



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

SIDA NA PESSOA IDOSA

Marta Regina Soares Assunção

Mestrado em Gerontologia Social

Faro, 2011



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

SIDA NA PESSOA IDOSA

Trabalho realizado para a obtenção do grau de mestre em Gerontologia
Social, orientado pela:
Professora Doutora Helena Maria Guerreiro José

Marta Regina Soares Assunção

Mestrado em Gerontologia Social

Faro, 2011

AGRADECIMENTOS

*Dedico este trabalho e agradeço pela presença,
carinho, ânimo, disponibilidade, acompanhamento,
dedicação, ajuda e participação a todos estes que,
como este laço abraça a causa da SIDA,
me abraçaram em mais um desafio da minha vida.*



*«A velhice é um direito com que nascemos e que, como tal, deve ser garantida,
usufruída e respeitada»*

(Carvalho, 2002, p. 8)

RESUMO

O incremento do número de pessoas idosas e a tendência crescente de casos notificados de infecção por VIH, em pessoas com mais de 50 anos, associados à SIDA enquanto doença que ultrapassa a esfera da saúde, constituindo um fenómeno social, justificam a questão: **“Como é experienciada a seropositividade na pessoa idosa?”**.

Com o intuito de compreender esta importante questão, na perspectiva das pessoas seropositivas, desenvolveu-se um estudo descritivo, de natureza indutiva, assente no paradigma naturalista.

O referencial teórico e metodológico no qual se baseou este estudo assentou, essencialmente, nas ideias defendidas por Francisco Antunes, Carol Green-Nigro, Maria Teresa Araújo, Marie-Fabienne Fortin e Laurence Bardin, assim como, nos dados da *World Health Organization* e do *Centers for Diseases Control and Prevention*.

A recolha de dados desenrolou-se através da entrevista aberta, a seis sujeitos idosos seropositivos, de ambos os sexos, seleccionados de modo intencional, clientes da consulta de VIH/SIDA de um hospital da região do Algarve.

A análise indutiva dos dados baseou-se na análise de conteúdo do *verbatim* das entrevistas. Emergiram três categorias principais: “Revelação”, “Conhecimento” e “Sentimentos experienciados”, que convergem no tema central “Experiência de VIH/SIDA na pessoa idosa”.

Os achados apontam para uma população idosa seropositiva que conhece a doença e a encara como crónica. A sexualidade é apontada como a principal via de infecção e, como o foco onde devem incidir as acções de educação para a saúde. A revelação da seropositividade é cuidadosamente ponderada pelo idoso, visto que influencia a qualidade do suporte, bem como, a vivência de sentimentos de discriminação.

Palavras-chave: VIH / SIDA / Pessoa Idosa / Revelação/ Sexualidade

ABSTRACT

The increasing number of elderly people and the uprising tendency for HIV infection reports in people over 50 years old, as well as the fact that AIDS is a disease that transcends its simple health matters, becoming a social phenomenon, justify the question: **“How do elderly people experience being HIV positive?”**

With the intent to understand this important matter from the perspective of the HIV positive people, a descriptive study of inductive nature, based on the naturalistic paradigm was conducted.

The theoretical and methodological references for this study were mainly based on the ideas from Francisco Antunes, Carol Green-Nigro, Maria Teresa Araújo, Marie-Fabienne Fortin and Laurence Bardin, as well as in the available data from the World Health Organization and the Center for Disease Control and Prevention.

The data collection was made by open interview to six elderly and HIV positive subjects of both genders, selected intentionally from the elements attending the HIV/AIDS consult of a hospital in the Algarve region.

The inductive data analysis was based on the content analysis of *verbatim* explanations from the interviews. Three major categories emerged: “Revelation”, “Acknowledgement” and “Experienced feelings” that converge to the central theme “Experience of HIV positive status in the elderly”.

