, “religião” e “crenças pessoais” foram

consideradas pela OMS componentes importantes da Qualidade de Vida (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003), o que motivou o desenvolvimento do instrumento WHOQOL-SRPB, objetivando avaliar em medida a espiritualidade, a religião e as crenças pessoais (SRPB, sigla em inglês) estão relacionadas à Qualidade de Vida na saúde e na assistência à saúde (WHOQOL-SRPB Group, 2006).

Os resultados indicaram, ainda, que na avaliação por fatores da Qualidade de Vida apenas o fator Morte e Morrer apresentou correlação positiva moderada ($r=0,46$; $p=0,01$) em relação ao nível de religiosidade. Assim, para os participantes HIV+, quanto maior o nível de religiosidade, melhor é a Qualidade de Vida nessa dimensão, ou seja, menos esses participantes estão preocupados com questões referentes à morte e ao processo de morrer. Além disso, a comparação, por meio do *test t*, entre as médias dos grupos critérios “nível de religiosidade” (1= nada ou pouco religioso; 2= muito ou extremamente religioso) e os fatores da WHOQOL-Old deu significância estatística para o domínio “Morte e Morrer”, conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 – Médias dos Grupos Critérios da variável nível de religiosidade no fator Morte e Morrer

Nível de Religiosidade (Grupo Critério)	N	Média	DP	p*
1= nada ou pouco religioso	13	18,75	26,39	0,021
2= muito ou extremamente religioso	30	44,58	33,94	

*Test t : $p < 0,05$

Todavia, embora existam diferenças, estatisticamente significativas, entre as médias dos grupos critério no fator “Morte e Morrer”, o grupo dos participantes que se consideram “muito ou extremamente religioso” também apresentam média inferior a 50, não apresentando, portanto, Qualidade de Vida satisfatória nessa dimensão.

Há que se considerar que, embora a crença religiosa auxilie como estratégia para suportar a sobrecarga psicológica demandada pela convivência com a AIDS, quando exacerbadas, as crenças religiosas podem atuar de forma negativa, prejudicando ou interrompendo o tratamento ao acreditarem na cura ou apenas na intervenção divina (Saldanha, 2003). Além disso, as crenças pessoais/espirituais/religiosas podem apresentar-se prejudiciais à saúde mental das pessoas HIV+ quando, por exemplo, promovem sentimentos patológicos de culpa e castigo. Nesse contexto, torna-se relevante investigar melhor a influência da religiosidade nos modos de lidar com a soropositividade, fato que procurará demonstrar pelos discursos dos participantes.

4.4. A vivência da AIDS na maturidade e velhice

As entrevistas dos 10 participantes não serão apresentadas na íntegra a fim de preservar o anonimato estabelecido por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, os discursos são demonstrados através de fragmentos, segundo suas respectivas classes temáticas, categorias e sub-categorias.

4.4.1. Perfil dos participantes entrevistados

Confirmando a característica da pauperização da epidemia, os participantes possuem, em sua maioria, renda familiar de um salário mínimo e escolaridade correspondente ao, no máximo, ensino fundamental incompleto. Todos os participantes eram aposentados e estão fora do mercado de trabalho, com exceção de um participante que recebe auxílio doença e ainda permanece no seu trabalho, mas com carga horária reduzida.

Quanto ao gênero, participaram seis homens e quatro mulheres com média de idade de 57 anos (variando de 51 a 72 anos), o tempo médio de diagnóstico foi de 7 anos, variando de 6 meses a 14 anos e todos estavam fazendo uso da terapia anti-retroviral. Se por um lado estes dados apontam para a eficácia da terapia anti-retroviral na sobrevivência dessas pessoas, por outro demonstra a dificuldade dos mesmos em permanecerem exercendo suas atividades ocupacionais, fato apresentado pelos participantes como motivo de angústia e sofrimento, acompanhada da sensação de improdutividade.

Dos participantes, 07 já entraram na maturidade e velhice com a soropositividade ao HIV, 02 contraíram a doença após os 50 anos e 01 após os 60 anos. Além disso, a maioria dos participantes contraiu a doença através de relações sexuais, demonstrando a importância da vivência da sexualidade nessa fase da vida e, ao mesmo tempo, apresentando-se como a principal via de contágio. No caso das mulheres, todas eram casadas e contraíram a doença do parceiro, tendo apenas uma continuado o relacionamento com o parceiro após o diagnóstico. Todas as mulheres justificaram o não uso da camisinha em decorrência da confiança no parceiro e por se considerarem a “mulher de casa” e não a “mulher de fora”, fato também encontrado nos discursos de mulheres HIV+ entrevistadas no estudo de Saldanha (2003). Para esta autora, tais comportamentos são fundamentados nas crenças existentes entre as mulheres sobre o mito do amor romântico, as quais são construídas ao longo da história de vida dessas mulheres.

Embora a maioria dos participantes more acompanhados com familiares, 5 pessoas afirmaram não possuir cuidador quando necessitados de acompanhamento à

consultas ou internações, o que decorre do fato da família não saber do diagnóstico ou por morarem sozinhos.

4.4.2. Classes Temáticas e Categorias enunciadas

A partir dos procedimentos acima citados, na análise das entrevistas foram verificadas duas Classes Temáticas com suas respectivas Categorias (Tabela 7):

Tabela 7 – Classes Temáticas e Categorias dos discursos emitidos

Classe Temática	Categorias
I - Cotidiano com AIDS	1. Contágio 2. Diagnóstico 3. Percepção da AIDS 4. AIDS na Velhice 5. Relacionamento Afetivo-Sexual 6. Enfrentamento 7. Suporte 8. Preconceito 9. Trabalho 10. Perspectivas
II - Atendimento à AIDS na velhice	1. Atendimento 2. Tratamento 3. Prevenção

I – COTIDIANO COM AIDS

1. Contágio

Na categoria contágio, mais que apontar a maneira pela qual os participantes contraíram o HIV/AIDS, demonstra indicadores de vulnerabilidade ao mesmo. Assim, é possível observar que a vulnerabilidade ao HIV dessas pessoas está relacionada aos aspectos coletivos e contextuais, não apenas individuais, da história de vida dessas

peessoas, o que pode ser observado na sub-categoria ***Relação Conjugal*** que emergiu, apenas, a partir dos discursos das mulheres:

“...as vezes fico assim pensando o porquê que ele [marido] fez isso né, ter botado isso [HIV] “neu”, ele devia muito bem ter se preparado, se prevenido, era mulherengo, andava com mulheres do mundo todo, eu por outro lado como mulher dele, a mulher de casa, não me prevenia pra ficar com ele, achando que ele se cuidava, até porque eu como mulher dele confiava né, aí deu no que deu. (...) ...e ainda ficava com outras e outras mulheres do cabaré, (...) ...pegou [HIV] foi com essas mulheres de cabaré...” [Part. 2; 52 anos]

“Do meu marido né, daquele raparigueiro, de ter confiado nele e ele ter botado em mim, com licença da palavra, essa derrota. (...) ...ele morou 11 anos comigo, tinha outra mulher, transava com ela sem camisinha, mas segundo ela, ela num pegou não.” [Part. 7; 56 anos]

A confiança no parceiro está presente nos dois discursos como justificativa para a não prevenção. Todavia, subjacentes a estes discursos estão às questões de gênero verificadas na construção social do papel da “mulher submissa”, as quais são consideradas na literatura (Saldanha, 2003; Machado & Figueiredo, 2007) como contribuinte significativo para a vulnerabilidade social e, conseqüentemente, para a feminização da AIDS. Para Saldanha (2003), a partir das relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos entre homens e mulheres, constrói-se uma moral social com valores distintos no que se refere ao comportamento sexual de homens e mulheres.

Em seus discursos, essas mulheres demonstram o sentimento de traição não só em decorrência do contágio com o HIV através do parceiro, mas pelas relações sexuais que seus parceiros tiveram com outras mulheres sem o uso do preservativo, uma vez que tal comportamento, para elas, significa demonstração de amor, confiança e fidelidade, justificando, inclusive, seus comportamentos frente ao uso da camisinha. A

pergunta “*o porquê que ele fez isso né, ter botado isso [HIV]*” “*neu*” fica sem resposta para essa mulher, principalmente, quando ela se considerava “merecedora” da fidelidade conjugal do marido por ser a “*mulher dele, a mulher de casa*”, ou seja, companheira e mãe dos seus filhos.

Além disso, a imagem das mulheres profissionais do sexo – “mulheres de cabaré” – são associadas como propagadoras do vírus HIV, imagem esta difundida no início da epidemia da AIDS. No entanto, estudo realizado por Azevedo, Saldanha e Silva (2008) apontou para a vulnerabilidade vivenciada por estas profissionais no exercício da sua atividade em decorrência da exigência dos clientes para não usar preservativo, seja por pagamento financeiro superior ao valor do programa ou mesmo através da violência física.

A segunda sub-categoria sobre o contágio diz respeito aos ***Procedimentos Cirúrgicos***, na qual estão os discursos de dois participantes que apontaram tais procedimento como possíveis causadores do seu contágio:

“Quando eu fui contaminado, o médico da minha esposa, no Hospital de São Paulo, me chamou dizendo pra eu fazer uns exames porque talvez eu tivesse com um bichinho. E eu doente e com diarreia sem parar. (...) Eu sempre só tive ela, casei com ela mocinha. Agora ela fez 2 cirurgias, precisou tomar sangue, aí eu não sei. Só sei que eu peguei essa doença.” [Part. 8, 53 anos]

“...eu já passei por duas cirurgias uma em 82 e outra há uns 30 anos atrás eu não sei se foi por aí que eu me contaminei. (...) Agora eu não sei como foi que passou isso em “neu”. [Part. 5, 63 anos]

Embora a principal via de contágio em pessoas acima de 50 anos seja a sexual, a transfusão de sangue realizada em alguns procedimentos cirúrgicos era, até meados dos anos 80 e início da década de 90, a responsável por parte dos casos de contaminação pelo HIV nessa população, uma vez que os testes laboratoriais de *screening* para o HIV

não eram tão eficazes na época. Atualmente, a triagem da infecção pelo HIV, através de testes laboratoriais, detecta anticorpos específicos para o HIV, mas resultados falsos-negativos podem ocorrer devido o período da janela imunológica correspondente ao início da infecção (Carrazzone, Brito & Gomes, 2004). Nesse sentido, a contaminação pelo HIV em procedimentos cirúrgicos é possível e, no caso do Part. 8, ressalta-se o tempo de diagnóstico de 12 anos, ou seja, contraiu a doença numa época de exames laboratoriais poucos sensíveis à detecção do HIV.

Quando se considera as formas de contágio, verificam-se diferenças nos discursos dos participantes quanto aos sentimentos decorridos. Assim, a atribuição de culpa ao parceiro (a), acompanhada do sentimento de revolta, apresenta-se como característica dos discursos das pessoas que contraíram o HIV por meio da relação sexual. Todavia, nos discursos dos participantes que contraíram o HIV por meio de procedimento cirúrgico não há sentimentos de revolta ou culpa, mas certa “conformação”. Nesse sentido, é possível que a Qualidade de Vida dessas pessoas seja influenciada de modo diferenciado. Nesta direção, um estudo realizado por Seidl et. al. (2005) com 241 pessoas portadoras do HIV/AIDS demonstrou que as pessoas que utilizavam o enfrentamento focalizado na emoção (raiva, culpa, etc.) demonstravam pior avaliação de suas condições físicas, ou seja, os sentimentos vivenciados influenciavam na percepção de si, prejudicando assim a avaliação sobre sua Qualidade de Vida.

2. Diagnóstico

Considerando o processo de adoecimento e descobrimento da doença, o momento do diagnóstico e a maneira como é revelado são fundamentais para a

formação de estratégias de enfrentamento por parte da pessoa que o recebe (Figueiredo & Ribeiro, 1996). No caso dos participantes entrevistados, o diagnóstico de soropositividade ao HIV ocorreu através de processos de adoecimento que os levaram a necessitar de cuidados de saúde. Assim, na sub-categoria **Conhecimento** é possível verificar como se deu esse processo:

“é que no início eu era desmantelada. (...) Aí eu bebia muito, fumava, aí eu fui perdendo peso, emagrecendo, não dormia, quando me acordava passava a mão na minha cabeça, aí vinha aquele mói de cabelo, aí eu “ouxi, meu cabelo caindo todinho”, aí depois eu descobri que tava com o vírus. (...) Aí minha menina me levou pro hospital, aí lá mesmo em Alagoa Grande eu fiz o exame, acusou, aí me encaminharam pra cá.” [Part. 9; 55 anos]

“...eu comecei a me sentir doente, sentindo um cansaço, dor no estômago muito forte, e era eu sem querer comer, e era minha filha magra, vomitando. E nisso os meus filhos ia me levando pra os médicos. E cada médico que fizesse um tipo de exame. (...) ...nos exames os médicos diziam: tá tudo em ordem! (...) Ninguém pediu teste pra saber dessas coisas de HIV. (...) Daí o tempo foi passando e eu ficando pior, magrinha, magrinha. Aí foi quando eu fui fazer endoscopia.(...) ... o médico chamou meus filhos e disse... (...) ...procure outro lugar que cuide disso. Não vá nem em particular, é no público mesmo... (...) Aí quando eu cheguei na médica... (...) ...ela chamou meus filhos e disse: olhe, sua mãe realmente tá doente, mas o problema dela é outro problema, o problema dela vai ser, eu tenho quase certeza, o problema dela vai ser HIV. (...) Aí então, quando fez o teste, aí pronto, deu.” [Part. 10; 56 anos]

Ante o exposto, verifica-se que uma das características do diagnóstico de soropositividade ao HIV em pessoas acima de 50 anos é sua revelação tardia. A passagem por vários profissionais, a realização de vários exames, bem como diagnósticos incertos foram relatados nos discursos. Sintomas como cansaço, falta de apetite e perda de peso são, muitas vezes, considerados pelo profissionais de saúde como patologias próprias do envelhecimento, o que não ocorre com o HIV, ou seja, o binômio sexo e AIDS são considerados pouco evidentes nesse grupo etário (Oliveira,

Araújo & Saldanha, 2006), sendo exemplificado no discurso da participante 10 ao dizer que “... *cada médico que fizesse um tipo de exame. (...) Ninguém pediu teste pra saber dessas coisas de HIV*”. Tal discurso aponta para a AIDS enquanto fenômeno social perpassado por questões morais e, no caso de pessoas acima de 50 anos, tais questões estão relacionadas, principalmente, à sexualidade.

Visões estigmatizadas e preconceituosas sobre a vivência da sexualidade depois dos 50 anos contribuem para o impacto da doença nesse grupo etário, uma vez que, em decorrência do diagnóstico tardio, estas pessoas iniciam o tratamento com perdas substanciais na sua saúde física e mental. A possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV ainda apresenta-se com estranheza para a sociedade, para profissionais de saúde e para os próprios idosos (Silva, Fontes, Saldanha & Araújo, 2008). Todavia, os casos de AIDS em pessoas acima de 50 anos aumentaram significativamente na última década, o que motivou ações, por parte do Ministério da Saúde do Brasil, no sentido de minimizar estes índices. Entre as ações, estão campanhas de prevenção que serão realizadas ao longo do ano de 2009 destinadas às pessoas acima de 50 anos, tendo como *slogan* “AIDS não tem idade. Proteção também não”. Além disso, a Resolução de Windhoek, adotada na 99^a Conferência da *Inter-Parliamentary Union* (IPU), propõe algumas recomendações sobre a AIDS, dentre as quais, está a adoção de uma abordagem societária sobre o fenômeno, ou seja, as ações direcionadas para a prevenção e redução do impacto da epidemia no mundo compreenderia uma ampla rede de atores sociais (UNAIDS, 2000), focalizando não apenas pessoas jovens ou em idade reprodutiva. Assim, na esfera da saúde coletiva, as estratégias de prevenção do HIV, antes focada na idéia de grupos e comportamentos de risco, têm procurado atender às demandas dos vários segmentos da sociedade.

Outro aspecto importante no processo de diagnóstico de HIV diz respeito à forma com que é revelado. Figueiredo e Ribeiro (1996) sugerem que o diagnóstico de soropositividade ao HIV seja realizado por profissionais de saúde atentos aos anseios do paciente, o que é inviável sem uma escuta ampla e postura empática. É por meio da escuta dos anseios e dos medos das pessoas HIV+ que se tem acesso às suas crenças e valores sobre a doença, viabilizando conhecer os limites e também as possibilidades que possuem para lidar com as adversidades do viver com a AIDS na maturidade e velhice. No entanto, segundo o relato da participante 9, a revelação do seu diagnóstico por parte de um profissional de saúde gerou sofrimento e crenças equivocadas para ela e sua família, as quais foram minimizadas após serem atendidas por um serviço de atendimento especializado:

“Porque o médico de lá foi muito burro. Logo que ele era médico do coração. Ele chegou e disse assim... porque ele devia ter me chamado e conversado direitinho, mas não ele chegou logo assim e, aí disse assim: ‘você tá com AIDS, vou lhe encaminhar hoje mesmo pra o hospital que tem lá em João Pessoa, você vai ficar lá internada’. (...) ...’a senhora vai ficar internada até um dia que a senhora morrer. A senhora vai ficar lá no isolamento’. (...) Me falou mesmo assim. Aí eu disse ‘ta, eu vou fazer o que’. (...) Aí ele me deu uns papéis, vim pra cá. Quando eu cheguei aqui o pessoal me explicou ‘não, não vai acontecer nada disso não...’”. [Part. 9; 55 anos]

Em alguns casos, verifica-se que a devolutiva se dá através de profissionais despreparados para lidar com o manejo clínico em AIDS. A forma como é realizada a devolutiva do diagnóstico pode influenciar na aderência do indivíduo ao tratamento, sendo, portanto, é necessário no processo de diagnóstico a participação de uma equipe multidisciplinar capacitada junto ao paciente e seus familiares.