The findings point towards an elderly HIV positive population who know the disease and face it as chronic. Sexuality is pointed out as the main infection vehicle, thus being the area in which to focus future health educational interventions. The revelation of the HIV positive status is carefully weighed by the elderly since it influences the quality of support, as well as the experience of discriminatory feelings.

Keywords: HIV / AIDS / Elderly / Revelation / Sexuality

ACRÓNIMOS

APA – *American Psychological Association*

CDC – *Centers for Diseases Control and Prevention*

CVEDT – Comissão de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis

DGS – Direcção Geral de Saúde

E.P.E.- Entidade Publica Empresarial

ESEC – Escola Superior de Educação e Comunicação

ESGHT – Escola Superior de Gestão Hotelaria e Turismo

ESSUALG – Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve

Fig. - Figura

HAART – *Highly Active AntiRetroviral Treatment, terapêutica antirretroviral altamente eficaz.*

H.F. – Hospital de Faro

OMS – Organização Mundial de Saúde

ARN – Ácido Ribonucleico

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UALG – Universidade do Algarve

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO, CONCEPTUAL E EMPÍRICO	14
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	15
1.1. INFECÇÃO PELO VIH NO IDOSO	15
1.2. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA INFECÇÃO PELO VIH NA PESSOA IDOSA.....	19
1.2.1. Sexualidade e sexo na pessoa idosa	21
1.3. REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA SIDA.....	25
1.4. O SUPORTE E O CUIDADO À PESSOA IDOSA SEROPOSITIVA.....	27
1.5. CONCEITOS CENTRAIS.....	30
2. ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	34
PARTE 2: PERCURSO METODOLÓGICO	46
3. METODOLOGIA	47
3.1. TIPO DE ESTUDO	48
3.2. PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS.....	49
3.2.1. Acesso ao Campo	50
3.2.2. Selecção dos participantes.....	50
3.2.3. Recolha de Dados.....	52
3.3. PROCEDIMENTOS NA ANÁLISE DE DADOS	55
3.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	58
3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	59
PARTE 3: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS.....	61
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS	62

4.1. EXPERIÊNCIA DE VIH/SIDA NA PESSOA IDOSA.....	63
4.1.1. Categoria – Revelação.....	63
4.1.1.1. Sub categoria – Suporte.....	65
4.1.2. Categoria – Conhecimento	69
4.1.2.1. Sub categoria – Vias de infecção.....	70
4.1.2.1.1. Sub sub categoria - Sexualidade.....	72
4.1.2.2. Sub categoria – Doença crónica	76
4.1.3. Categoria - Sentimentos experienciados	80
4.1.3.1. Sub categoria - Projectos futuros.....	85
5. CONCLUSÕES	88
6. REFERÊNCIAS.....	92

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Fig.1 - Mapa conceptual referente à tematica em estudo: experiência da seropositividade na pessoa idosa	44
Fig. 2 – Organograma das categorias, resultantes da análise	63
Tabela 1 – Descrição dos 11 estudos empíricos que constituem a revisão sistemática da literatura	37
Tabela 2 – Características dos participantes do estudo.....	51

INTRODUÇÃO

A realização de trabalhos e investigações, nas diversas áreas que envolvem o idoso, têm-se revelado, na sociedade actual, extremamente pertinentes, tendo em conta o aumento significativo da população idosa, como consequência das baixas taxas de natalidade e de mortalidade, bem como a inerente necessidade de estudar este fenómeno nas suas diversas dimensões.

Envelhecer tem sido associado à ocorrência de várias patologias crónicas, que influenciam o modo de viver o processo de envelhecimento. A infecção por VIH/SIDA surge, neste contexto, como uma doença crónica não específica das pessoas idosas, mas que, na actualidade, as tem vindo a afectar. Neste sentido, a infecção VIH/SIDA continua a crescer no mundo nas várias faixas etárias revelando, ano após ano, números cada vez mais alarmantes. Actualmente, tem vindo a ser demonstrado que as pessoas idosas são o grupo etário onde se verifica o maior aumento da incidência desta infecção, nos países desenvolvidos (Dias, Fonseca, Renca, & Silva, 2005).

A “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” (SIDA) caracteriza-se por ser uma doença viral, infecciosa, crónica e fatal (até ao momento não tem cura), evidenciando diversas manifestações clínicas, inerentes à penetração do VIH (vírus da imunodeficiência humana) no organismo e provocando uma disfunção do sistema imunitário, que torna o indivíduo mais vulnerável a todo o tipo de infecções (Guerra, 1998).

Esta problemática não se restringe ao domínio da saúde, sendo um fenómeno social, duplamente estigmatizante, com grande impacto psicológico, bem como nos princípios morais, religiosos e éticos, essencialmente porque tem implícitas noções de doença incurável, morte prematura e práticas sexuais diversas.

A percepção que a pessoa tem sobre a sua doença está relacionada com o grau de compreensão sobre o assunto e é influenciada por diversos factores como idade, sexo, nível socioeconómico, cultural e natureza dos problemas de saúde. A construção desta percepção está associada com a representação cognitiva da doença e influencia o modo

como as pessoas vivem a sua doença, nomeadamente, em termos de prevenção e tratamento.

Na vivência do processo de envelhecimento, concomitante com a existência de doença crónica, o idoso pode sentir necessidades de suporte em diversos sectores, nomeadamente no âmbito financeiro, ajudas técnicas, ajudas de saúde (nas quais se podem incluir a psicológica), bem como, familiar e social.

Neste contexto, a realização desta investigação surgiu no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social e constituirá o trabalho final necessário para a obtenção do grau de Mestre.

Assim, após uma reflexão sobre os interesses próprios, o diálogo com alguns colegas de trabalho, com os médicos responsáveis pela consulta de VIH/SIDA e com a orientadora, chegou-se à escolha do tema: “SIDA nas pessoas idosas”, desenvolvendo-se a investigação a partir da seguinte questão: “Como é experienciada a seropositividade na Pessoa Idosa?”.

A tentativa de encontrar resposta a esta questão prendeu-se não só pelo desejo pessoal em estudar este assunto, visto que se verifica na prática profissional o cuidar com este tipo de população, mas, também, pelo impacto social que a infecção por VIH tem vindo a ter a nível mundial e, em particular, em Portugal e, ainda, pela expressão crescente que se tem verificado deste fenómeno na população idosa, cerne dos estudos gerontológicos.

Assim sendo e, tendo por base estes aspectos, a escolha desta temática emerge ainda do desejo em atingir uma prestação de cuidados mais adequada às pessoas idosas, muito em particular às infectadas pelo VIH, sobretudo no que respeita ao desenvolvimento de estratégias de promoção e educação para a saúde.

Importa salientar que a descrição das necessidades de suporte sentidas pelas pessoas idosas com VIH/SIDA, surge pela vontade de alertar a sociedade, nomeadamente os decisores políticos, para que se possam criar meios e estruturas que se adequem a estas pessoas.

Actualmente, os programas de prevenção da infecção por VIH são centrados nos adultos-jovens e têm por base o conhecimento que existe acerca dos aspectos que modulam os seus comportamentos sexuais e alertam para a vulnerabilidade destes grupos etários à infecção pelo VIH. Deste modo, parece útil obter o olhar das pessoas

idosas, grupo no qual a incidência tem vindo a aumentar, lembrando que estas são sexualmente activas, apresentando, não raras vezes, necessidades de suporte (das quais se salientam a educação para a saúde).

Assim, estudar esta problemática parece bastante relevante, na medida em que, a seropositividade, na população idosa, acarreta problemas, não só de ordem da saúde pública (transmissão da infecção), mas acima de tudo de ordem social (mais necessidades de suporte, maior isolamento, entre outras).