A partir dos discursos dos participantes acerca do diagnóstico, constata-se, ainda, a existência de sentimentos decorrentes, os quais estão exemplificados através

dos discursos na sub-categoria **Reação**. Assim, ao receber o diagnóstico de que eram portadoras de HIV/AIDS, estas pessoas foram confrontadas com a possibilidade de morte, comumente associada à AIDS, o que gerou sentimentos de *desespero, revolta e culpa*.

“Na época do meu diagnóstico houve uma dificuldade muito grande porque não havia, assim, quase solução para tratamento, era muito complicado. Era só óbito que a gente via todo dia aqui [hospital], fiquei muito desesperado. (...) Quando recebi o diagnóstico eu pensei assim: “eu nunca cheguei a uma fase terminal”. Daí fiquei tão desesperado, desesperado que acho que o mundo morreu. Morreu com a doença, morreu pra amizade e me senti sozinho, sem ninguém, acabou meu mundo.” [Part. 6; 56 anos]

“Aí eu fiquei também meio nervosa, chorando. (...) Eu pensei que ia pra o isolamento, não ia receber visita... (...) Aí eu fiquei meio nervosa assim ‘ah meu Deus, nem vou ver mais minha família’, porque eu pensei que ia morrer”. [Part. 9; 55 anos]

O medo, o desespero e a angústia inicial e, ainda, as alterações de humor, foram sentimentos experienciados por essas pessoas após receber o diagnóstico da soropositividade ao HIV. Segundo Machado e Figueiredo (2007, p.6), esses sentimentos são acompanhados da “sensação de não ser e não pertencer, e a impossibilidade de esquecimento da soropositividade, na medida em que a doença traz em si uma relevante carga de estigmatização”. Ao afirmar que “...o mundo morreu. Morreu com a doença, morreu pra amizade e me senti sozinho, sem ninguém, acabou meu mundo...” essa pessoa demonstra sua preocupação com os relacionamentos interpessoais, uma vez que a doença, em alguns casos, contribui para a perda do emprego, para o afastamento de amigos e mudanças na aparência física. Além disso, a revelação do diagnóstico emerge como uma sentença de morte, seja em relação aos aspectos físicos, seja em relação aos

projetos de vida. Não há, de início, uma aceitação do diagnóstico, acompanhada de sentimentos de angústia e desejo de morrer, conforme discurso a seguir:

“...eu queria ir pra debaixo de um carro. Saí correndo, os meninos me pegaram pelo braço. Foi preciso... (...) ...dá remédio para eu me acalmar, e eu só dizia que eu queria morrer, eu queria morrer, eu não queria mais viver. (...) E eu gritando: ‘eu não acredito que eu to com AIDS, é mentira, me diga que é mentira, como eu vou ser uma pessoa normal, eu to com AIDS, como eu vou ser normal?’ Aí me deu um desespero tão grande, mais tão grande. Eu gritava: ‘deixe eu sair, deixe eu sair’. Eu queria sair pra poder morrer, pra comprar veneno. Procurei veneno dentro de casa e não achei porque se tivesse eu teria tomado. Eu não queria mais viver. Aí o tempo foi passando, eu fui me consultando com ela, e ela dizendo que eu ia tomar esse remédio pro resto da vida e que a minha saúde ia melhorar, que eu ia ser uma pessoa normal como qualquer um...” [Part. 10; 56 anos]

Com base no discurso acima, considera-se a estreita relação existente entre morte e vida enquanto características, aparentemente opostas, da vida humana, uma vez que subjacente a fala *“eu queria morrer, eu queria morrer, eu não queria mais viver”* está o desejo de, se fosse possível, manter a vida que existia antes do diagnóstico. Nesse sentido, Kubler-Ross (1996) descreveu as fases vivenciadas por pacientes ao ter conhecimento de ser portador de uma patologia sem cura, em cinco diferentes estágios no que se refere a sua posição frente à morte e ao morrer: negação, revolta ou raiva, barganha ou negociação, interiorização e aceitação. Embora não existindo linearidade entre as fases, alguns autores (Moura & Jaquemin, 1991; Saldanha & Figueiredo, 2003) sugerem que as pessoas HIV+ também vivenciam, de alguma maneira, tais sentimentos.

A revolta e a negação ocorrem, geralmente, logo após o diagnóstico, o que pode ser observado no discurso da participante 10 ao dizer: *“eu não acredito que eu to com AIDS, é mentira, me diga que é mentira”*. Em alguns casos, as pessoas podem recorrer a outros exames e outros profissionais para desmentir o resultado recebido,

principalmente, em pessoas assintomáticas. Já os sentimentos de revolta e raiva ocorrem quando a pessoa se percebe soropositiva, mas a pergunta “por que eu?” é recorrente em seus discursos, seguido da procura por possíveis culpados ou mesmo a própria culpabilização.

“...tem horas que a gente fica triste, revoltada, porque fico pensando que ele foi culpado né, errou muito, errou em não ter se preparado agora não tem mais jeito, porque hoje em dia tem eu né que to com HIV...” [Part.2; 51 anos]

“Um negócio desse que culpa eu não tive. Uma coisa que ele [marido] podia ter evitado se tivesse se prevenido, mas não. Mas Deus ta vendo. Também eu confiava e sempre sobra pra mulher. Mas ninguém vai dar jeito. (...) Mas as vezes que eu me vejo assim contrariada e fico chorando é desse meu problema mesmo. Se eu pudesse eu não chegava nem perto dele. (...) ... porque ele me faz lembrar a doença, é tudo culpa dele. Mas no momento, graças a Deus que eu to só.” [Part.7; 56 anos]

“...até porque eu sabia que ele [esposo] ficava com outras mulheres da vida, eu também tive culpa por não me prevenir. Então eu nem posso me revoltar tanto assim e ele é o pai dos meus filhos.” [Part.2; 51 anos]

Desse modo, verifica-se que o diagnóstico de AIDS na maturidade e velhice desencadeia sentimentos adversos nas pessoas, os quais apontam a experiência subjetiva que é manifestada em seus discursos. Todavia, há que se considerar que a produção de um discurso sobre determinado fenômeno ocorrem em detrimento de uma cultura, a qual é considerada por Silva (2000) como sendo o espaço de confronto responsável pela produção dos sentidos e dos sujeitos, de acordo com suas especificidades e grupos sociais de pertença. Nessa perspectiva, Foucault (1987) referiu-se ao discurso como sendo o conjunto de saberes e práticas “que formam sistematicamente os objetos de que falam”, o que significa dizer que o discurso sobre determinado fenômeno, ao mesmo tempo em que descreve uma realidade, contribui para a produção dessa realidade e do próprio ator social. Assim, ao afirmar “... eu confiava e sempre sobra pra mulher. Mas

ninguém vai dar jeito”, essa participante descreve a condição da mulher e, ao mesmo tempo, essa descrição é para ela uma realidade. No entanto, a construção desse discurso não é alienada do tempo histórico e cultural no qual essa mulher se insere, mas reflete um conjunto de práticas discursivas sobre o papel da mulher, mais especificamente sobre a vivência subjetiva do seu corpo de mulher e de suas práticas sexuais.

Diferente das outras mulheres entrevistadas que se consideravam vítimas diante da contaminação pelo HIV com o parceiro, uma mulher (part. 2) afirmou se sentir culpada e não ter o direito de manifestar sentimentos de revolta utilizando como argumento o fato do parceiro ser, também, o pai dos seus filhos, evidenciando elementos discursivos característicos da representação de “mulher submissa” e “mãe dedicada”. O que se verifica é que, embora ela experimente sentimentos de revolta ao dizer *“...tem horas que a gente fica triste, revoltada, porque fico pensando que ele foi culpado”*, ela considera que não tem o direito de manifestar esse sentimento: *“eu também tive culpa por não me prevenir. Então eu nem posso me revoltar”*. Como possível consequência, segundo Machado e Figueiredo (2007, p.9), o sentimento de culpa e vergonha dessas mulheres “não contribuem para a assunção de si própria como portadora do HIV, dificultando a apropriação de elementos importantes para o enfrentamento das vicissitudes desagregadoras da AIDS”.

3. Percepção da AIDS

A vivência da AIDS no cotidiano das pessoas soropositivas é acompanhada pela elaboração e re-elaboração do que vem a ser essa vivência, uma vez que a AIDS, segundo Minayo (2000), caracteriza-se como uma “doença-metáfora”, ou seja:

“...enfermidades que tomam um caráter histórico, dentro de determinadas épocas... (...) São enfermidades que, a partir do imaginário social, perpetuam na coletividade a idéia de perenidade do mal e de limites do ser humano frente à ameaça da morte” (p.183).

O início da epidemia da AIDS mobilizou a sociedade em geral, sendo comumente associada a outras doenças que, em outras épocas, causou igual impacto (Contrera, 2000; Barbará, Sachetti, Crepald, 2005). Buscava-se, assim, combater, explicar e dar sentido ao fenômeno, até então, desconhecido. No discurso a seguir, verifica-se, por exemplo, a associação entre a AIDS e hanseníase que, em sua época, causou repercussão no imaginário social:

“...desde o tempo de Jesus que já existia isso. Naquele tempo existia a lepra que hoje é a hanseníase, mas o que eles faziam antes? botavam eles embaixo de pontes, debaixo de pedra, viviam isolados da sociedade pra não contaminar o povo. Hoje você não ver ninguém fazendo isso com uma pessoa com hanseníase. Tudo era ignorância.” [Part. 8; 56 anos]

As crenças elaboradas, socialmente, sobre a AIDS no decorrer da história influenciaram as políticas públicas de atuação frente à epidemia, bem como contribuíram para a elaboração e, depois, a desconstrução da noção de grupos de risco (Bochio & Fortes, 2008). Numa perspectiva mais individual, a forma como os indivíduos subjetivam os seus processos de saúde e doença, como a AIDS, tem influência nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos. Nesse sentido, a partir dos discursos dos participantes, emergiram três subcategorias referentes à

Percepção da AIDS, a saber: Percepção Negativa, Sofrimento Psíquico e Ganho Secundário.

No que se refere à **Percepção Negativa**, a AIDS é a associada às dificuldades de se conviver com uma doença que não tem cura, bem como ao impacto negativo dos discursos de campanhas de prevenção, tendo como referência a percepção do portador.

“...agora que era o bom de viver né aí aparece essa doença que é um tormento. Um pesadelo na vida da pessoa, tem que ter o remédio certo na hora certa, não pode passar da hora, qualquer coisa eu fico maluco... (...) ...me sinto triste, muito triste, uma coisa dessa é muito ruim. (...) ...sei que toda vida tem dificuldade, mas você sabe que tem outros problemas, mas esse não, esse meu não tem jeito.” [Part. 1; 72 anos]

“... tem gente que diz que vive feliz, eu vou dizer que eu vivo com essa doença porque tem que viver mesmo, tem que rir tudo, porque num tem jeito, se for ficar pensando, sofrendo, chorando, num dá jeito, fica pior. Então eu tenho que aguentar essa doença, só que eu digo que eu não me acostumo... Às vezes uma recaída, às vezes uma melhora (...) ... eu vivo por viver assim, só pra dizer que eu to vivendo, porque eu sei que eu não sou mais aquela pessoa de antigamente, eu sou outra...” [Part. 10; 56 anos]

“...é uma doença que o povo antigamente dizia que era mal vista, inclusive existe aí o preconceito né, muito.” [Part. 4; 51 anos]

“Hoje está bem maleável, usar camisinha tudo bem, mas só que, na época, a medicina colocou pânico. Eu andava com medo. Hoje ainda tenho um medozinho, acho até a medicina até mais razoável, mas também ia chegar a um ponto que ninguém ia olhar mais pra ninguém, como dizia a história ‘quem vê cara não ver AIDS’. Pra mim, portador, isso me matava.” [Part. 6; 56 anos]

Além da dificuldade em lidar com o uso da medicação no cotidiano, os discursos apontam para a falta de perspectiva em relação à cura para a doença, o que gera sentimento de tristeza na pessoa soropositiva. A associação entre AIDS e morte, segundo Ayres (2002), foi uma imagem frequente em campanhas de prevenção no início da epidemia, gerando pânico na sociedade em geral e, no caso das pessoas

soropositivas ao HIV, contribuiu para o medo de serem rejeitadas, como exemplificado no discurso de um dos participantes: *“também ia chegar a um ponto que ninguém ia olhar mais pra ninguém, como dizia a história ‘quem vê cara não ver AIDS’. Pra mim, portador, isso me matava”*. Esta via de discurso nas campanhas de prevenção, além de se mostrar ineficaz, promoveu o medo e o preconceito entre as pessoas. Além disso, é possível que a associação entre AIDS e morte tenha sido reforçada a partir da experiência de perda de amigos e pessoas próximas soropositivas ao HIV, como relatado, por exemplo, no discurso de um participante ao dizer: *“As pessoas da minha época se foram quase todas, 20, 15, 18 anos, não tinha idade pra AIDS. (...) ...cheguei aqui, cheguei em fase terminal. A visita que eu recebi foi da minha família....”*.

No discurso dos participantes, também foi frequente a nomeação de categorias sociais excluídas e discriminadas no início da epidemia, como profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas injetáveis, aos quais foi atribuída a responsabilidade pela propagação do vírus.

“... de 80 a 90% são travestis, são homossexual, ou mulher com mulher ou homem com homem, porque Deus não quer isso. (...) ...e nunca tive relacionamento com veado, né. Às vezes o cara também é casado e sai com outras, ou mulher também aí passa pra ele. E assim vai. Eu ainda acrescento uns 15%, que pra completar os 100%, que o cara que usa droga na veia. E o restante são caras de 40, 50 anos que são solteiro, aí vai pro cabaré e se contamina, entendeu? Mas a maior parte, sem querer ser ofensivo, é homossexual. (...) ...mas nem por isso é o caso de você desprezá-lo ou dizer que ta errado ou que ta certo.” [Part. 8; 53 anos]

“...a AIDS, que é uma doença colocada por Deus, eu num to dizendo isso pro dizer não, eu to dizendo isso porque eu tô vivendo. (...) ...a AIDS é não uma doença. É uma doença, mas causada por uma maldição. Uma maldição que o próprio Deus coloca. (...) É o pecado que trás a nós todo esse sofrimento. Então a gente tem que ver que tem um pessoal que sofre essa maldição, mas pra encontrar a Deus.” [Part. 8; 53 anos]

Diferente do discurso acima, no que se refere ao número de casos de AIDS entre homossexuais, o último boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde demonstrou que, em 2006, o índice de casos de AIDS em heterossexuais foi de 42,6%, ao passo em que os homo/bissexuais representaram 27,6% e os usuários de drogas injetáveis chegaram a 9,3% dos casos (Brasil, 2007). Todavia, para melhor entendimento acerca dos discursos supracitados, se faz necessário considerar que os autores desses discursos falam a partir de um lugar social. Não se trata, pois, de pessoas com realidades particulares no mundo, mas se trata de um “ser social, apreendido em um espaço coletivo” (Fernandes, 2005, p. 33).

Os homossexuais e os profissionais do sexo são categorias sociais com legado de preconceito e discriminação anterior aos primeiros casos de AIDS (Machado, 2004), categorias essas que contrapõem os parâmetros da moral heteronormativa e religiosa sobre o “certo” e o “errado”, sobre o “normal” e “anormal” acerca das práticas sexuais e da vivência subjetiva do corpo (Araújo & Oliveira, 2008). Assim, em decorrência da “imoralidade” praticada por essas pessoas, a AIDS apresenta-se como castigo de Deus nos discursos dos entrevistados. No entanto, tal discurso é histórico, na medida em que sua construção não é alienada do mundo, e é social, já que não se trata de um indivíduo, mas “o sujeito de linguagem é descentrado, pois é afetado pelo real da língua e também pelo real da história...” (Orlandi, 2005; p. 20). O discurso dos participantes, assim, está perpassado pelo conjunto de práticas discursivas sobre os homossexuais e profissionais do sexo, as quais vêm mudando no decorrer da história, mas que ainda possui preconceitos subjacentes, embora manifestado de forma diferenciada, forma essa denominada por Camino, Silva, Machado e Pereira (2001) de “preconceito sutil”. Assim, embora o preconceito e o estereótipo sejam construtos e estejam no plano da

consciência individual (Machado, 2004), sugere-se que, na análise dos mesmos, seja considerada a natureza das relações intergrupais (Camino et al., 2001) no que tange às suas formas de comunicação, de elaboração e de propagação dos discursos (Araújo, Oliveira, Sousa & Castanha, 2007).

Ainda no que se refere à percepção da AIDS, na sub-categoria ***Sofrimento psíquico*** verifica-se os aspectos emocionais e afetivos que são vivenciados em decorrência da doença, contribuindo para a percepção da AIDS como um acontecimento que impulsiona o indivíduo para uma avaliação das suas experiências passadas e presentes, bem como gerando tristeza e depressão que, conseqüentemente, pode prejudicar a adesão ao tratamento.