A selecção de utentes idosos da consulta VIH/SIDA, da consulta externa de um hospital da região do Algarve, para participantes nesta investigação, deveu-se sobretudo ao facto de se pretender compreender a experiência da seropositividade na pessoa idosa, na sua própria perspectiva, de modo a ser passível estudar o fenómeno na primeira pessoa. Não foram seleccionadas as pessoas idosas do contexto de internamento por ser muito variável a sua ocorrência, bem como por, muitas vezes, o estado físico e psicológico do idoso infectado, em contexto de internamento, poder não estar de acordo com aquele que é pretendido para realizar uma entrevista.

Neste enquadramento, o objectivo geral do estudo é compreender como é experienciada a seropositividade na pessoa idosa.

Deste, emergem alguns objectivos específicos:

- Descrever o conceito de infecção por VIH na óptica do idoso infectado;
- Conhecer os sentimentos experienciados pela pessoa idosa seropositiva;
- Perceber se o quotidiano foi afectado, bem como, as relações familiares e sociais do idoso após o diagnóstico de VIH/SIDA;
- Propor estratégias de actuação dos profissionais de saúde face o fenómeno do VIH/SIDA nas pessoas idosas;
- Alertar os órgãos decisores para a implementação/adequação de estratégias que melhor sirvam as pessoas idosas infectadas pelo VIH, através da divulgação dos resultados.

Tendo em conta a questão de pesquisa anteriormente mencionada, optou-se por desenvolver um estudo descritivo, de natureza indutiva. Para proceder à recolha de dados, realizaram-se entrevistas não estruturadas, a pessoas idosas utentes da consulta VIH/SIDA, no serviço de consulta externa de um hospital da região do Algarve. A

análise do *verbatim* obtido das entrevistas, foi efectuada através da análise de conteúdo, de acordo com a descrição de Giorgi (1985, citado em Streubert & Carpenter, 2002).

Para a elaboração deste trabalho recorreu-se à pesquisa em diversos motores de busca da internet, bem como, pesquisa bibliográfica nas Bibliotecas da UALG, (Central, ESSUALG, ESEC) e Biblioteca Municipal de Faro.

No que concerne à organização, apresentação e referências bibliográficas foram usadas as normas definidas pela *American Psychological Association* (APA), que permitiram uma estruturação lógica dos conteúdos abordados e uma referenciação dos autores/obras pesquisadas internacionalmente reconhecida e aceite.

Este trabalho está estruturado em três partes principais. Inicialmente é feita uma abordagem teórica, conceptual e empírica ao tema em estudo, seguidamente é apresentado o percurso metodológico e, na terceira parte são descritos, analisados e discutidos os achados. Assim, na primeira parte, é referida a infecção por VIH na pessoa idosa e os aspectos psicossociais a ela inerentes, referida a sexualidade e o sexo na pessoa idosa, feita uma abordagem às representações da doença e componentes associadas à sua percepção e, ainda, construída uma alusão às necessidades de suporte sentidas pelas pessoas idosas, bem como ao papel dos cuidadores. São definidos os conceitos centrais que envolvem a temática em estudo e, no enquadramento empírico, salientam-se os onze estudos que emergiram da Revisão Sistemática da Literatura efectuada.

No enquadramento metodológico do estudo, referencia-se o tipo de estudo, procedimentos na recolha e análise de dados. Neste inserem-se, ainda, as limitações do estudo, bem como, as considerações éticas.

O presente documento termina com as conclusões e as referências bibliográficas. No decurso do texto, os termos pessoa idosa e idoso são usados sem significados distintos, sendo que, no contexto deste estudo, se considera idosa a pessoa com 65 ou mais anos.

**PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO, CONCEPTUAL
E EMPÍRICO**

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo pretende-se esclarecer a temática implícita neste estudo, explorando os aspectos inerentes à infecção pelo VIH/ SIDA, na pessoa idosa, de acordo com o referencial teórico. Salientam-se algumas noções acerca dos aspectos psicossociais inerentes a esta problemática, bem como, das representações da doença, referindo, também, os principais tipos de suporte e o cuidado com população idosa, essencialmente focados no apoio social e de saúde. Definem-se, ainda, os conceitos centrais que envolvem o tema em estudo.