“Num sei, dá uma crise de choro em mim, sozinho. (...) ...penso no que estou passando na minha vida, o que já foi, o que já era...o tempo todo a gente pensando nesse problema, tudo ta errado... (...) eu me cuido, mas sempre vem aquela tristeza... (...) Quando esses pensamentos vêm, aí me dá a crise, eu sei que é difícil, eu fico triste muito triste, depressivo, não dá nem vontade de vir aqui pegar esse medicamento, para que? Se isso um dia vai ter fim, o meu fim.” [Part. 1; 72 anos]

“...eu tenho época que eu to com muita fobia, aí já fui pra um psiquiatra e tô tomando remédio, eu só durmo com medicação, eu tomo Rivotril com Diasepan, já pra não perder meu sono... (...) Aí o pessoal diz “tu vai se viciar”. Aí eu quero lá saber se vai me viciar. Eu quero saber que eu to dormindo bem e pronto”. [Part. 3; 57 anos]

“Tem dias que a agente amanhece meio que cabisbaixo... (...) ...eu não sei se é da doença que a gente traz isso sabe. Porque tem dia que você ta mal humorado com você mesmo.” [Part. 3; 57 anos]

Estudos (Malbergier & Schoffel, 2001; Castanha, Coutinho, Saldanha e Oliveira, 2006) tem apontado a prevalência da depressão em pessoas soropositivas para o HIV, demonstrando características e implicações. Dentre outros fatores, a depressão pode

influenciar diretamente na adesão ao tratamento, seja não tomando a medicação prescrita, seja não atendendo as recomendações dos profissionais de saúde (Malbergier & Schoffel, 2001), bem como pode apresentar ideias suicidas, sentimentos de culpa, ansiedade e desmotivação, o que pode ser observado em um dos discursos: *“eu fico triste muito triste, depressivo, não dá nem vontade de vir aqui pegar esse medicamento, para que? Se isso um dia vai ter fim, o meu fim.”*.

Embora tendo que lidar com muitos problemas físicos, sociais e emocionais, alguns participantes discorreram sobre a necessidade de “olhar além” de sua própria situação, falando dos **Ganhos Secundários** da doença, ou seja, o que melhorou depois do diagnóstico, bem como a necessidade de transmitir às pessoas, recém diagnosticadas, sua vivência com a doença.

“Depois da doença sabe, agora eu sou feliz. Antes eu não sabia o que era ser feliz. Sou feliz com certeza. (...) E eu com AIDS eu sou feliz pra caramba porque eu tenho o meu Deus. Eu não conhecia Deus. Eu conheci depois da doença e sou uma pessoa feliz e transmito a felicidade pra todo mundo.” [Part. 3; 57 anos]

“Estar nesse momento atual que eu estou vivendo, é uma glória né. Muita gente não conseguiu viver isso, quantas foram e eu fiquei. Eu num posso nem contar, ao longo desses anos, muita coisa mudou, e só mudou para melhor. (...) “Estou aqui para ajudar as pessoas que ainda estão começando descobrir isso, dizer pra eles o que não me disseram, que não é bem por aí, que AIDS não é igual a morte.” [Part. 6; 56 anos]

“Antes de ser portador, não tinha nem contado de amizade com tanta gente. Depois disso na minha vida, não me falta amizade, embora que sejam coisas passageiras que vai no dia-a-dia, mas em todo canto eu faço amizade, todo mundo me quer bem, todo mundo me respeita, então, eu acho até que isso mudou pra mim. É até estranho. (...) Não é que eu tenha me aberto mais, mas é que eu passei a ser mais procurado por pessoas. (...) Eu não tinha amizades por que eu estava bom de saúde, por que eu não sabia que tinha problema nenhum. Aí depois que eu adoeci, aí resolvi procurar amizade...” [Part. 6; 56 anos]

“Meus filhos, graças à Deus, são tudo preocupado comigo, eles hoje tem mais cuidado em mim do que antigamente, eles agora é que têm cuidado.” [Part. 10; 56 anos]

Observa-se, assim, que a AIDS torna-se uma doença que se transforma em situação de aprendizagem, e o doente, em vez de ter um caráter meramente passivo, torna-se ativo, dedicado ao seu novo papel, lutando e reaprendendo a viver (Cardoso e Arruda, 2005). Estudos (Saldanha & Figueiredo, 2003; Ribeiro, Coutinho, Saldanha & Azedevo, 2006) nesta direção demonstram que relatos de pessoas soropositivas para o HIV que afirmaram existirem ganhos secundários com a doença: melhoria na espiritualidade, re-significação da vida, melhoria nas relações familiares, aprofundamento de laços afetivos, entre outros. A soropositividade impõe perdas significativas (amigos, emprego, planos), mas ao mesmo tempo traz mudanças subjetivas de cunho positivo, incluindo novos valores e esperança frente à vida.

4. AIDS na Velhice

A categoria AIDS na velhice foi constituída por duas subcategorias. Na primeira, *Percepção positiva*, os discursos dos participantes, embora convivendo com a AIDS, fazem uma distinção entre a velhice de um modo geral e a experiência individual da velhice no contexto da AIDS. Assim, diferente da crença difundida sobre a velhice associada à estereótipos negativos (Neri, 2001), ao relatar sobre as suas vivências, os participantes discorrem sobre atributos positivos que os tornam distintos desses estereótipos e com ganhos em relação aos mais jovens.

“...é claro que eu vou envelhecer, mas penso em fazer muita coisa boa, eu não tenho muito trauma em relação a idade. (...) ...claro, mudou muito pela questão da idade, eu não sou mais aquele jovem que fica badalando, também num fui de tantas baladas, mas eu estou mais caseiro sim. Não tenho mais a vitalidade de um jovem,

seja por conta da idade, seja devido a doença. Mas eu levo uma vida normal.” [Part. 6; 56 anos]

“Essa coisa de ter essa doença na terceira idade tudo depende da pessoa certa, velho ou novo, vai depender de quem a pessoa tá, de quem a gente confia, se presta ou não presta, aí ela pode pegar ou não pegar. (...) Eu quero é viver doutora, tem gente jovem aí muito mais acabado que eu, só vive reclamando o tempo inteiro, eu não, eu quero é seguir vivendo.” [Part. 7; 56 anos]

“Uma pessoa com 60 anos já viveu, já sabe o que fez da vida. Agora eu tenho pena, e deve ser mostrado, pra concertar esses que tão começando agora. Eu fico com pena quando eu vejo um garoto de 16, 18 anos tá com AIDS, mesmo com toda a informação que tá aí no mundo e a pessoa pegar AIDS com 13, 14 anos de idade né. Aí é preocupante né. (...) Porque a pessoa com AIDS na terceira idade ele já teve uma vida, mas um jovem não viveu, tem toda uma vida, é saudável.” [Part. 8; 53 anos]

A partir dos discursos, verifica-se que a AIDS na velhice apresenta-se como uma vantagem em relação aos jovens quando se considera o tempo de vida já decorrido, bem como o fato de já terem construído um futuro. Assim, estas pessoas consideram que a AIDS entre os jovens acarretaria em maiores danos em decorrência do não-aproveitamento da vida, já que a doença imporá limitações e tornaria a morte um acontecimento iminente. No entanto, embora para estas pessoas a ocorrência da AIDS na velhice apresentando-se como positiva, há que se considerar a presença, nestes discursos, da crença de que, depois de certa idade, não há muito que se viver. No entanto, ao longo dos anos, a expectativa de vida da população tem aumentado.

Atualmente, estima-se uma média de expectativa de vida de 69 anos para os homens e 76,5 anos para as mulheres, podendo-se considerar que as pessoas acima de 50 anos possuem uma parcela significativa de anos de vida. Assim, o fenômeno do envelhecimento humano e populacional como questão pública deve ser focalizado, positivamente, para o desenvolvimento humano e, portanto, compreender a velhice

como questão pública é bem diferente de tratá-la como problema social (Minayo, 2004)

De outro modo, na sub-categoria **Percepção Negativa**, os participantes afirmam que a AIDS na velhice contribui ainda mais para o abreviamento dos anos de vida.

“...mesmo eu estando já com 72 anos. O tempo de vida ta muito curto e aí vem essa doença e a gente não cura de jeito nenhum... (...) ...penso que não vou viver mais o suficiente, até porque eu já estou numa idade, 72 anos, mas a gente não pára de sonhar, a gente envelhece tendo sonhos.” [Part. 1; 72 anos]

“Aí eu fico muito estressada, muito estressada, com essa doença sem solução. Mas isso também é por causa da idade. Meu tempo de vida ta curto aí ainda vem isso pra diminuir ainda mais.” [Part. 7; 56 anos]

A partir dos discursos dos participantes, verifica-se que a experiência individual de tempo é constituída por meio das interações sociais que, mesmo baseada nas vivências pessoais, são também categorizadas socialmente. Em outros discursos, a percepção negativa da AIDS na velhice emerge no sentido de que a AIDS, não a idade, é o fator que contribui para o medo de ficar “dependendo dos outros”, de não ter oportunidade de trabalho e de ficar sozinho, conforme os discursos a seguir:

“Porque na minha idade sempre se tem doença, mas essa aqui é muito pior, daí com a minha idade, quando ela começar a atacar mesmo, eu vou fazer o que? Me deixar levar pelas mãos de quem nem sempre tem paciência, tenho medo de ficar dependendo dos outros, é minha maior angústia no fim da vida...” [Part. 1; 72 anos]

“Porque é sempre uma situação difícil, porque eu com 51 anos e ainda doente. E uma pessoa assim fica muito difícil o povo querer. Ninguém quer dar emprego pra um velho com AIDS né.” [Part. 4; 51 anos]

“Apesar de eu estar com 56, a solidão é uma coisa eterna. Ela tanto dá nos jovens, quanto nos adultos ou num idoso, eu sempre sinto. A gente sente carência numa doença como essa.” [Part. 6; 56 anos]

“Tem muita diferença minha filha... (...) Eu se fosse nova era muito diferente, mas com a idade né... (...) Porque são duas coisas que eu penso: a idade e a doença. Olhe a idade num é nem tanto, é a doença. O que me preocupa é, além da idade a doença, mas não nem tanto a idade é a doença.” [Part. 10; 56 anos]

Embora a terapia anti-retroviral tenha prolongado a vida das pessoas que convivem com a doença e melhorado sua Qualidade de Vida, verifica-se que a AIDS impõe limitações, seja em decorrência dos medicamentos, seja devido a evolução da própria doença (Saldanha, 2003). Além disso, segundo Malbergier (2000), a incapacidade trazida pelo adoecimento pode significar não corresponder às suas expectativas em relação ao futuro, favorecendo a interrupção de projetos de vida pessoal, familiar e profissional.

5. Relacionamento Afetivo-Sexual

Outro aspecto mencionado nos discursos dos participantes diz respeito à sua vivência nos relacionamentos afetivo-sexuais, discorrendo sobre o medo da descoberta do diagnóstico pelo parceiro ou de contaminá-lo. Estudos anteriores (Paiva et al, 2002; Santos et al., 2002) com pessoas soropositivas também apontam para a dificuldade em encontrar um parceiro, devido ao medo de revelar o diagnóstico e também devido à rejeição do companheiro, fato também mencionado nos discursos a seguir:

“Daí quando eu penso no relacionamento, eu mesmo já desvio e caio fora porque vai chegar a um ponto, que eu não tenho o que dizer, eu vou ter que dizer a verdade, não tem como enganar, e caso ela pergunte eu vou ter que responder e falar do meu diagnóstico. Eu vivo sozinho...” [Part. 6; 56 anos]

“Eu acho, pode ser que eu encontre alguém, um dia, que aceite, eu não tenho vergonha de mim, até que eu não sinto vergonha, mas não admito para o outro, eu tenho vergonha do outro.” [Part. 6; 56 anos]

“...não fico mais com ninguém porque eu posso pegar alguém até pior do eu.” (...)...fiquei com trauma de homem. (...) Eu sabia que era por causa de homem que eu fiquei desse jeito. E assim eu botei na cabeça...” [Part. 10; 56 anos]

Um estudo realizado por Santos et al. (2002) com 148 mulheres HIV+ verificou que menos da metade dessa amostra (43,9%), mantiveram uma vida sexual ativa após o diagnóstico, embora mais da metade das mulheres (60,8%) tenham mencionado anseio em fazer sexo. Na pesquisa foi verificado ainda que 19% das mulheres sentiam-se confortáveis em relação ao sexo, em detrimento da maioria que falou das mudanças ocorridas na vida sexual em decorrência do HIV, referindo-se sobre novas fontes de estresse, o que fez com se sentissem menos sensuais e atraentes, bem como perdessem parte de seu apetite sexual (Santos, et al., 2002). Nesse sentido, Paiva (2002, p. 61) salienta que, no caso das mulheres, muitas delas “abrem mão de sua vida sexual, às vezes definitivamente, com medo de infectar ou então de serem abandonadas por futuros parceiros, com dificuldades de se comunicar sobre sexo e sobre o diagnóstico”. Outro aspecto verificado no discurso de uma das mulheres refere-se ao desejo de encontrar alguém que tenha a soropositividade ao HIV, favorecendo, assim, a diminuição da ansiedade frente ao HIV.

“Às vezes eu até penso assim, se eu encontrasse uma pessoa direita... (...) ...de responsabilidade, uma pessoa que seja certa, eu queria uma pessoa pro resto da vida que fique compartilhando com a gente, comigo pra dormida, pra doença, pra tudo, que ele seja como eu também [HIV+], mas é muito difícil. Eu ainda tenho esse pensamentozinho assim, de terminar meus dias de vida com uma pessoa, mas sei que é difícil. Porque é ruim a gente não ter com quem conversar.” [Part. 10; 56 anos]

Há que se considerar que, apesar da diminuição dos relacionamentos afetivo-sexuais apresentarem-se como um fator negativo por parte de algumas mulheres,

algumas delas afirmaram estar com “trauma de homem” e que homem só traria problemas, sendo, portanto, preferível continuar sem parceiro. No entanto, não é possível afirmar, categoricamente, que tais posturas impactem de modo negativo na vida dessas pessoas, principalmente quando se considera as múltiplas perspectivas sobre a valorização do sexo subjetivada por cada pessoa, de acordo com a heterogeneidade e experiências de vida. Gott e Hinchliff (2003) destacam a questão dos mitos sobre uma vida sexualmente ativa como requisito indispensável para uma velhice bem sucedida, chamando atenção para o fato de que a importância atribuída para a vivência sexual independe da idade. A vivência, ou não, de práticas sexuais apresentam-se como prejudiciais quando são acompanhadas por descrição de características normativas e universais sobre o que vem a ser uma sexualidade esperada para determinada idade, o que, por outro lado, favorece a criação de aspectos “proibitivos e indesejáveis”. Desse modo, Vasconcellos et al. (2004, p.415) considera que a condição de saúde seja “uma das explicações possíveis para o abandono da sexualidade ativa e explicar assim, indiretamente, um menor interesse pela sexualidade em geral, outras explicações poderão ser encontradas no âmbito das experiências de vida prévias e relativas...”.

6. Enfrentamento

Após o momento em que se descobrem soropositivas para o HIV, as pessoas demonstram a necessidade de re-organizar a vida em seus vários aspectos (Machado & Figueiredo, 2007). A partir dos discursos dos participantes, verifica-se que a nova condição foi incorporada de maneira diferenciada para essas pessoas, através de estratégias igualmente distintas. Na sub-categoria *Naturalização* estão os discursos dos

participantes que mencionam a AIDS como um acontecimento qualquer, não alterando significativamente o seu cotidiano.

“Mas pode até ser normal né, já que todo mundo tem, as mulheres casadas tudo tem...” [Part. 1; 72 anos]

“...apesar de eu estar com esse problema, tem hora que eu nem sei se estou com essa doença, porque eu não sinto nada, vivo bem, como bem, durmo bem.” [Part.2; 51 anos]

“Tô conformado porque tudo na vida acontece na gente né. Eu penso assim, às vezes a pessoa nasceu para morrer de qualquer problema, sempre a pessoa tem que morrer de alguma coisa, eu tenho essa doença. (...) Eu acho que, já que aconteceu, tem que olhar pra frente e pedir a Jesus mais tempo pra viver.” [Part. 4; 51 anos]

A naturalização do convívio com o HIV/AIDS é considerada por Machado & Figueiredo (2007) como uma das características que aponta para as condições e dificuldades dessas pessoas no enfrentamento da doença. A naturalização da AIDS é comumente demonstrada nos discursos de pessoas assintomáticas, contribuindo para que a AIDS passe a ser mais um aspecto a ser vivenciado, sendo prioritárias questões mais urgentes, tais como: renda, moradia e alimentação, ou seja, aspectos mais concretos do dia-a-dia. “Neste momento, focaliza-se na vida, na continuidade dos projetos de vida e no desempenho de papéis sociais no âmbito da família e do trabalho” (Machado & Figueiredo, 2007, p.10).

De outro modo, ainda em pessoas com sorologia ao HIV assintomática, emerge o discurso caracterizado como **Negação**, visto que, diferente da naturalização em que a pessoa tem consciência do seu diagnóstico, as pessoas acreditam não possuir ou vivem como se não tivessem a doença, evitando qualquer situação que remeta á doença.

“Eu não sou doente. Pra que conversar negócio de doença? Não, eu quero o alto astral.” [Part. 3; 57 anos]

“Eu pra ser sincera eu não procuro nem pensar que tenho esse problema... (...) ...porque se eu pensar eu vou acabar ficando louca, principalmente quando eu lembro desse meu marido cachorro. (...) Não dá nem pra gente pensar nessa maldita. Desculpe a palavra, mas eu não quero nem pensar.” [Part.7; 56 anos]

Na literatura (Rutter, 1987; Carvalho, Morais, Koller e Piccinini, 2007), considera-se que as estratégias que envolvem a negação da doença estão comumente associadas com baixos níveis de Qualidade de Vida e altos níveis de sofrimento psicológico. Diferentemente da naturalização e da negação, alguns participantes utilizaram a **Religiosidade** como estratégia de enfrentamento por meio da qual esperam ser possível reduzir a ansiedade frente à doença e à possibilidade da morte.