1.1. INFECÇÃO PELO VIH NO IDOSO

O VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) foi identificado como o agente responsável pela SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em 1983. Embora esta tenha sido identificada pela primeira vez, nos Estados Unidos da América, em 1981, desde então a incidência desta infecção tem vindo a aumentar em todo o mundo (Green-Nigro, 2003). De acordo com dados da *World Health Organization* (WHO, 2007), 33 milhões de pessoas vivem com VIH, sendo de ressaltar que estudos efectuados revelam que nos últimos anos e nos países desenvolvidos os idosos são o grupo etário onde se verifica o maior crescimento da taxa de incidência (Casau citado em Dias, Fonseca, Renca, & Silva, 2005).

Segundo, Green-Nigro (2003), nos países industrializados, a SIDA foi constatada, numa primeira fase, em grupos com comportamentos comuns, nomeadamente a homossexualidade sendo que, posteriormente, a doença se manifestou em pessoas previamente transfundidas (com sangue ou derivados), em indivíduos que consumiam drogas injectáveis e em crianças filhas de mães infectadas.

São vários os factores que podem estar associados à rápida progressão da infecção pelo VIH, de onde se destacam a crescente mobilidade das pessoas, que viabiliza a disseminação de doenças que têm na sua génese comportamentos; a descoberta de novos fármacos, que podem transmitir uma ideia ilusória de que as infecções de transmissão sexual têm tratamento e cura, a mudança de estilos de vida,

nomeadamente no que respeita à contracepção hormonal, que dissociaram a relação sexual da sua função reprodutiva (Araújo, 2005).

De um modo sucinto, Green-Nigro (2003) afirma que o VIH é o agente causal da SIDA, e que esta se traduz no organismo por um comprometimento da capacidade de combater várias infecções e determinados tipos de neoplasia, ou seja, por uma disfunção do sistema imunitário, através da integração do vírus nas células CD4 (glicoproteínas que pertencem à superfamília das imunoglobulinas, que funcionalmente intervêm nas interacções que dão início à activação das células T). Assim, fala-se em SIDA, como sendo o último estágio da doença, em que se verifica a existência de infecções oportunistas e baixa contagem de células CD4 (Azevedo-Pereira, 2008).

O VIH pertence a um invulgar grupo de vírus chamado retrovírus (que modifica a composição genética das células que infecta e as destrói posteriormente) e à subfamília dos lentivírus (assim denominados, porque são lentos para causar doença), no entanto, a sua origem ainda não é totalmente conhecida, havendo fortes suspeitas que esta possa estar relacionada com um tipo de retrovírus encontrado em primatas (SIV, Símio Vírus da Imunodeficiência) (WHO, 2009).

Existem dois tipos de vírus: o VIH 1, que é o mais comum, encontrado em todo o mundo, e o VIH 2 encontrado principalmente na África Ocidental (WHO, 2009), com expressão em países da Europa (Portugal, Reino Unido, França e Bélgica) (Araújo, 2005).

O VIH 1 e o VIH 2 morrem facilmente fora do corpo humano, pelo que só podem ser transmitidos de pessoa para pessoa quer através de troca de sangue ou fluidos corporais, ou de mãe para filho (WHO, 2009).

Na actualidade, a SIDA não é associada aos grupos, em que foi inicialmente identificada, sendo observável a sua rápida expansão à população em geral (Araújo, 2005). Assim, para Araújo (2005), não se podem considerar de risco as pessoas que pertencem a determinado grupo, mas sim todas aquelas que têm comportamentos de risco como: a prática sexual desprotegida (sem preservativo), a partilha de materiais usados na preparação de drogas injectáveis e a recepção de transfusões (de sangue ou derivados) não analisadas, embora esta última não possa ser considerada, na actualidade, fonte significativa de infecção (Green-Nigro, 2003).