“...eu sei que tô com Cristo, não tem nada na vida que venha me preocupar não, porque Deus é maior que esse meu problema. Porque, primeiramente, Jesus que tá na minha vida né, ele é quem vai dirigir a minha vida e eu tenho fé em Deus que ele vai me curar, porque ele é de poder, o maior médico. Ele vai me curar, tenho fé em Deus.” [Part.2; 51 anos]

“Deus me fortalece todo dia. (...) Por isso que eu sou fortalecido todo dia por ele. Quando eu acordo e “Deus muito obrigado por esse dia maravilhoso que está nascendo...” [Part. 3; 57 anos]

“...que não é religião, mas quem busca Deus. Isso eu considero religião. É claro que seria uma coisa importante num portador HIV, por que é onde agente se alimenta, onde agente para pra discernir um pouco sobre a vida. Eu não tenho direito de determinar a minha morte, por que quando eu parar pra pensar em Deus e vou pensar: “a AIDS, é digamos, como diabetes, e outras doenças que se tornam gravíssimas e que não tem cura” então até por aí eu não me desespero. Aí isso me conforta muito. (...) ...mas eu acho que eu fui muito forte, a religião ajudou muito porque eu dei esses saltos, estou dando até agora.” [Part. 6; 56 anos]

Nos discursos acima, a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais apresenta-se como uma maneira de enfrentar os eventos estressantes e, a manifestação

de uma relação pessoal com Deus aparece como a forma mais frequente de exercício da espiritualidade, bem como é apontada por eles como forma privilegiada para lidar com eventos estressantes como a AIDS, por exemplo. Ademais, os discursos corroboram os resultados decorrentes da escala WHOQOL-Old que indicou uma correlação positiva entre o nível de religiosidade e a Qualidade de Vida dos participantes, bem como foi verificado que os participantes que se consideravam muito ou extremamente religiosos apresentaram-se menos preocupados com as questões de morte e morrer. Nesse sentido, é possível que a religiosidade contribua para a manutenção de um sentido na vida, já que a AIDS, enquanto doença incurável, apresenta-se como um evento cuja resolução não depende do indivíduo.

Além da religiosidade, os discursos dos participantes abordaram outras formas de enfrentamento como o *Sigilo*, ou seja, a manutenção do resultado apenas para si ou, no máximo, para alguma pessoa confidente que, na maioria dos casos, trata-se de um parente ou amigo muito próximo em quem a pessoa confia. Tal sigilo é assegurado, tendo em vista o medo de não poder controlar o conhecimento do seu diagnóstico por outras pessoas.

De pessoa para pessoa, isso no reduto da minha família parou e ficou, há um silêncio eu não digo, nem eles perguntam... (...) ...ninguém nunca soube, eu me preservo de todas as formas. (...) Eu vivo mentindo a vida inteira o porquê de tá tomando medicamento, né.(...) Quando alguém tentou falar disso, eu despistei tudo. Isso é uma coisa que não me deixa uma pessoa livre. [Part. 6; 56 anos]

“Eu sou do tipo da pessoa que não gosto de dar a saber da minha vida pra ninguém. Só aqueles que eu vejo que tem confiança e é amigo, fora isso a ninguém não. (...) Mas pra que dizer? Eu não tenho medo de preconceito comigo porque eu nem digo. Num tem porque eu falar disso” [Part.7; 56 anos]

“Todos sabem do meu diagnóstico... (...) Agora eu não vou dizer pra qualquer um “olhe, vem cá eu sou aidético”. Isso não!” [Part. 8; 53 anos]

Verifica-se que a vivência da AIDS ocorre de maneira silenciosa em decorrência do temor, por parte das outras pessoas, de atitudes preconceituosas. Viver uma “*vida de mentira*” gera nestas pessoas sofrimento psíquico, denominado por um dos participantes como “*uma coisa que não me deixa uma pessoa livre*”, já que demanda esforço constante, seja no uso dos medicamentos, seja na ida aos profissionais de saúde, seja no envolvimento em relacionamentos afetivos. Ocorre, ainda, que algumas pessoas falam da sua doença como sendo outra patologia, bem como procuram tratamento de saúde em outros municípios, evitando, assim, serem reconhecidos.

7. Suporte

Com o aumento da sobrevida das pessoas em decorrência da terapia anti-retroviral, as redes de apoio social e a participação em atividades sociais no cotidiano tornaram-se aspectos relevantes no enfrentamento da soropositividade ao HIV/AIDS (Silva, Medeiros & Saldanha, 2008). Nesse sentido, o suporte social é um conceito multidimensional e compreende os “recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais” (Siqueira, 2008, p.382), promovendo efeitos benéficos para a saúde física e mental, contribuindo significativamente para a Qualidade de Vida. Assim, na subcategoria ***Suporte Social*** encontram-se os discursos dos participantes que discorreram sobre a importância da família e de amigos no enfrentamento da doença.

“Tem umas vizinhas que moram perto de mim, quando eu chego lá todas me tratam bem.” [Part.7; 56 anos]

“Recebi sempre ajuda no meu trabalho, dos moradores. Pronto, agora mesmo eu necessitei fazer uma ressonância e não eu tinha condição financeira. Então essa história chegou no meu trabalho e todo morador do prédio que eu trabalhava ajudou...” [Part. 4; 51 anos]

“...não pela família, a minha família tudo acolhe eu como era antigamente... (...) ... porque, porque meus filhos me aceitam num sabe. Nada de separação de nada, de prato, colher, essas coisas...” [Part. 10; 56 anos]

Estes discursos corroboram os resultados apresentados sobre a Qualidade de Vida dos participantes, os quais indicaram que, nos fatores “Intimidade” e “Autonomia”, respectivamente, as pessoas casadas e que possuíam cuidador sentiam-se amadas e com capacidade para amar, bem como consideravam-se capazes e livres para tomar suas próprias decisões. Nesta direção, um estudo realizado por Ncama, et al. (2008) com sul-africanos soropositivos ao HIV, demonstrou que o número de amigos próximos e a família constituíram-se fatores que contribuíram para um maior senso de apoio social entre pessoas soropositivas.

A percepção positiva sobre o apoio social recebido é necessário para a manutenção do bem-estar, uma vez que as percepções negativas podem desmotivar as pessoas na manutenção do tratamento, prejudicando, assim, a adesão ao mesmo (Remor, 2002). Para Machado e Figueiredo (2007, p.7), o suporte social contribui “para o término de uma postura de auto-reclusão, na medida em que a vivência e o acolhimento do outro, potencializam sentimentos de integração, suprimindo com elementos para re-estabelecimento do equilíbrio psicoativo”. Assim, para os participantes desta pesquisa, a família apresentou como *locus* essencial no sentido de propiciar a estas pessoas uma rede de suporte social e afetivo, favorecendo o desenvolvendo estratégias de proteção para a convivência com a doença.

“...a família é a base de apoio, são aquelas pessoas que tão sempre ali e ‘Vamos! Você consegue!’ Realmente é uma grande força, porque geralmente quando a pessoa tem uma boa convivência com a família quando ele cai, ela é uma base de sustentação que vai dar apoio... (...) ...é bom quando na hora da visita a gente ver, é só uma hora, mas quando sai o pessoal chega você fica aliviado. (...) ... minha esposa me ajuda a lembrar a medicação. Tudo é a família. Toda família tem problema, mas nessas horas, só tem ela.”
[Part. 8; 53 anos]

Dessa forma, a necessidade de redes sociais de apoio a pessoas soropositivas tem sido levada em conta por pesquisadores e profissionais de saúde, tendo em vista que as pessoas com HIV/AIDS inúmeras vezes são discriminadas, isoladas de seu meio social, mesmo diante de toda a gama de informação a respeito dessa problemática, bem como das possíveis formas de contaminação. Para Saldanha (2003), as formas de enfrentamento da família em relação à doença decorrem, em parte, de seu relacionamento íntimo com a pessoa acometida pela doença, história de vida dessa família e do contexto sócio-cultural em que está inserida. Assim, quando a estrutura familiar manifesta relacionamentos satisfatórios, o nível de compreensão e receptividade se dá mais facilmente, o que contribui para o fortalecimento da pessoa doente através das relações de ajuda e afeto.

No que se refere ao suporte prestado por profissionais e instituições, Crook, Browne, Roberts e Gafni (2005) avaliaram aspectos demográficos relacionados com a saúde e suporte social de pessoas que frequentavam uma organização que prestava serviços a pessoas soropositivas ao HIV/AIDS no Canadá. Os resultados desse estudo demonstraram que as pessoas soropositivas perceberam que os serviços prestados pela organização em questão contribuíram para uma redução do isolamento social, auxiliaram-nas no conhecimento e enfrentamento do HIV/AIDS, bem como melhoraram a sua Qualidade de Vida relacionada com a saúde. Na presente dissertação, os resultados

da escala WHOQOL-Old demonstraram que as pessoas com participação em grupos de atividades sociais (ONG's e grupos de convivência) estavam menos preocupadas com questões frente à morte e ao morrer, apresentando Qualidade de Vida satisfatória nesta dimensão. Neste sentido, é possível verificar a importância do ***Suporte Profissional*** para estas pessoas nos discursos a seguir:

“Jesus está dentro desse hospital, porque eu fui bem tratado, muito bem tratado nunca tive prazo nenhum nem de pegar medicação, nem de falar com o médico. (...) ...então eu gosto muito daqui e fui muito bem atendido.” [Part. 4; 51 anos]

“Lá na casa de convivência que eu vou todo mundo gosta de mim, me beija, abraça eu. Sou muito bem tratada na rua por tudinho. (...) ...faço a primeira série. Chego lá, o diretor me abraça, sai comigo abraçado, os professores também e os alunos.” [Part.7; 56 anos]

“tem doutora que me abraça, a gente sente aquele carinho, quando elas perguntam por mim, pelos exames.” [Part. 8; 53 anos]

“Agora, sobre internamento, tem gente que fica falando, mas eu não tenho o que dizer. As enfermeiras é tudo boazinha, perguntava o que a gente comia ou não comia, tudo boazinha” [Part. 10; 56 anos]

De modo contrário, no contexto da AIDS muitas pessoas tendem ao isolamento social em decorrência da ausência de suporte social. Nesta direção, um estudo exploratório realizado por Schrimshaw (2003), com 63 pessoas acima de 50 anos HIV+, objetivando verificar os fatores que geram isolamento social nestas pessoas demonstraram que, entre outros aspectos, o sigilo sobre o diagnóstico da doença, o desejo de ser auto-suficiente e independente associado ao não desejo de ser um “fardo” e a indisponibilidade da família constituíram-se os principais empecilhos na busca por suporte social. Para o esse autor, tais aspectos explicam a maioria dos casos de isolamento social em pessoas soropositivas ao HIV e com mais de 50 anos. Assim, na

subcategoria *Ausência de Suporte*, é apresentado os discursos sobre a ausência de apoio no enfrentamento da doença, seja de familiares ou mesmo de profissionais de saúde.

“Eu fico sozinho o tempo inteiro... (...) ... eu presto atenção na casa toda arrumadinha, sofazinho CD,DVD um sonzinho, mas quando eu tiver morrendo sem nenhuma pessoa pra cuidar de um é? Num tenho ninguém, sou sozinho.” [Part. 1; 72 anos]

“Mas eles [família] tiveram que vir nesse hospital, me viram e, na verdade, caíram fora daqui, isso é um absurdo. Me entristeci muito” [Part. 6; 56 anos]

“...as enfermeira são boas, mas tem umas que não deveriam trabalhar com ser humano. Chegam perto da gente tudo com máscara, com luva. E outras não... (...) Eu não digo em uns setores. Tem uma parte aqui que é preciso mesmo se proteger, mas nas enfermarias não.Tem outras que não usam nada, daí vem umas toda cheia de coisa e com medo, visando só 700 conto, 800 conto.” [Part. 8; 53 anos]

Estudo realizado por Diniz, Saldanha e Araújo (2006) com cuidadores informais de idosos HIV+ na cidade de João pessoa demonstrou, entre outros aspectos, a dificuldade de encontrar cuidadores/familiares, junto a estas pessoas, para a realização da pesquisa. Para estes pesquisadores, tal realidade decorre, em parte, do fato de “o idoso portador morar sozinho; a família não está ciente de sua condição de soropositividade e se está não aceita; ou ainda o paciente opta por contar à uma pessoa próxima” (Diniz et. al., 2006, p. 6). Além disso, a ausência de suporte decorre, muitas vezes, da falta de assistência institucional. A qualidade da assistência à pessoas que convivem com a AIDS é caracterizada por Nemes, Castanheira, Melchior, Alves e Basso (2004, p.311) “pelo acesso às técnicas de diagnóstico e terapêutica relativas ao complexo conjunto de condições associadas à AIDS”. Neste sentido, os participantes discorreram sobre algumas dificuldades encontradas.

“Que os gestores... (...) ...desse mais uma condição de liberdade, de vida melhor. (...) Ter o passe livre, ta entendendo? (...) Por isso que eu falo “dê liberdade pra gente viver uma vida digna e morrer dignamente, com a UTI, com a medicação toda”. A gente não morre de HIV mais a gente morre de doenças inoportunas e eles não dão condições. (...) Falta de um gestor, falta de prefeito, sei lá, de lutar pela causa nossa.” [Part. 3; 57 anos]

“E acho que o hospital deveria ter mais coisas aqui dentro melhorar em relação ao portador, por que o portador não é simplesmente um portador do vírus. Tem também problema de visão, problema de audição, tem que ficar em função de medicamento, problema de coluna, às vezes falta medicamento para essas outras coisas, porque não é só o coquetel. Deveria ter um núcleo aqui dentro de apoio pra ajudar também no psicológico da gente.” [Part. 6; 56 anos]

Sobre o tratamento, além da distribuição universal dos medicamentos para o coquetel no tratamento da AIDS, a Portaria Nº 2314, de 20 de dezembro de 2002, que institui a Política de Incentivo ao HIV/AIDS e outras DST traz como uma de suas exigências a necessidade da pactuação entre Estados e municípios na aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento das “Infecções Oportunistas” relacionadas à AIDS, bem como das DST. Todavia, nos discursos dos participantes eles afirmam que, embora a medicação do coquetel seja assegurada, faltam medicamentos para outras doenças. Ademais, outras dificuldades mencionadas podem prejudicar a adesão ao tratamento de forma sistemática, tais como: condições financeiras para uma alimentação adequada, bem como para o custeio das passagens de ônibus necessárias para ir à consulta, principalmente quando se considera que parte dos participantes vem do interior do Estado. Embora algumas prefeituras disponibilizem meios de transportes gratuitos, as pessoas alegam que, além dos carros saírem dos municípios em horários específicos de difícil conciliação com suas rotinas, o uso destes transportes levantaria suspeita sobre o seu diagnóstico, já que o serviço se destina a essas pessoas. Os Estados

e os municípios possuem papel fundamental junto às pessoas que convivem com a AIDS, principalmente quando esta questão é entendida não somente como uma questão de saúde, ou seja, está relacionada, também, com “as políticas sociais, de trabalho, de desenvolvimento econômico e previdenciário” (Vilella, 2003, p.32).

8. Preconceito

O estigma e o preconceito representam obstáculo na luta pela prevenção e combate ao HIV/AIDS, colocando as pessoas HIV+ em situações de constrangimento e isolamento social (Saldanha, 2003; Machado & Figueiredo, 2007). Além de ser uma doença com impacto na saúde física e psicológica, a AIDS é acompanhada por estigmas socialmente construídos, os quais estão relacionados com as crenças sociais sobre a doença (Ferreira & Figueiredo, 2006). Tais crenças equivocadas emergem nos discursos dos participantes como um dos fatores que contribuem para a discriminação sofrida.

“As pessoas discriminam muito... (...) ...só porque você ta com HIV, as pessoas se mantêm distantes, se afastam, porque é muito discriminado, com medo de transmitir o HIV, mas muitas pessoas não sabem, acham que só basta pegar na mão que já é contagioso... (...) ...sem falar que não vai nem na casa da pessoa, passa pela pessoa não fala, não dá nem bom dia...” [Part. 1; 72 anos]

“E eu fiquei triste e ao mesmo tempo pensando: “meu irmão não era recriminado porque tinha câncer e morreu antes de mim, ou seja, muitas pessoas que não tem AIDS podem morrer antes de mim, mas porque o preconceito com o HIV?” [Part. 6; 56 anos]

“Nesse quesito eu acho que foi um erro muito grande dos poderes públicos na questão de saúde, quando a AIDS apareceu, né? Esse vírus quando apareceu, o governo, a saúde pública do país, falou pouco e mostrou na mídia de uma forma como um pânico “olha, ta morrendo todo mundo”. E isso, realmente, me deixou mal, a gente andava com medo do preconceito, deve ter matado muita gente.” [Part. 6; 56 anos]

Verifica-se que no discurso “ *muitas pessoas não sabem, acham que só basta pegar na mão que já é contagioso...*” estão presentes as crenças elaboradas na sociedade, no início da epidemia, sobre as formas de contágio. Tais crenças, associadas à visão da AIDS como sinônimo de morte e difundidas na mídia em meados da década de 1980, contribuíram, em parte, para condutas discriminatórias em relação aos portadores do HIV (Saldanha & Figueiredo, 2002). No entanto, o câncer ainda é uma doença associada à morte, mas que difere da AIDS em relação ao preconceito, uma vez que subjacente a AIDS está, na maioria dos casos, a vivência da sexualidade. Já para as pessoas que convivem com a AIDS, segundo Saldanha (2003), a vivência de situações discriminatórias geram associações simbólicas com a doença, causando sofrimento psíquico e influenciando na sua percepção sobre a doença e sobre os comportamentos das outras pessoas frente a ela, o que contribui para sentimentos de ansiedade, em decorrência medo da rejeição social, conforme verificado nos discursos a seguir:

“Uma coisa que mata, é que eu não posso chegar pras pessoas e dizer: “olhe eu sou portador daquela doença”. Uma relação sem dizer a verdade fica difícil né? Mas tem o preconceito aí por trás. (...) Eu tenho muito medo de perder o ciclo de amizade, tanto social, de família, como no trabalho. Essa coisa aí é que me prende e me deixa muito infeliz.” [Part. 6; 56 anos]

“...eu não tenho preconceito com eu. (...) Duas irmãs minhas se afastaram. (...) Quando elas viram minha aparência magra né, no início, ficaram com medo. Aí depois que melhorei se chegaram mais, mas eu percebo uma diferença. (...) As minhas irmãs, teve uma que eu fui me desabafar que eu percebi a reação. A reação é de desprezo, toda reação é de desprezo. Só o fato de não acreditar em nós, já dói na gente.” [Part. 8; 53 anos]

“Não, minha família não pode saber por que se eu disser as minhas irmãs e meus irmãos eu tenho toda a certeza que ela vão me rejeitar. É capaz de nem dá dormida, nem um abraço, nem um prato pra eu comer. (...) Somente quem sabe são meus filhos e você agora, e o pessoal da casa de apoio né. Mas vizinho, o restante da minha família, nem pensar porque a discriminação não ta de brincadeira.” [Part. 10; 56 anos]

No tocante aos profissionais de saúde e instituições que prestam serviços a estas pessoas, uma pesquisa feita por Sadala e Marques (2006) com dez profissionais de saúde, por meio de entrevistas, demonstrou, considerando o “relacionamento com o paciente”, uma “*persistência do preconceito*”. O preconceito estava relacionado, entre outros aspectos, a “intolerância aos pacientes que pertenceriam a ‘grupo de risco’, embora reconhecendo que esta classificação está ultrapassada” (Sadala & Marques, 2006, p.2372). Apesar do preconceito manifestado, considera-se, ainda, uma “evolução” no comportamento dos profissionais em relação às atitudes preconceituosas, sendo considerada, inclusive, como inexistente nos Centros Especializados para a doença, contribuindo para que as pessoas recusem serem atendidas fora desses centros, tendo em vista as experiências mal sucedidas anteriormente (Sadala & Marques, 2006). Nesse sentido, experiências ocorridas no contexto de instituições foram mencionadas por alguns participantes como sendo situações de discriminação.