O diagnóstico da infecção por VIH é estabelecido através da análise laboratorial e o método de análise mais usado é o ensaio de imunoabsorção por ligação enzimática (ELISA) (Green-Nigro, 2003). Este é um teste específico para a pesquisa de anticorpos VIH, com uma sensibilidade de 93,4 a 99,6%, a análise positiva, com este método, implica a sua confirmação pelo teste de Western blot (Green-Nigro, 2003).

Considerando o período que medeia a formação de anticorpos, detectáveis analiticamente (“período janela”), pode afirmar-se que a confirmação analítica da seropositividade, para o VIH, implica que seja considerado o tempo necessário à formação de anticorpos pelo organismo, em resposta à exposição ao VIH, sendo este de aproximadamente 6 semanas a 3 meses, podendo prolongar-se até aos 6 meses (Green-Nigro, 2003).

Ainda de acordo com Green-Nigro (2003) o recurso a análises sanguíneas periódicas permite medir a carga viral, (quantidade de vírus no soro da pessoa, através da determinação dos níveis de ácido ribonucleico - ARN - do VIH no plasma) cujo aumento está associado ao maior risco de progressão da doença e desenvolvimento de SIDA.

A sintomatologia associada à infecção por VIH pode ocorrer após um período assintomático da doença, muitas vezes superior a 10 anos. Os sinais e sintomas podem evidenciar-se por linfadenopatia, arrepios e febre, suores nocturnos, rigidez cervical, tosse seca e produtiva, dispneia, letargia, confusão, tonturas, cefaleias, mal-estar, fadiga, lesões orais, *rash* cutâneo, desconforto abdominal, diarreia, perda de peso e edema generalizado progressivo (Green-Nigro, 2003).

Face a estas manifestações, inespecíficas desta infecção e maioritariamente tardias no decorrer da doença, parece ser de realçar o importante papel do diagnóstico precoce, de rotina, sem subvalorizações daquele que pode ser o comportamento dos indivíduos, nomeadamente dos idosos, população muitas vezes considerada fora de risco, pela concepção errónea de uma inactividade sexual.

O número de casos de pessoas idosas, infectadas com VIH/SIDA, está a aumentar (*Centers for Diseases Control and Prevention - CDC, 2008*) calculando-se que, em 2005, nos Estados Unidos, as pessoas com 50 e mais anos de idade representaram 19% de todos os casos de SIDA diagnosticados, 29% das pessoas a viver com infecção e 35% de todas as mortes em pessoas infectadas.

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, entidade que coordena a Comissão de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (CVEDT) em Portugal, lançou, em Junho de 2005, os mais recentes dados referentes à infecção VIH/SIDA, demonstrando que 12,4% dos casos notificados em Portugal desde 1983, são indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos e que se encontram no estágio de SIDA, sendo que, no mesmo grupo etário, existem 8,0% no estágio de portadores assintomáticos (CVEDT, 2005).

De realçar, ainda, que o mesmo documento, evidencia a tendência crescente de casos de SIDA no indivíduo com mais de 50 anos de idade, já que em 2003 foram notificados cerca de metade do número de casos notificados numa década (1983-1993) e que, tanto em 2002 como em 2003, o número de casos de SIDA nas pessoas com mais de 65 anos de idade, foi superior ao número de casos de SIDA na década 1983-1993.

As causas para este aumento podem estar relacionadas essencialmente com dois aspectos: a existência de terapêutica antirretroviral (*HAART*), que torna possível que pessoas infectadas com VIH viverem mais tempo e o diagnóstico de infecção recente, em pessoas com mais de 50 anos (CDC, 2008).