“Ontem mesmo, eu fui na enfermagem do hospital e chegando lá, era copo separado, aquela bobagem toda, como uma prevenção. Eu achei precipitado, porque acho que o povo que já morreu, morreu antes do tempo. Os profissionais, os hospitais, deveriam ter cuidado com isso e não me expor daquele jeito, uma coisa ridícula. No início da doença, essas coisas de separação assustou o próprio portador. tem que cuidar da pessoa de uma forma para se aproximar e não se afastar.” [Part. 6; 56 anos]

Preconceito? Sim. (...)...teve uma reunião da casa de convivência... (...) Aí uma disse assim ... (...) ... ‘mas nem parece do jeito que o pessoal disseram’. E o que foi que disseram? (...) ...disseram que você tava quase morta e que você tava com uma doença que pega. Menina, aquilo me deu um negócio ruim... (...) ...ouvir gente falando de mim e dizendo as coisas que não é. (...) ...tem umas pessoas ali que querem que a pessoa vá pro buraco com as coisas que elas dizem.” [Part. 10; 56 anos]

Numa perspectiva mais ampla, saúde e direitos humanos são complementares, fato demonstrado pela Comissão de Direitos Humanos (1996) ao afirmar que o termo

“Direitos Humanos” pode ser interpretado de forma tal a incluir o status de saúde, inclusive o do HIV/AIDS, sendo a discriminação às pessoas HIV+, seja ela real ou presumida, proibida por lei. Nessa perspectiva, dentre as diretrizes internacionais propostas pelo UNAIDS (2000) e IPU, a Diretriz IX postula que “Os Estados devem promover uma distribuição ampla e contínua de educação criativa, treinamento e programas de mídia, especialmente elaborada para mudar as atitudes de discriminação e estigma associadas ao HIV/AIDS (p.90)”. Já no Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 2006, a uma campanha de luta contra a AIDS e o preconceito com o slogan “A vida é mais forte que a AIDS”, objetivando, assim, combater a falta de informação, bem como estimular o protagonismo das pessoas com HIV na sua vivência cotidiana. Desse modo, busca-se, por meio da educação, a mudança de atitudes preconceituosas frente a AIDS, uma vez que tais medidas são necessárias para, inclusive, evitar o diagnóstico e o tratamento tardio.

9. Trabalho

Para as pessoas entrevistadas, o trabalho emergiu como um fator importante na manutenção da saúde. No entanto, a idade e o diagnóstico de AIDS apresentaram-se como dificuldades para o exercício de atividades ocupacionais, seja em decorrência da saúde debilitada, seja por ausência de oportunidades no mercado de trabalho. Assim, a sub-categoria **Produtividade** compreende os discursos acerca do significado do trabalho para estas pessoas.

“Eu nunca procurei bater nessa tecla [morte], sustentar esse pensamento, eu procurei algo pra fazer. Mas já é outro problema, quem vai dar ocupação pra um portador? Se for mais velho então, aí ta perdido. Mas trabalhar também ajuda na saúde.” [Part. 6; 56 anos]

“...a gente quando sente que tem esse problema, às vezes chega um pouquinho de depressão porque eu sempre fui uma pessoa que gostava de trabalhar. Antes amanhecia o dia, eu ia pra o trabalho, num sentia nada, trabalhava o dia todo, tinha minha vida normal, tinha meu emprego que eu gostava muito. Muitas vezes eu me aperreio porque num tem como eu tá o tempo todo no meu trabalho né, aí diante disso eu fico triste. Mas me recupero e continuo no mesmo ritmo, já que todo mundo tem que continuar.”
[Part. 4; 51 anos]

O trabalho é considerado fator na manutenção da Qualidade de Vida no contexto da AIDS, principalmente quando se considera a melhora da eficácia da terapia anti-retroviral, favorecendo a convivência com o HIV por vários anos sem a manifestação de sintomas, sendo possível o exercício de atividades durante esse período (Contrera, 1998). Todavia, sobre a permanência ou reinserção no mercado de trabalho de pessoas HIV+, um estudo realizado por Ferreira e Figueiredo (2006) com dez pessoas soropositivas ao HIV, com tempo médio de diagnóstico de 5 anos, demonstrou que características como “absenteísmo, estigmatização, atrasos, danos à saúde provocados por doenças oportunistas e efeitos colaterais de medicamentos são fortes determinantes das dificuldades para a reinserção no mercado de trabalho” (p.591). Nesse sentido, o ambiente de trabalho é considerado por Parker e Camargo (2000) como espaço privilegiado para intervenções de prevenção ao HIV, tendo como ênfase a redução do preconceito e da discriminação.

Em 1992, o Governo Federal do Brasil incluiu no Programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde o componente “AIDS no Local de Trabalho”, objetivando promover ações integradas entre organizações governamentais e não governamentais (ONGs), bem como incentivar maior participação do setor privado na luta contra a AIDS. Assim, dentre as diretrizes, proibiu-se a solicitação da testagem sorológica ao HIV em exames de pré-admissão, bem como foi declarado a soropositividade ao HIV

em si “não acarreta prejuízo da capacidade de trabalho” e que a convivência com estas pessoas não se caracteriza risco, tendo como medidas de prevenção informações corretas e adequadas e procedimentos preventivos pertinentes (Pimenta & Terto Júnior, 2002).

No caso dos participantes entrevistados, o impacto da doença na saúde foi considerado como o principal fator para a não permanência no trabalho, o que pode ser verificado na sub-categoria ***Invalidez***:

“Primeira coisa que eu fiz, depois que tive esse problema, foi contar pra o meu trabalho. (...) ...aí fiquei pelo INSS e até hoje estou, não sei em que isso vai terminar. (...) O mais que eu tive medo foi de não conseguir uma aposentadoria, assim uma coisa, porque eu já estou com 51 anos e uma pessoa de 51 anos é difícil arrumar trabalho e ainda doente...” [Part. 4; 51 anos]

“Como eu vivo nessa situação e sou aposentado, não tenho interesse mais em trabalhar.” [Part. 8; 53 anos]

“...porque antigamente eu era uma pessoa que tinha saúde, eu não sentia nada, eu até trabalhava. ...eu não posso mais trabalhar, nem todo dia eu to bom “quem” eu to hoje... (...) ...eu to me sentindo meia assim, porque antes eu saia, trabalhava.” [Part. 10; 56 anos]

Em relação aos discursos acima, há que se considerar que se trata de pessoas com quadro clínico característico da AIDS, ou seja, pessoas que já apresentam sintomas da doença, sendo, portanto, necessário o acompanhamento por profissionais de saúde com maior frequência. Garrido, Paiva, Nascimento, Sousa e Santos (2007, p. 72) consideraram que “o tratamento anti-retroviral exige idas frequentes aos serviços de assistência médica, que implicam em faltas ou atrasos no trabalho”. Para estes autores, embora a aposentadoria por invalidez se apresente, muitas vezes, como “saída para o estigma de desempregado”, quando a associada a outras características da AIDS

(preconceito, ausência de suporte social, sensação de improdutividade, etc.) contribui para sofrimento psicológico significativo.

No discurso do participante 6 ao afirmar *“eu já estou com cinquenta 51 anos e uma pessoa de 51 anos é difícil arrumar trabalho”* está subjacente a lógica do mercado de trabalho brasileiro de que as pessoas acima de 50 anos são menos produtivas, sendo, portanto, mais difícil o acesso ao mercado de trabalho. Para Bulla e Kaefer (2003), “um sistema econômico como o do Brasil, que valoriza mais a juventude, o posto de trabalho para idosos é mais difícil, pois são vistos como incapacitados, com reduzida força produtiva, raramente levando-se em conta a experiência adquirida pelos mais velhos”. Tal lógica de mercado tem embasamento nas perspectivas de análise do desenvolvimento humano perpassadas pelo modelo biomédico, o qual define o envelhecimento a partir de critérios biológicos, sendo, portanto, relacionado ao “declínio à idade adulta” (Ortega, 2004). Sobre esse aspecto, Siqueira et. al. (2002) salientam que a “aparente neutralidade” presente no discurso biomédico ao delimitar as fases do desenvolvimento humano por idade adquire “contornos políticos” quando se considera, na prática, o envelhecimento humano em relação ao mercado de trabalho. Trata-se de uma periodização da vida, permitindo a normatização da idade cronológica como critério de afastamento da produção (muito embora possa se dar uma produtividade de outra ordem, liberada do circuito de produção e consumo capitalista), baseada na força física (aposentadoria) (Henz, Maia & Castro, 2006, p.6)

Ao mesmo tempo, verifica-se a produção discursiva sobre a velhice associada a valores mercadológicos com o objetivo de “vender” uma velhice jovem, através de aparatos tecnológicos para o cuidado corporal e “mascaramento” dos “sinais” da idade avançada (Silva, 2008). Assim, na contemporaneidade, Ortega (2004) afirma que “o

idoso se constitui como um indivíduo responsável e autônomo capaz de cuidar de si. Aparece assim a figura do idoso “bom” e do idoso “mau”, este último sem competência para cuidar de si” (p. 16).

Os diferentes significados atribuídos ao envelhecimento humano no percurso da história demonstra a heterogeneidade do fenômeno. Há que se considerar, todavia, que o desconhecimento do que significa ser velho induz a práticas com foco ideológico, que contribuem para a manutenção e a propagação de mitos, estereótipos negativos e preconceitos acerca da velhice (Neri, 1993). É possível que a imagem negativa da velhice verificada entre os participantes da pesquisa seja decorrente dos construtos psicossociais e ideológicos mencionados, que permeiam as relações interpessoais e afetivas presentes na atualidade.

10. Perspectivas

A associação entre soropositividade ao HIV e vivência do diagnóstico depois dos 50 anos, nos discursos dos participantes, apresentou-se como fator potencializador de incertezas frente ao futuro, à morte e em relação à própria saúde. Verificou-se que estas pessoas necessitam, constantemente, reorganizar-se com relação aos seus sentimentos de esperança, aos seus papéis sociais e identidades, às suas relações interpessoais e à sua Qualidade de Vida (QV). Na sub-categoria **Futuro**, os participantes discorrem sobre a ausência de esperança em relação a concretização de projetos de vida, em decorrência do sentimento de finitude.

“...a esperança da gente vai a zero... (...) ...os planos que a gente faz, qualquer coisa que a gente faz fica assim, estranho assim, parece que nada vai se realizar, que o fim tá chegando... (..) ...a gente pensa no futuro, a gente pensa fazer tanto e fazer tudo, mas a vida, que é a da gente, já tá no fim. Eu queria fazer tudo, aí meu Deus como eu queria...” [Part. 1; 72 anos]

“Não tenho mais nada. O que eu tinha de ganhar já ganhei, o que eu tinha de arrumar já arrumei e o que vier agora é o que Deus achar que eu mereço...” [Part. 5; 63 anos]

“E o futuro minha filha, é muito difícil isso que eu vivo. (...) ...eu não tenho que fazer, não tenho como comprar uma casa, e o futuro o que eu posso fazer é ir levando a vida assim como Deus quiser.” [Part. 10; 56 anos]

Verifica-se nos discursos destas pessoas que a vivência da AIDS na velhice, mesmo considerando o aumento da sobrevida com o uso da terapia anti-retroviral, influencia na avaliação que elas fazem sobre seus planos para o futuro, bem como na reavaliação dos aspectos considerados essenciais. Subjacente ao discurso *“parece que nada vai se realizar, que o fim tá chegando...”* está a perspectiva de morte como evento motivador de incertezas frente à concretização ou não do que se almeja, o que foi observado também em outros estudos (Saldanha & Araújo, 2006; Carvalho & Galvão, 2008) com pessoas soropositivas ao HIV.

Em comparação com os resultados da Escala WHOQOL-Old, verificou-se que os participantes HIV+ apresentaram média ($M=50,7$) satisfatória no Fator “Atividades presentes, passadas e futuras”, demonstrando satisfação acerca das conquistas alcançadas na vida, bem como apresentando baixo nível de ansiedade frente ao futuro, embora a média apresentada tenha sido inferior em relação à média da população geral ($M=62,5$). Todavia, há que se considerar a influência da religiosidade na redução da ansiedade frente ao futuro, o que pode ser observado nas expressões *“...o futuro o que eu posso fazer é ir levando a vida assim como Deus quiser...”* e *“...o que vier agora é o que Deus achar que eu mereço...”*. Nesse sentido, estudos sobre *locus de controle* com pessoas portadoras de doenças crônicas (Colombrini, 2003; Kurita & Pimenta, 2003) têm demonstrado a presença de *locus de controle externo*, ou seja, quando as pessoas

atribuem que o controle sobre a saúde ou a doença é determinado por fatores externos como Deus, profissionais da saúde, entre outros.

Os discursos demonstraram, ainda, que a expectativa em relação ao futuro é perpassada pelo medo de envelhecer sem trabalho e em condições de pobreza, podendo prejudicar a sua Qualidade de Vida.

“...a gente sem uma aposentadoria, com 51 anos e doente, aí tem medo de chegar a uma situação de pobreza, assim de precisão, de faltar e a gente não ter pra dar.” [Part. 4; 51 anos]

“Ah, o meu futuro como pessoa já foi. (...) Eu digo assim, porque hoje, a própria sociedade ela discrimina você, não tem espaço, você vai trabalhar em que?” [Part. 8; 53 anos]

O trabalho, por exemplo, apresenta-se como um meio que possibilitaria as condições necessárias para satisfazer as necessidades de alimentação, moradia, entre outras. Assim, o afastamento do trabalho ou o desemprego de pessoas que convivem com a AIDS, além da perda do salário e benefícios de seguros, contribui para limitações financeiras para si e suas famílias, o que prejudica o auxílio para as atividades da vida diária e o manejo clínico da doença. Além disso, para Saldanha, Coutinho, Ribeiro e Araújo (2005, p. 12), o trabalho permite “uma estabilidade e credibilidade adquiridas perante a sociedade como um ser produtivo”, já que a soropositividade traz consigo também a perda da capacidade para o trabalho. Nesse sentido, a Qualidade de Vida apresenta-se como construto composto fatores objetivos e subjetivos (Fleck et. al., 1999), sugerindo que os processos subjetivos, próprios de cada indivíduo, influenciam a forma como são percebidos e internalizados os eventos externos, bem como na auto-avaliação do estado de bem-estar (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Gouveia, Chaves, Dias, Gouveia & Andrade, 2003). No entanto, indicadores objetivos (renda, moradia, trabalho, etc.) mostram-se necessários para uma boa qualidade de vida.

Por sua vez, a segunda sub-categoria referente as perspectivas dos participantes diz respeito aos discursos que abordam as questões da **Morte**, conforme exemplificado a seguir:

“Eu acho que é morte porque eu to de um jeito que não tenho nem mais remédio, já foi trocado três vezes... (...) Aí quando eu vou comprar uma coisa eu penso nisso, vou deixar essas coisas pra quem? O que mais me entristece é isso. Que eu não vou alcançar os objetivos que eu tinha, que eu vou morrer antes disso, que tudo aquilo que eu queria construir não vai se realizar a tempo, isso num é um pensamento negativo? (...) Eu só penso nos meus amigos que morreram lá no Rio de Janeiro, aí penso no meu tempo também, aí digo: “meu Deus, tira isso da minha cabeça. (...) ...não sei se é eu que também tenho medo de morrer, não sei. (...) ...a gente ta com vontade comprar uma geladeira nova, de modelo, Arno, aí chega uma hora e pronto: morreu! (...) eu tenho muito medo da morte...” [Part. 1; 72 anos]

“...eu tenho muito medo de morrer, é aquele medo que eu tenho todos os dias, somente isso. (...) ...no dia em que Deus me chamar, tem que ir né...” [Part.2; 51 anos]

“...tenho medo de morrer, mas eu nunca espero, nunca espero chegar a isso, por que até agora não vi nada que me levasse ao leito, à UTI, alguma. Pode ser que um dia apareça, porque fica sempre a porta aberta, mas eu sigo minha medicação correta. (...) Eu não fiz ainda minha viagem [morrer], porque tem pessoas todo mês aqui [hospital] que fazem.” [Part. 6; 56 anos]

“Em viver mais um dia né, em viver mais um tempo pra mim com a minha família né até quando Deus permitir, me chamar pra fazer a minha viagem porque a viagem não é uma caminhada né...” [Part. 9; 55 anos]

Observa-se, ainda, que os participantes da presente pesquisa também apresentaram baixo nível de Qualidade de Vida no fator “Morte e Morrer” da escala WHOQOL-Old, ou seja, os resultados indicaram que os participantes HIV+ sentiam “bastante” ou “extremamente” medo da morte, estavam preocupados com a maneira pela qual iriam morrer, medo de não poder controlar a própria morte e de sofrer dor antes dela ocorrer. Corroborando tais resultados, estudo realizado por Brasileiro e

Freitas (2006) com o objetivo de analisar as representações sobre AIDS de 9 pessoas acima de 50 anos, infectadas pelo HIV demonstrou que nas representações destas pessoas, entre outros aspectos, “AIDS é uma ameaça constante de morte”.

Além do estigma, do abandono e da restrita rede de apoio social (Seidl et al., 2005), a morte apresenta-se como um dos principais fatores que desencadeiam ansiedade em pessoas que convivem com a AIDS depois dos 50 anos (Silva et. al., 2008). Ademais, a vivência da evolução da doença que, no caso dos participantes, apresentou tempo médio de diagnóstico de 6 anos; deparar-se com a morte de pessoas próximas com o mesmo diagnóstico; bem como o enfrentamento com a própria realidade de vida, muitas vezes, limitada pelo acometimento da doença e sua irreversibilidade; são características que podem contribuir para que estas pessoas fiquem temerosas em relação à morte. Por outro lado, ao falarem sobre suas perspectivas, alguns participantes discorreram sobre o desejo de ter a saúde recuperada e sobre a “esperança” de cura para a doença, seja em decorrência do avanço da medicina, seja por uma intervenção de Deus, conforme exemplificado nos discursos a seguir da subcategoria **Saúde**:

“A esperança de alguma cura ainda existe, porque não é fácil conviver com a doença ao longo desses dez anos, mas há ainda esperança de que algo mude, cura em relação a isso, eu acredito. (...) Pra falar assim, a questão de esperança, eu espero que um dia tenha fim essa coisa toda.” [Part. 6; 56 anos]

“...eu só queria uma coisa da minha vida que a minha saúde voltasse, mas como eu não tenho mais saúde e não voltou, e eu acho que também não tem mais condição de voltar né, aí que queria que Deus tome conta.” [Part. 4; 51 anos]

“...o que eu tenho no meu coração, é escolher a vida. Agora como Deus disse que tu és do pó e ao pó retornarás, eu não vou pensar que vou viver eternamente assim. Mas após essa vida eu terei outro corpo. Isso tudo eu to falando porque eu creio que não ficarei sempre assim.” [Part. 8; 53 anos]

“...quando não tem piora eu fico feliz da vida, contente, eu não quero nem me lembrar que eu tenho essa doença. Tem hora que eu paro pra pensar assim “será que eu tenho essa doença? Eu acho que eu não tenho não. Ah meu Jesus, quem sabe meu senhor que aconteceu um milagre e eu vou fazer o exame e num vai ter mais nada. Ah, deu negativo.” Aí eu fico com esses pensamentos que não tenho mais nada.” [Part. 10; 56 anos]

Apesar do medo da morte, para estas pessoas a vivência da AIDS na era dos tratamentos mais eficazes contribui para que eles possam sentir uma “nova chance”, ou seja, a possibilidade de “alcançar” a cura da doença e, conseqüentemente, o adiamento da morte, principalmente, quando se considera o avanço das pesquisas científicas com este objetivo. Para Coelho (2006), com os “novos medicamentos para o tratamento da AIDS e das doenças oportunistas, a idéia da condenação a uma morte rápida foi sendo diluída, mantendo-se a representação de morte, mas agora adiada”. Assim, alguns participantes acreditam na possibilidade de uma saúde melhor, prolongando seu tempo de vida até ver chegar uma cura definitiva. De outro modo, na ausência da cura baseada nos aparatos técnico-científicos, os participantes justificam a esperança de cura para a AIDS em decorrência de uma intervenção divina ou “milagre”. Discursos nesta direção foram encontrados no estudo realizado por Cardoso e Arruda (2005) com pessoas soropositivas ao HIV aderente e não aderentes a terapia anti-retroviral, objetivando verificar construção das representações sociais da soropositividade. Os resultados da pesquisa indicaram que os participantes usuários da terapia anti-retroviral “acreditam que a cura virá no futuro, através da mão do homem” (pesquisas científicas no setor da saúde), o que diferiu dos discursos dos participantes não aderentes ao tratamento, pois acreditavam que a cura viria “pelas mãos de Deus,

através da fé ou do milagre” (Cardoso e Arruda, 2005, p.156), diminuindo, assim, a participação individual na manutenção da saúde.

II – ATENDIMENTO À AIDS NA VELHICE

As pessoas soropositivas para o HIV, quando necessitadas de atendimento profissional, nem sempre se deparam com equipes de saúde preparadas para lidar com as demandas oriundas dessa clientela (Carvalho, Braga & Galvão, 2004). Embora se verificando avanços no tratamento clínico da AIDS, muitas vezes, o atendimento às pessoas caracteriza-se pela “repetição de preceitos normativos, além de uma postura de distanciamento, com o exercício da autoridade médica dicotomizada com relação às expectativas e vivências do paciente, agravadas pelo pouco tempo disponível para o atendimento” (Saldanha et al., 2004, p. 90). Além dos aspectos mencionados, o atendimento a pessoas acima de 50 anos é caracterizado por profissionais com dificuldades em lidar com a sexualidade dessa categoria social, fazendo com que a abordagem deste tema seja prejudicada (Oliveira et al., 2006). Assim, com base nos discursos dos participantes, na classe temática “Atendimento à AIDS na Velhice” emergiram três categorias: Atendimento, Tratamento e Prevenção.

Na categoria **Atendimento**, alguns participantes avaliam como positivo o atendimento recebido, outros, por sua vez, avaliam como negativo o atendimento de alguns profissionais de saúde, conforme exemplificado a seguir:

“E sobre o tratamento daqui é excelente, até hoje não tenho nem o que dizer, pego a medicação todo mês, quando sinto qualquer problema venho aqui...” [Part. 4; 51 anos]

“Primeiro quando eu cheguei o menino da recepção disse “a senhora tem que ser agendada”, aí meus filhos tudo aperreado com eu doente disse “como agendado?”(...) Agora, sobre internamento, tem gente que fica falando, mas eu não tenho o que

dizer. As enfermeiras são tudo boazinha, perguntava o que a gente comia ou não comia, tudo boazinha.” [Part. 10; 56 anos]

No tocante aos discursos acima, deve-se considerar que estas pessoas estavam, no momento da pesquisa, sendo acompanhadas por um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para o atendimento de pessoas com esta patologia.

Historicamente, a criação dos SAE ocorreu como resposta do Governo Federal aos apelos dos movimentos sociais, no ano de 1980, por condições dignas de atendimento e tratamento (Sadala & Marques, 2006). Assim, o SAE aos portadores de HIV/AIDS é caracterizado pelo Ministério da Saúde como um serviço que tem por objetivo prestar um atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar. Pesquisa realizada por Sadala e Marques (2006), com o objetivo de verificar os significados atribuídos por profissionais de saúde à sua experiência de cuidar de pessoas com HIV/AIDS, demonstrou a existência de preconceitos em tais profissionais, porém o preconceito era quase que “inexistente” em profissionais vinculados aos centros de atendimento especializado. No entanto, um dos participantes descreveu como negativa as atitudes de alguns profissionais de saúde, mas não o serviço de um modo geral, aspectos também mencionados na sub-categoria ausência de suporte.

“Tem profissional que chega pra você sem máscara, sem nada, já tem outro que vem atender a gente com 4 luvas. (...) Chegam perto e não passam um minuto com você. (...) ...às vezes a gente quer perguntar uma coisa, mas num dá tempo. Isso é medo, e a gente que ta do lado de cá sente essas coisas. Eu não sei se é um preconceito que eles tem com a doença ou se é uma auto-defesa de se prevenir” [Part. 8; 53 anos]

Ante o exposto, embora diminuindo com o passar dos anos da epidemia, verifica-se a existência de um atendimento pouco humanizado e sem atender aos

aspectos psicossociais demandado nos atendimentos em saúde. Para Saldanha et al. (2004, p.89), “tem-se, assim, um modelo de saúde em que as forças psicossociais não desempenham um papel importante e há uma propensão dos profissionais de ignorá-las. Desta forma, o profissional de saúde não se aproxima da realidade única, subjetiva do paciente”. Além disso, a escuta e o apoio emocional, por parte dos profissionais são, fundamentais para a adoção de práticas voltadas para o auto-cuidado (Saldanha, 2003; Carvalho et al., 2004; Oliveira et al., 2006), uma vez que ajuda o paciente a lidar com as questões de ordem afetiva, de história de vida, bem como de adesão ao tratamento. Assim, na categoria **Tratamento** os participantes discorreram sobre as dificuldades cotidianas no uso da medicação e sobre os efeitos colaterais dos medicamentos.

“Por que tem aquelas coisas que acontecem, tem aquelas manifestações de vírus que há. Eu me cuido logo. (...) Eu espero que diminua a medicação, diminua cada vez mais o número de vezes por dia, só.” [Part. 6; 56 anos]

“...recentemente eu fui piorando... (...) Eu fui pra o HU, mas me mandaram pra cá, porque lá não tinha o medicamento. Aí eu vim pra cá. Aí me internei, tomei uma medicação forte, aí oh, estou minha pele inteira, tudo isso por conta do medicamento... (...) Todo medicamento ele vem pra ajudar, mas como eu já tomo há 10, 11 anos, então o remédio também contribui pra própria fraqueza. Aqueles comprimidos que eu tomo todo dia ele combate o vírus, mas a gente sente que com o tempo ele pesa, faz um mal estar.” [Part. 8; 53 anos]

“Aí só é ruim na hora de tomar o remédio... (...) É, eu tenho que tomar com alguma coisa, eu tenho que tomar café, tenho que comer alguma coisa...” [Part. 10; 56 anos]

O uso correto da terapia anti-retroviral, em suas combinações variadas, tem contribuído para uma melhor Qualidade de Vida dos portadores do HIV, uma vez que favoreceu a permanência das pessoas no trabalho, reduziu o número de internações, bem como diminuiu o índice de óbitos (Shaw-Taylor & Andrulis, 1997; Oliveira, Saldanha

& Lima, 2008). Conforme demonstrado na sub-categoria perspectiva de **Saúde**, o uso da terapia anti-retroviral contribuiu para o aumento da esperança de vida e de poder alcançar uma cura para a doença. Todavia, o fato de ser “*ruim na hora de tomar o remédio*”, a quantidade de medicamentos a serem ingeridos e seus efeitos apresentaram-se como aspectos que dificulta a aderência ao tratamento no cotidiano. Assim, a vivência da com AIDS depois dos 50 anos caracteriza-se por vicissitudes que, se por um lado gera melhorias para algumas dimensões da vida, também gera ansiedade, demandando esforço contínuo na manutenção do tratamento. Remor (2002) em seu estudo com 80 pessoas que possuíam mais de 10 anos de sobrevivência ao vírus HIV, demonstrou que os efeitos colaterais decorrentes do tratamento com a terapia anti-retroviral contribuíram para níveis de ansiedade e depressão.

Efeitos colaterais dos medicamentos foram relatados, também, em um estudo de Souza e Shimma (2004) que demonstraram a ocorrência dos efeitos em 83,3% dos homens e 50% das mulheres. A lipodistrofia, por exemplo, causa impacto negativo na percepção corporal dos portadores do HIV (Benedict et al., 1998), sendo tal impacto potencializado nas pessoas com idade superior a 50 anos, as quais já sofrem diante do padrão de beleza vigente na sociedade com ênfase na juventude (Blessmann, 2004). Entretanto, mesmo com a presença de efeitos colaterais e dificuldades relacionadas ao medicamento, os participantes da pesquisa discorreram sobre sua adesão ao tratamento no sentido de seguir, corretamente, as recomendações dos profissionais de saúde.

“...eu estou com tanto comprimido... (...) ...eu não sei nem quantos são... (...) Assim, mas eu não me preocupo muito não, eu sempre mantenho a medicação porque já que eu tenho essa doença eu tenho que manter a medicação, sempre, já que estou com o vírus instalado eu tomo. (...) ...às vezes sucede de passar o horário uns dez minutos, aí eu penso assim ‘epa! O remédio’ mas eu sempre estou atento.” [Part. 4; 51 anos]

“No início, no meu tempo, isso não foi normal, tinha muita dificuldade sobre como lidar com a medicação, na hora de fazer uma viagem, usar o medicamento da terapia sem ninguém ver.” (...) Eu só tenho esse compromisso de tomar medicamento, também passo até quase um ano sem vir ao médico, e a médica briga direto comigo... [Part. 6; 56 anos]

“...desde o início que eu tomo os medicamentos... (...) ...eu tomo remédio de 7 da manhã e de 7 da noite. Eu tenho que botar o remédio na geladeira, daí se eu for botar na geladeira dos meus irmãos vixe nossa Senhora. (...) Aí eu disse pra doutora “oh doutora fica tão ruim de viajar com esses remédios de geladeira”. Aí ela disse agora vou passar a receita e pode ir pegar seus medicamentos que não será mais de geladeira. (...) Agora eu posso viajar pra qualquer canto, dormir e jantar em qualquer canto, ando com ele na bolsa.” [Part. 10; 56 anos]

Estudos (Gir, Vaichulonis & Oliveira, 2005) na literatura têm apontado para a maior aderência ao tratamento da AIDS por pessoas acima de 50 anos. No caso dos participantes da pesquisa, todos estavam fazendo uso da terapia anti-retroviral, embora tenham mencionado a dificuldade do uso da medicação durante períodos de viagem, em decorrência do medo de revelar seu diagnóstico para outras pessoas devido aos *“remédios de geladeira”*. O estudo desenvolvido por Melchior, Nemes, Alencar, e Buchalla (2007) com 34 pessoas soropositivas ao HIV apontou que *fatores sociais* como lazer e trabalho contribuem para uma adesão mais satisfatória ao tratamento, uma vez que os participantes relataram necessitar esconder a medicação diante de familiares e amigos, atrasando, assim, os horários de ingestão. Neste aspecto, Gir et al. (2005, p.635) ressaltam que *“...a adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta na qual o indivíduo não apenas obedece à orientação médica, mas segue, entende e concorda com a prescrição estabelecida pelo médico”*. Assim, sugere-se que a terapêutica anti-retroviral seja estabelecida em diálogo entre os profissionais de saúde, o indivíduo e, no

caso de adultos mais velhos que necessitam de cuidados no monitoramento da doença, com outras pessoas envolvidas no processo.

Por último, na categoria **Prevenção**, os homens não falaram sobre o assunto e, dentre as mulheres entrevistadas, apenas uma discorreu sobre o uso de preservativo em futuras relações sexuais, já que a contaminação pelo HIV decorreu do não uso do preservativo com o parceiro.

“Eu se tiver um negócio agora, tem que ter a camisinha, só com camisinha.” [Part. 10; 56 anos]

“E eu confiava, eu nunca usei camisinha não, eu não pensava isso. Porque lá minhas irmãs todinhas ninguém usa não, é tudo de lá, todos os maridos são de casa pra o trabalho, não sai fora coisa nenhuma, só faz trabalhar...(…) Aí todas três tem marido e todas confia. Nenhuma usa camisinha...” [Part. 10; 56 anos]

Como justificativa para o não uso da camisinha nas relações sexuais antes do diagnóstico, a participante fala sobre a “confiança” e sobre sua história de vida, pois tal atitude em relação à camisinha, assim como ela, também é apresentada por suas irmãs, já que *“os maridos são de casa pra o trabalho, não sai fora coisa nenhuma, só faz trabalhar...”*. Tal discurso aponta para a relação entre prevenção e construção social das relações de gênero (Carvalho & Picinini, 2008) que, segundo Saldanha (2003), o aumento de casos de AIDS entre mulheres tem demonstrado a existência dessa relação desde o início da epidemia.