A infecção VIH/SIDA, não é detectada precocemente nas pessoas idosas, por um lado pela falsa crença de que estas não têm uma vida sexual activa (sendo esta a principal via de contágio nesta população), e por outro lado, pela existência de doenças crónicas próprias na população idosa que mascaram os sintomas da infecção, levando a um diagnóstico errado ou inconclusivo (Dias et al., 2005).

A infecção por VIH/SIDA nas pessoas idosas aparece, ainda, relacionada com a violência doméstica na vida conjugal e com o recurso à prostituição, sobretudo por parte dos homens (Dias et al., 2005).

Os mesmos autores (2005) referem-se às pessoas idosas como uma faixa etária pouco informada acerca dos riscos de contágio já que, raramente, as campanhas de sensibilização são vocacionadas para elas, o que pode explicar a fraca adesão deste grupo ao preservativo. Para além disto, as crenças e valores religiosos, bem como a impossibilidade de reprodução (devido à menopausa das mulheres) são factores a ter, também, em conta.

Neste contexto surge um tipo de população infectada com VIH/SIDA que até há pouco tempo era desconhecida e não era considerada vulnerável, as pessoas idosas, que

necessitam de investimento preventivo e de acompanhamento adequado e personalizado. Torna-se, deste modo, imperioso repensar as estratégias de educação para a saúde (no sentido de minimizar comportamentos de risco e promover a adesão à terapêutica, muitas vezes acompanhada de efeitos secundários bastante significativos) e adequar o suporte social de forma a responder às necessidades destas pessoas.

1.2. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA INFECÇÃO PELO VIH NA PESSOA IDOSA

A vivência do VIH/SIDA na pessoa idosa é caracterizada por vicissitudes, em que, por um lado, se obtêm ganhos secundários em algumas esferas da vida (como por exemplo: desenvolvimento da espiritualidade e re-significação da vida) e, por outro, podem surgir preconceitos e impactos negativos, nomeadamente, na vida afectiva e sexual, assim como, um esforço constante na manutenção do tratamento (Silva, Pimentel & Saldanha, 2006).

A evidência científica, conduz-nos à ideia que a seropositividade influencia o dia-a-dia da pessoa idosa e, apesar de ser possível conduzir a vida com “normalidade”, através de mecanismos de enfrentamento (como a espiritualidade), o preconceito e a discriminação são sentimentos partilhados por esta população (Machiesqui, Padoin, Paula, Ribeiro & Langendorf, 2010).

Parecem influenciar a experiência da seropositividade, no idoso, aspectos como o modo de conhecimento do diagnóstico, as repercussões da doença na sua vida e a opção pelo anonimato da condição seropositiva (Machiesqui et al., 2010). Outros aspectos biopsicossociais são, também, apontados como o modo de infecção, a percepção da SIDA, os relacionamentos afectivo-sexuais, a falta de apoio social e suporte familiar, e as oportunidades de trabalho (Silva, Pimentel & Saldanha, 2006).

De um modo mais sistematizado, pode afirmar-se que ao receber o diagnóstico da infecção por VIH/SIDA e ao longo da adaptação à doença, a pessoa idosa apresenta reacções, que podem considerar-se em sete vertentes: interrogação acerca de quais as pessoas a quem revelar a condição de seropositividade, discriminação, dependência /perda de autonomia, estilo de vida /vivência da sexualidade, cuidados médicos, planos futuros e confronto com a morte (Grilo, 2001).

Na realidade, decidir a quem revelar a condição de seropositividade apresenta-se como uma das principais preocupações dos infectados e esta questão parece ser

equacionada de modo cuidado, de forma a ponderar quais as vantagens e desvantagens de contar a esta, ou àquela, pessoa significativa (Grilo, 2001). Associados a esta questão estão, por um lado, o apoio afectivo/emocional e social/familiar e, por outro, a discriminação, ambos possíveis, quando o diagnóstico é revelado a outros, pela pessoa seropositiva.