Além do fato de pertencerem a uma geração em que o sexo, muito menos o uso da camisinha, não era discutido com clareza, mulheres acima de 50 anos apresentam-se mais vulneráveis ao HIV por considerar o não uso do preservativo como forma de demonstrar o amor e a confiança no parceiro. Subjacente a esta crença, estão pressupostos machistas que fundamentou, no decorrer da história, uma “cultura do

feminino” caracterizada pelo desconhecimento do corpo e da própria sexualidade, cujos tabus e preconceitos mostraram-se como estratégias de silêncio (Carvalho & Picinini, 2008). Por sua vez, o discurso científico da medicina sobre o corpo da mulher contribuiu para reforçar a idéia vigente de que a feminilidade compreenderia um conjunto de características corporais propícias à maternidade (Bonan, 2005), ou seja, o modelo de “mulher-mãe” definia a moral da mulher, bem como sua saúde física e mental (Rohden, 2002). Deste modo, atributos como “pureza”, “fragilidade”, “delicadeza” e “ingenuidade” eram enfatizados como necessário a uma mulher “ideal”. Para Carvalho e Picinini (2008, p.1896), “muitas mulheres, nos dias atuais, ainda fogem da antiga imagem da prostituta. Muitas delegam às outras, às promíscuas, os riscos de infecção. A partir daí, sentem-se protegidas, como se o risco de infecção fosse moral e não comportamental...”. Assim, verifica-se que as questões suscitadas pelo aumento dos casos de AIDS em pessoas acima de 50 anos apresentam-se como desafios para a prevenção em pessoas sem a soropositividade ao HIV, principalmente, quando se considera os aspectos relacionados à sexualidade na velhice e às relações de gênero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

E a vida?
“...sempre desejada, por mais que esteja errada.
Ninguém quer a morte. Só saúde e sorte.”
[Gonzaguinha]

A ocorrência da AIDS na vida destas pessoas mostrou-se como fator, após o diagnóstico, norteador da vivência cotidiana e influenciando a *Qualidade de Vida*. Embora, na escala, os participantes tenham apresentado índice geral de Qualidade de Vida satisfatório, verificou-se a vivência, por parte das pessoas, de sentimentos de angústia e solidão, bem como a existência de situações de discriminação. Tais resultados, não contradizem os índices da escala, mas aponta para o caráter subjetivo do construto que, para uma avaliação mais ampla do mesmo, um instrumento com respostas objetivas não abarcaria o aprofundamento das experiências vividas.

Considerando-se a dimensão subjetiva do construto, na avaliação da Qualidade de Vida se faz necessário enfatizar os atributos da vida valorizados pelas pessoas, tais como: conforto, senso de bem-estar, funcionamento físico, emocional e intelectual e a habilidade para participar de atividades. Desse modo, busca-se avaliar a experiência da doença, levando em conta não apenas medidas objetivas de gravidade da doença, mas, também, a percepção do paciente acerca dos sintomas, a maneira pela qual ele os comunica a outras pessoas, a experiência de não ser capaz de desempenhar suas atividades e as estratégias de enfrentamento no lidar com a doença.

Em comparação com a população geral, os participantes soropositivos ao HIV avaliaram mais positivamente o *Funcionamento Sensório* e a *Autonomia*, o que pode está relacionado com a diferença no valor atribuído às perdas entre a população geral e as pessoas que convivem com a AIDS. Assim, por exemplo, a redução nos sentidos da visão ou audição em pessoas HIV+ pode não significar muito diante do medo da morte

vivenciado por muitos deles. Em seus discursos, os participantes relatavam os problemas relacionados com a saúde, em detrimento do desejo de “olhar além”, resignificando a vida e valorizando as pequenas conquistas cotidianas como, por exemplo, ver o sol nascer no dia seguinte.

Os participantes com mais idade (igual ou superior a 56 anos), com maior tempo de diagnóstico ou que participava de ONG ou grupos de convivência avaliaram mais positivamente as *Atividades presentes, passadas e futuras*. Entre outros aspectos, chama-se a atenção para o baixo nível de ansiedade ou preocupação frente ao futuro das pessoas com mais idade, visto que subjacente a estes índices, conforme observado nos discursos, está a crença de que “o futuro já era”. Assim, “não pensar no amanhã” seria uma forma de reduzir a ansiedade, sendo tal redução potencializada, ainda mais, pela religiosidade, a qual foi verificada por meio de expressões como “será como Deus quiser”.

Além disso, é possível que o baixo nível de ansiedade frente ao futuro apresentado pelas pessoas com tempo de diagnóstico acima de 6 anos esteja relacionado com a confiança atribuída à terapia anti-retroviral, responsável pela sobrevivência destas pessoas e contribuindo para diminuir a ansiedade e, sobretudo, a sensação de morte iminente. Tais resultados também foram verificados no fator Morte e Morrer, demonstrando que as pessoas com mais idade, maior tempo de diagnóstico e participantes de ONGs ou grupos de convivência estavam menos preocupados com as questões da morte. Neste aspecto, há que se considerar a importância da *Participação Social* e do suporte social na melhoria da Qualidade de Vida dos participantes, principalmente, quando se considera o legado de preconceitos e estigmas associados à AIDS e às pessoas que convivem com a doença.

Na análise da Qualidade de Vida por fatores, o fator *Morte e Morrer* e *Intimidade* foram as dimensões mais prejudicadas da vida dessas pessoas, o que também foi verificado por meio dos discursos. Além do recorrente sentimento de morte, a vivência da intimidade na velhice, mediante o contexto da soropositividade ao HIV foi descrita como algo difícil, principalmente, em relação ao medo de ser rejeitado pelo parceiro após a revelação do diagnóstico. Assim, observou-se que o silêncio, em relação à soropositividade, além de sentimentos de rejeição, tornou o cotidiano comprometido pela instabilidade emocional e a grande sensibilidade às vicissitudes deste convívio.

Há que se considerar que na Escala WHOQOL-Old não houve diferenças nos fatores em razão do sexo. Todavia, nos discursos dos participantes as questões de gênero mostraram-se importantes, influenciando a Qualidade de Vida em aspectos diferentes para os homens e as mulheres. Por exemplo, “quedas de cabelo”, “magreza”, e “feiúra” foram aspectos físicos mencionados nos discursos das mulheres como causadores de preocupação, de vergonha diante de amigos e parentes e de sofrimento em decorrência da doença. Já os homens relataram a diminuição da “disposição física” como empecilhos para continuar trabalhando. Além disso, ao discorrerem sobre o contágio, as mulheres falam da culpa do parceiro e do sentimento de culpa por não terem se prevenido. Os homens, por sua vez, além do fato de apenas um falar sobre o contágio, o discurso foi caracterizado por conteúdos de vitimização, já que o contágio com o vírus ocorreu devido procedimentos cirúrgicos.

Antes mesmo do contágio com o HIV, a partir dos discursos dos participantes, verificou-se que a AIDS está vinculada com distintos tipos de vulnerabilidades quando se considera as questões de gênero, de renda, de níveis educacionais, de oportunidades de trabalho, de acesso aos bens materiais e simbólicos, entre outras. No que se refere ao

gênero, a lógica da frase “...sempre sobra pra mulher. Mas ninguém vai dar jeito...” só é possível numa compreensão mais ampla da vida cotidiana destas mulheres, dos discursos e lógicas que prevalecem no universo amoroso-reprodutivo-econômico subjetivado.

A emergência da AIDS depois dos 50 anos aponta para a dimensão ontológica da sexualidade, ou seja, enquanto característica humana que não se limita ao tempo e à idade, construindo-se no decorrer da trajetória existencial e perpassada pela dimensão sociocultural. Assim, a sexualidade, além de ser socialmente construída, modifica-se conforme a cultura e ao longo da história, envolvendo também a percepção do próprio ator social.

O caráter multidimensional da Qualidade de Vida aponta para a necessidade de se considerar, concomitante aos aspectos sócio-econômicos, a influência dos indicadores subjetivos na avaliação que as pessoas fazem sobre sua Qualidade de Vida. Assim, características próprias de cada indivíduo, como o suporte social, podem influenciar a forma como são percebidos e internalizados os eventos ocorridos. Além disso, a consideração da saúde mental, como a avaliação dos transtornos leves, é importante variável clínica para uma melhor avaliação da Qualidade de Vida. Desse modo, sugere-se a avaliação da relação existente entre o uso dos medicamentos antivirais e a saúde mental de pessoas com mais de 50 anos, o que não foi verificado neste estudo. Outra limitação, conforme demonstrado anteriormente, dizem respeito aos desvios padrão referentes aos índices de Qualidade de Vida dos participantes, os quais foram, relativamente, altos, indicando uma ampla variabilidade de respostas entre os participantes, ou seja, é possível que existam poucos participantes com índices elevadíssimos de Qualidade de Vida, em detrimento de outros com baixos índices.

Os dados apresentados não são conclusivos, mas sugerem-se outros estudos que contemplem a saúde mental dessas pessoas e suas estratégias de enfrentamento no lidar com a infecção pelo HIV. Ademais, aspectos intersubjetivos, como perda de papéis ocupacionais, doenças e perdas afetivas, devem ser considerados na avaliação da Qualidade de Vida na maturidade e velhice, bem como a adoção de critérios de natureza variada – biológica, psicológica e sociocultural –, visto que esses elementos estão relacionados com as potencialidades de saúde e de vida do idoso, podendo interferir ou não no seu processo saúde-doença.

O estudo sobre a Qualidade de Vida de pessoas na maturidade e velhice soropositivas para o HIV pauta-se na possibilidade de ampliar os estudos que contemplam esta população, contribuindo para melhor entendimento acerca da sexualidade na velhice e do próprio processo de envelhecimento, contemplando a dimensão psicossociológica. Assim, a utilização de medidas que avaliem Qualidade de Vida, considerando a perspectiva dos próprios idosos, pode contribuir para maior entendimento do que vem a ser viver com AIDS na velhice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, L. F. (2006). *Representações Sociais da velhice: um estudo comparativo entre idosos de Instituições de Longa Permanência e de Grupos de Convivência*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.
- Araújo, L. F., & Oliveira, J. S. C. (2008). A adoção de crianças no contexto da homoparentalidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(3), 40-51.
- Araújo, L. F., Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2005). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *Psico*, 36(2), 197-204.
- Araújo, L. F., Oliveira, J. S. C., Sousa, V. C., & Castanha, A. R. (2007). Adoção de crianças por casais homoafetivos: um estudo comparativo entre universitários de Direito e de Psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 19(2), 95-102.
- Aronson, E., Wilson, T. D., & Akert, R. M. (2002). *Psicologia Social* (3ª Ed.). Rio de Janeiro: LTC
- Ayres, J. R. C. M. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J. R. C. M., França Jr., I., & Calazans, G. J. (1997). AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. *II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS - IMS/UERJ - ABIA*, 20-37.
- Azevedo, R. L. W., Saldanha, A. A. W., & Silva, J. O preconceito no relato de profissionais do sexo: violência e estigmatização. Recuperado em 14 dezembro, 2008, de <http://www.aidscongress.net/pdf/349.pdf>
- Barbará, A., Sachetti, V. A. R., & Crepaldi, M. A. (2005). Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. *Interação em Psicologia*, 9(2), 331-339.
- Barbosa, L. M., & Sawyer, D. O. (2003). AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 20(2), 241-257.
- Barbosa, M. T. S., & Struchiner, C. J. (2002). The estimated magnitude of AIDS in Brazil: A delay correction applied to cases with lost dates. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1), 279-285.
- Barbosa, S. M. C. (2002). A Representação da Sexualidade e das Doenças Sexualmente Transmissíveis segundo as idosas da cidade de Olinda: estudo de caso no “Cais do Parto”. *Congresso Virtual de antropologia e arqueologia*. Recuperado em 05 setembro, 2007, de <http://www.antropologia.com.ar>

- Barenys, M. P. (1999). Reflexiones sociológicas sobre el envejecimiento de la población. *El Salario Social*, 1(1), 12-28.
- Barros, J. (1998). *Viver a morte – Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almedina.
- Bastos, F. I., & Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e Pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 65-76.
- Beauvoir, S. (1976). *A velhice: realidade incômoda*. (2ª Ed.). São Paulo: DIFEL.
- Benedict, S., Haight, B. K., & Johnson, M. (1998). Aids in older people: A literature review for clinical nursing research and practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, (4), 8-13.
- Biggar, H., Forehand, R., Devine, D., Brody, G., Armistead, L., Morse, E., & Simon, P. (1999). Women who are HIV infected: the role of religious activity in psychosocial adjustment. *Aids Care*, 11(1), 195-199.
- Blessmann, E. J. (2004). Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estud. interdiscip. envelhecimento*, 6(1), 21-39.
- Bochio, I. M. S., & Fortes, P. A. C. (2008). A influência da AIDS no processo de desenvolvimento organizacional das organizações não-governamentais: um estudo de caso sobre a Casa de Assistência Filadélfia. *Cad. Saúde Pública*, 24(11), 2541-2550.
- Bonan, C. (2005). Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. *Cad. Saúde Pública*, 21(2), 660-662.
- Bosi, E. (1983). *Memórias e sociedade: lembranças de velhos*. T. A. São Paulo: Quatroz.
- Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação nacional de DST/AIDS. *Portaria Nº 2314, de 20 de dezembro de 2002 - Norma Técnica - Incentivo HIV/AIDS e outras DST - n.º 01/2002*. Recuperado em 7 janeiro, 2009, de http://www.saude.rj.gov.br/Docs/Dstaidis/Port_2314_Norma_Tecnica.doc
- Brasil, Ministério da Saúde. (1999). *Política Nacional de Saúde do Idoso*. Portaria n.º 1.395, de 9 de dezembro de 1999. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 20-24.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2000). *Ativismo e Liderança*. Brasília: CNDST/AIDS.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2007). *Boletim Epidemiológico de DST/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil, Ministério da Saúde. (2008). *Boletim Epidemiológico AIDS - Ano V nº 1 - julho a dezembro de 2007/janeiro a junho de 2008*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasileiro, M., & Freitas, M. I. F. (2006). Representações Sociais sobre AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(5), Recuperado em 03 junho, 2008, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a22.pdf
- Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2001). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista Soc. Bras. Medicina Tropical*, 34(2), 207-217.
- Bulla, L. C., & Kaefer, C. A. (2003). Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 1(2), 1-8.
- Butin, N. G. (2002). *Finitude e Envelhecimento: Significados da Morte no Idoso Soropositivo*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo –SP, Brasil.
- Cairney, J., & Arnold, R., (1998). Socioeconomic position, lifestyle and health among Canadians aged 18 to 64: A multi-condition approach. *Canadian Journal of Public Health*, 89(1), 208-212.
- Camino, L., Silva, P., Machado, A., & Pereira, C. (2001). A face oculta do racismo no Brasil: uma análise psicossociológica. *Revista de Psicologia Política*, 1(1), 13-36.
- Cardoso, G. P., & Arruda, A. (2005). As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10(1), 151-162.
- Carrazzone, C. F. V., Brito, A. M., & Gomes, Y. M. (2004). Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. *Revista Brasileira Hematol. Hemoter*, 26(2), 93-98.
- Carvalho, C. M. L., & Galvão, M. T. G. (2008). Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. *Revista da Esc. Enferm USP*, 42(1), 90-97.
- Carvalho, C. M., Braga, V. A. B., & Galvão, M. T. (2004). AIDS e saúde mental: revisão bibliográfica. *DST–Jornal Brasileiro de Doenças Sex Transm*, 16(4), 50-55, 2004
- Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2008). Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(6), 1889-1898.
- Carvalho, F. T., Moraes, N. A., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad. Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033.

- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Ribeiro, C. G. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida em Soropositivos para o HIV. *Estudos de Psicologia Campinas*, 24(1), 23-31.
- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Oliveira, J. S. C. (2006). DST–Jornal Brasileiro de Doenças Sex Transmissíveis, 18(2), 100-107.
- Castro, M. P. (2007). *O viver com HIV/aids na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado da cidade de São Paulo*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Cloud, G. C., Browne, R., Salooja, N., & McLean, K. A. (2003). Newly diagnosed HIV infection in an octogerian: the elderly are not “immune”. *Age and ageing*, 32(3), 353-354.
- Coelho, A. B. (2006). *Representações Sociais de homens infectados pelo HIV acerca da AIDS*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola de Enfermagem da UFMG, Minas Gerais, Brasil.
- Colombrini, M. R. C. (2003). *Fatores preditivos para não-adesão ao tratamento com terapia anti-retroviral altamente eficaz nos casos de HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas-SP, Brasil.
- Colombrini, M. R. C., Figueiredo, R. M., & Paiva, M C. (2001). *Leito-Dia em AIDS: Uma experiência multiprofissional*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Contrera, W. F. (1998). *A AIDS no local de trabalho*. São Paulo: Programa Estadual de DST/Aids-SP.
- Contrera, W. F. (2000). *GAPAS: uma resposta comunitária à epidemia da AIDS no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Corrêa, A. C. O. (1996). *Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health.
- Covey, H. C. (1989). Perceptions and attitudes toward sexuality of the elderly during the middle ages. *Gerontologist*, 29(1), 93-100.
- Crook, J., Browne, G., Roberts, J., & Gafni, A. (2005) Impact of support services provided by a community-based aids-service organization on persons living with HIV/Aids. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 16(4), 39-49.
- Cruz, G. E. C. P. (2005). HIV/AIDS: um perfil epidemiológico de portadores idosos. Recuperado em 16 fevereiro, 2006, de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/AIDS1.htm>.

- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing Old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Cupertino, A. P. F. B., Rosa, F. H. M., & Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86.
- Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo: FAPESP.
- Devito, C., Hinkula, J., Kaul, R., Lopalco, L., Bwayo, J. J., Plummer, F., Clerici, M., Broliden, K. (2000). Mucosal and plasma IgA from HIV-exposed seronegative individuals neutralize a primary HIV-1 isolate. *AIDS*, 14(13), 1917-1920.
- Dias, A., Fonseca, S., Renca, P., & Silva, E. (2005). A infecção VIH/SIDA na população com + 50 anos: análise estatística da população com + 50 anos infectada em Portugal. In *VI Congresso Virtual HIV/AIDS*. Recuperado em 16 agosto, 2007, de http://www.AIDScongress.net/pdf/50_anos_abstract_233_comunic_266.pdf.
- Díaz, J. P. (2000). Envejecimiento poblacional y dependencia: Una perspectiva desde la necesidad de cuidados. *II Jornada Gerontológica: Recursos Asistenciales*, Pamplona.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diniz, A. R. F., Saldanha, A. A. W., & Araújo, L. F. (2006). A Ausência da Família no Cuidado ao Idoso Soropositivo para o HIV. In *VII Congresso Virtual HIV/AIDS*. Recuperado em 11 novembro, 2008, de <http://www.aidscongress.net/pdf/304.pdf>
- Endicott, J., Cohen, J., Nee, J., Fleiss, J., Sarantakos, S. (1981). Hamilton depression rating scale. *Arch Gen Psych*, 38(1), 98-103.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e Bem-estar Subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 11(1), 155-164.
- Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G.A., Brustolin, A., Rovera, G.G., Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch. Gerontol. Geriatr*, 35(1), 9-20.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R.J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal Urology*, 151(1), 54-61.
- Fernandes, C. (2005). *Análise do Discurso: reflexões introdutórias*. Goiânia: Trilhas Urbanas.

- Ferreira, R. C. M., & Figueiredo, M. A. C. (2006). A reinserção no mercado de trabalho: barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(4), 591-600.
- Figueiredo, M. A. C. (1993). Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26(3), 393-407.
- Figueiredo, M. C., & Ribeiro, D. F. (1996). A devolução do diagnóstico Anti-HIV positivo, sob o ponto de vista da pessoa contaminada (pp.167-168). In *Resumos da XXVI Reunião Anual da SBP*, Ribeirão Preto: SBP.
- Fleck, M. P. (2001). Avaliação de Qualidade de Vida. In: Fráguas, M. J., & Figueiró, J. A. B. *Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas* (pp. 33-43). São Paulo: Editora Atheneu.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2006). Development and validation of the Portuguese version of WHOQOL-Old. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 785-791.
- Fleck, M. P., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 446-455.
- Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. M., & Pinzon, V. (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 21-8.
- Fonseca, M. G., Francisco, I. B., Derrico, M., Andrade, C. L. T., Travassos, C., & Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 77-87.
- Foucault, M. (1987). *Arqueologia do saber*. (3ª Ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1990). *História da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Fry, P. H., Monteiro, S., Maio, M. C., Bastos, F. I., & Santos, R. V. (2007). AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 23(3), 497-507.
- Galvão, J. (2002). A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 213-219.
- Garrido, P. B., Paiva, V., Nascimento, V., L. V., Sousa, J. B., & Santos, N. J. S. (2007). AIDS, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Rev. Rev Saúde Pública*, 41(Supl. 2), 72-79.

- Gir, E., Vaichulonis, C. G., & Oliveira, M. D. (2005). Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13(5), 634-641.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Cristoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 320- 31.
- Glina, S., Santana, A. W., Azank, F., Mello, L. F., & Moreira, E. D. Jr. (2006). Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction are highly prevalent in ageing men. *BJU Int.* 97(4), 763-765.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56(8), 1617-1628.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V., & Andrade, P. R. (2003). The use of the GHQ-12 in a general population: a study of its construct validity. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 19(3), 241-248.
- Griffa, M. C., & Moreno, J. E. (2001) *Chaves para a psicologia do desenvolvimento: adolescência, vida adulta, velhice*. São Paulo: Paulinas.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13.
- Hedge B. (1991). Psychosocial aspects of HIV infection. *AIDS Care*, 3(1), 409-12.
- Henz, A. O., Maia, G. F., & Castro, G. D. (2006). Considerações sobre a constituição de um habitat para uma clínica com velhos institucionalizados. In *Anais da XIV Jornada de Jovens Pesquisadores da AUGM*. Recuperado em 12 janeiro, 2009, de www.cori.unicamp.br/jornadas/completos/UFSM/Consideracoes_para_a_constituicao.doc
- Holmes, W. C., & Shea, J. A. (1998). A new HIV/AIDS- Target Quality of life (HAT-Qol) instrument: development, reliability, and validity. *Med Care*, 36(1), 138-54.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (1998). *Pesquisa sobre Padrões de Vida: 1996-1997*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2002). *Relatório do Perfil dos Idosos responsáveis por domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2004). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Recuperado em 15 setembro, 2007, de www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/Trabalhoerendimento/pnad2004/
- Kaiser, F. E. (1996). Sexuality in the Elderly. *Geriatric Urology*, 23(1) 99-107.
- Kluber-Ross, E. (1997). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, EDART/Ed. USP.

- Kurita, G. P., & Pimenta, C. A. M. (2004). Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(3), 254-261.
- Lachman, M. E. (2004). Development in Midlife. *Annu. Rev. Psychol*, 55(1), 305-331
- Lisboa, M. E. S. (2006). A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/AIDS. In *VII Congresso Virtual HIV/AIDS*. Recuperado em 15 setembro, 2008, de http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=285
- Lopes, C. R. (2005). A epidemia mudou e o mundo também. *Radis - Comunicação em saúde*, 40(1), 10-16.
- Lotufo Neto, F. (2003) Religião, psicoterapia e saúde mental. In C. N. Abreu, (Org). *Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica* (pp. 289-301). Porto Alegre: Artmed.
- Machado, A. O. (2004). *Identidade e discriminação: um estudo realizado com homens e mulheres homossexuais*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil.
- Machado, C. Y. S. B., & Figueiredo, M. C. (2007). Vulnerabilidade feminina: um estudo sobre relatos de mulheres vitimadas, no contexto da feminilização do contágio por HIV/AIDS. Recuperado em 12 dezembro, 2008, de <http://www.aidscongress.net/pdf/316.pdf>
- Madariaga, A. V. (2001). *Envejecimiento Y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Malbergier, A., & Schoffel, A. C. (2001). Treatment of depression in HIV- infected individuals. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 160-167.
- Malbergier, A. (2000). *AIDS e Psiquiatria – Um guia para os profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Marins, J. R., Barros, M. B., Machado, H., Chen, S., Jamal, L. F., & Hearst, N. (2005). Characteristics and survival of AIDS patients with hepatitis C: the Brazilian National Cohort of 1995-1996. *AIDS*, 19(4), 27-30.
- Melchior, R., Nemes, M. I. B., Alencar, T. M. D., & Buchalla, C. M. (2007). Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 41(2), 87-93.
- Minayo, M. C. S. (2000). *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (7ª Ed.). São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.

- Minayo, M. C. de S. (2004). *Violência contra idoso: o avesso do respeito à experiência e à soberania*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Minois, G. (1987). *Historia de la vejezz. De la Antiguidad al renacimiento*. Madrid: Nerea.
- Moreira Jr, E. D., Lobo, C. F. L., Villa, M., Nicolosi, A., & Glasser, D. B. (2002). Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Salvador, Northeastern Brazil: a population-based study. *Internation Journal of Impotence Research*, 14(2), 3-9.
- Moura, L., & Jacquemin, A. (1991). Aspectos psicossociais da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Rev. Saúde Pública*, 25(2), 159-162.
- Ncama, B. P., McInerney, P. A., Bhengu, B. R., Corless, I. B., Wantland, D. J., Nicholas, P. K., McGibbon, C. A., & Davis, S. M. (2008). Social support and medication adherence in HIV disease in KwaZulu-Natal, South Africa. *International Journal of Nursing Studies*, 1(1), 1-7.
- Nemes, M. I. B., Castanheira, E. R. L., Melchior, R., Alves, M. T. S. S. B., & Basso, C. R. (2004). Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 310-321.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de Vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2001). *Maturidade e Velhice*. Campinas: Papirus Editora.
- Neri, A. L. (2004). Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. *Psico-USF*, 9(1), 109-110.
- Neri, A. L., Born, T., Grespan, S. M., & Medeiros, S. L. (2006). Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. In Diogo, M. J. D., Neri, A. L., & Cachioni, M. *Saúde e Qualidade de Vida na velhice* (pp. 11-38). Campinas – SP: Editora Alínes.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, I. C. V., Araújo, L. F., & Saldanha, A. A. W. (2006). Percepções dos profissionais de saúde acerca da AIDS na velhice. *DST – Jornal brasileiro de Doenças Sex Transmissíveis*, 18(2), 143-147.
- Oliveira, J. B., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 2 (22), 355-367

- Oliveira, M. T. C., Barreira, D., Santos, L. C. O., & Latorre, M. R. D. O. (2004). A subnotificação de casos de AIDS em municípios brasileiros selecionados: uma aplicação do método de captura-recaptura. *Boletim Epidemiológico - AIDS e DST - 01ª - 26ª semanas epidemiológicas de janeiro a junho de 2004*, 1(1), 1-48.
- Oliveira, J. S. C., Saldanha, A. A. W., & Lima, F. L. A. (2008). Qualidade de Vida em pessoas com mais de 50 anos HIV+: um estudo comparativo com a população geral. *DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, no prelo.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (1994). *Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (2002). *Salud e envejecimiento: un documento para del debate*. Madrid: OMS.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde* (S. Gontijo, Trad). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *WHOQOL-OLD – Manual*. Recuperado em 07 setembro, 2007, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-old.html>
- Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. (2002). *A Saúde no Brasil-2002*. Recuperado em 03 outubro, 2007, de www.opas.org.br/informacao/UploadArq/versao_fev_2003.pdf
- Orlandi, E. P. (2005). *Análise do Discurso: princípios & procedimentos*. (6ª Ed.) São Paulo: Pontes, 2005.
- Ortega, F. (2004). Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface (Botucatu) - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 9-20.
- Paiva, V., Latorre, M. R., Gravato, N., Lacerda, R., & Initiative-Brazil, E. C. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 18(6), 1609-1619.
- Parker, R., Camargo, Jr., K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saúde Pública*, 16(1), 89-102.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C., C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., P. S. E., Priore, S. E., & Cecon, P. R.. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a Qualidade de Vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 28(1), 27-38.
- Pereira, R. S., Curioni, C. C., & Veras, R. (2003). Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos Envelhecimento*, 6(1), 43-59.

- Pimenta, M. C., & Terto Júnior, V. (2002). As Ações Brasileiras de Combate ao HIV/AIDS e o Mundo do Trabalho. In Organização Internacional do Trabalho. *HIV/AIDS no mundo do trabalho: as ações e a legislação brasileira* (pp. 14-37). Brasília: OIT.
- Potts, A., Grace, V., Gave, N., & Vares, T. (2004). "Viagra stories": challenging "erectile dysfunction". *Social Science & Medicine*, 59(1), 489-499.
- Provinciali, R. M. (2005). *O convívio com HIV/AIDS em pessoas da terceira idade e suas representações: vulnerabilidade e enfrentamento*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Rasmussen, C., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychological maturity. *Journal of Psychology*, 130(2), 141-144.
- Remor, E. A. (2002). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 18 (3), 283-287.
- Ribeiro, P. M. (1997). *Telenovelas and the sexuality transition among teenagers in Brazil*. Tese de Doutorado não-publicada, The University of Texas, Texas, Austin.
- Ribeiro, C. G., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Azevedo, R. L. V. (2006). Concepção da AIDS: o que pensam os profissionais e os pacientes? *DST – Jornal brasileiro de Doenças Sex Transmissíveis*, 18(3), 185 -189.
- Risman, A. (2005). Sexualidade e Terceira Idade: uma visão histórico-cultural. *Textos Envelhecimento*, 8 (1). Recuperado em 27 agosto, 2007. De http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1517-59282005000100006&lng=pt&nrm=iso
- Rodrigues, R. J. (2008). *Maturidade, revisão de vida e biografia humana: possíveis articulações para uma intervenção no curso da vida*. Recuperado em 01 maio, 2008, de www.pospsicologia.ufjf.br/trabalhos/maturidade_cursovida.pdf
- Rohden, F. (2002). Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horiz. antropol.* 8(17),101-125.
- Ruffino, A. N. (1992). Qualidade de Vida: compromisso histórico da epidemiologia. *Saúde em Debate*, 35, 63-70.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, 57(1), 316-31.
- Sadala, M. L. A., & Marques, S. A. (2006). Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 22(11), 2369-2378.

- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável*. Tese de Doutorado não-publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Saldanha, A. A. W., & Araújo, L. F. (2006). A AIDS na Terceira Idade na Perspectiva dos Idosos, Cuidadores e Profissionais de saúde. *VII Congresso Virtual HIV/AIDS - O VIH/SIDA na Criança e no Idoso*, 1(1), 14-19.
- Saldanha, A. A. W., & Figueiredo, M. A. C. (2003) Gênero, Relações Afetivas e AIDS no Cotidiano da Mulher Soropositiva. Recuperado em 2 janeiro, 2009, de <http://www.aidscongress.net/pdf/194.pdf>
- Saldanha, A. A. W., Coutinho, M. P. L., Ribeiro, C. G., & Araújo, L. F. (2005). A Qualidade de Vida de Soropositivos para o HIV após duas Décadas da Terapia Anti-retroviral. In *VI Congresso Virtual HIV/AIDS*. Recuperado em 5 janeiro, 2009, de http://www.aidscongress.net/pdf/duas_decadas_abstract_217_comunic_251.pdf
- Saldanha, A. A. W., Figueiredo, M. A. C., & Coutinho, M. P. L. (2004). Atendimento Psicossocial à AIDS: a busca pelas questões subjetivas. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(3), 84-91.
- Santos, N. J. S., Buchalla, C. M., Fillipe, E. V., Bugamelli, L., Garcia, S., & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev. Saúde Pública*, 36(4), 12-23.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de Vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764.
- Savasta, A. M. (2004). HIV: Associated transmission risks in older adults – An integrative review of the literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(1), 50-59.
- Schrimshaw, E. W. (2003). Perceived Barriers to Social Support Family and Friends among Older Adults with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 8(6), 738-752.
- Schuttinga, J. A. (1995). Quality of life from a federal regulatory perspective. In Dimsdale, J. E., & Baum, A. *Quality of life in behavioral medicine research* (pp. 31-42). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Publica*, 20(2), 580-588.

- Seidl, E. M. F., Zannon, M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Shaw-Taylor, Y., & Andrulis, D. (1997). AIDS in the developed world: Implications for the provision and financing of care. *AIDS*, 11(1), 1305-1309.
- Silva, J., Fontes, K. S., Saldanha, A. A. W., & Araújo, L. F. (2008). AIDS , Estigma e Preconceito: a percepção da Terceira Idade. In *IX Congresso Virtual de HIV/AIDS*. Recuperado 3 janeiro, 2009, de <http://www.aidscongress.net/pdf/383.pdf>
- Silva, J., Medeiros, B., & Saldanha, A. A. W. (2008). “Morte e Morrer” e Qualidade de Vida: a influência da participação social e da religiosidade na sobrevivência de pessoas acima de 50 anos HIV+. In *IX Congresso Virtual de HIV/AIDS*. Recuperado em 29 dezembro, 2008, de <http://www.aidscongress.net/pdf/374.pdf>
- Silva, L. R. F. (2008). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Hist. Cienc. Saúde –Manguinhos*, 15(1), 155-168.
- Silva, L., & Paiva, M. S. (2006). Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In *VII Congresso Virtual HIV/AIDS*. Recuperado em 23 outubro, 2007, de <http://www.aidscongress.net/pdf/308.pdf>
- Silva, M. (2005). O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento*, 8(1). Recuperado em 01 setembro, 2007, de www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso
- Silva, T. T. (2000). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes.
- Silveira, E. A. A., & Carvalho, A. M. P. (2003). Vínculos afetivos na vida adulta: o visitante do paciente com AIDS. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 15(4), 33-39.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 13(2), 381-388.
- Siqueira, R. L., Botelho, M. I. V., & Coelho, F. M. G. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciênc. saúde coletiva*, 7 (4), 899-906.
- Sorlie, P. D., Backlund, E., & Keller, J. B. (1995). US mortality by economic, demographic, and social characteristics: The National Longitudinal Mortality Study. *American Journal of Public Health*, 85(1), 949-956.
- Sousa, V. C., Saldanha, A. A. W., & Araújo, L. F. (2006). Viver com AIDS na Terceira Idade (pp. 1-16). In *VII Congresso Virtual HIV/AIDS*. Recuperado em 01 setembro, 2007, de www.aidscongress.net/pdf/50_anos_abstract_233_comunic_266.pdf

- Souza, T. R. C., & Shimma, E. (2004). Os lutos da AIDS. *Jornal Brasileiro de AIDS*, 5(4), 145-188.
- Souza, Z., & Leite, J. L. (2002). AIDS e Envelhecimento: reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos. In: *Anais das III e IV Jornadas Científicas do CMS Waldyr Franco*. Rio de Janeiro:UFRJ.
- Szwarcwald, C. L., Bastos, F. I., Esteves, M. A., & Andrade, C. L. T. (2000). A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1),7-19.
- tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 283-287.
- Truelsen, T., Bonita, R., & Jamrozik, K. (2001). Surveillance of stroke: A global perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(1), 11-12.
- UNAIDS & Inter Parliamentary Union. (2000). *Compêndio para legisladores sobre HIV/AIDS, legislação e Direitos Humano: ação para combater o HIV/AIDS em virtude do seu impacto devastador sobre os aspectos humano, econômico e social* (Trad. Célia Leal da Costa Genovez). Brasília: UNESCO.
- UNAIDS. (2002). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Constructions of Core Indicators*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. (2005). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Constructions of Core Indicators*. Geneva: UNAIDS.
- Vasconcellos,D., Novo,R. F., Castro,O. P., Vion-Dury,K., A., Couto,M. C. P. P., Colomby,P., & Giami,A. (2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Estud. psicol. (Natal)*, 9(3), 413-419.
- Vilella, W. (2003). Interdisciplinaridade coma palavra. In *Reflexões sobre assistência à AIDS: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade* (pp.26-31). Recuperado 5 janeiro, 2009, de www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20assistencia03.pdf
- WHOQOL-OLD Group - Organização Mundial de Saúde – OMS. (2005). *WHOQOL-OLD – Manual*. Recuperado em 07 setembro, 2007, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-old.html>
- WHOQOL-SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*, 62(1),1486-1497.