A discriminação, que pode provocar, na pessoa, ansiedade, raiva e depressão, é uma das formas de estigmatização, podendo ocorrer nos mais variados contextos e relacionada com o estigma da sociedade em torno desta doença: associação à prática sexual com parceiros do mesmo género, à multiplicidade de parceiros e à utilização de drogas (Grilo, 2001). Contudo, convém acrescentar que, este sentimento de marginalização pode ser sentido pela pessoa idosa seropositiva, sem que exista efectivamente por parte dos outros (Grilo, 2001).

A dependência e a perda de autonomia física não são, numa fase inicial, uma preocupação da pessoa seropositiva, sendo o seu receio mais manifesto em termos da dependência financeira, social e emocional (Grilo, 2001). Segundo esta autora (2001), o estatuto de doente, ainda que assintomático, implica alterações no desempenho dos papéis sociais, podendo existir um “aproveitamento” deste estatuto para beneficiar de ajudas, bem como podem ser os outros a querer ajudar “em demasia”, sem que exista efectivamente essa necessidade.

Os estilos de vida e vivência da sexualidade podem ser afectados de diversos modos, nomeadamente pela associação de causalidade da sexualidade à doença e pelo receio de transmissão da infecção a outros, que pode conduzir à abstinência sexual, ao invés da prática de sexo seguro. Por estes motivos, pode haver a opção de escolher um parceiro, também ele infectado que, embora implique de igual modo a prática de sexo seguro, minimiza o receio de infectar outra pessoa. A sexualidade pode ser, ainda, afectada pela sintomatologia associada à doença, nomeadamente alterações corporais e fadiga (Grilo, 2001).

No que concerne aos cuidados médicos, nomeadamente procedimentos de avaliação, tratamento e hospitalização, estes podem constituir factores adicionais de *stress*, essencialmente pelo tempo que as pessoas têm que despende em actividades como ida a consultas e realização de análises de rotina que, frequentemente, implicam faltas ou atrasos ao emprego, mas também, pela possibilidade de identificação por parte de alguém, pelo contacto com outras pessoas em que a doença se encontra mais

avançada e, ainda, pelos efeitos secundários da terapêutica anti-retroviral, bem como, sintomas da própria doença e das infecções oportunistas (Grilo, 2001).

Os planos para o futuro, de uma pessoa, após o diagnóstico de VIH/SIDA, podem ser completamente alterados: uns optam por desistir de os fazer mas, outros, conseguem reorganizá-los e traçar objectivos altruístas e criativos sendo, para tal, relevante a terapêutica anti-retroviral, por permitir uma maior longevidade e qualidade de vida (Grilo, 2001).

O confronto com a morte, na pessoa VIH positiva, é praticamente inevitável, desde que esta a entenda como uma doença incurável. Apesar de se apresentar como uma patologia com evolução lenta, os pensamentos sobre a morte surgem mesmo antes da fase terminal, o que faz com que este tema seja extremamente perturbador (Grilo, 2001).

Esclarecidas as sete temáticas descritas por Grilo (2001), importa realçar a sua principal conclusão: é importante avaliar a forma como o indivíduo infectado lida com cada um destes aspectos, de modo a poder existir uma intervenção psicossocial adequada, no momento em que a pessoa mais necessita. Para além disto, como sugerem Machiesqui et al. (2010) deve pensar-se um cuidado partilhado entre cuidadores formais e informais, através da co-responsabilização dos agentes envolvidos, sempre com vista à manutenção da autonomia da pessoa idosa, quer com a sua saúde, quer com as suas opções de vida. É, ainda, lembrado, por estas autoras (2010), o contributo que podem ter os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, no cuidar e na educação para a saúde, com o objectivo de atingir um cuidado holístico, que considere as dimensões biológica, clínica, social e ética, permitindo à pessoa infectada viver com qualidade.

1.2.1. Sexualidade e sexo na pessoa idosa

Uma das dimensões anteriormente mencionadas, como passível de ser afectada na pessoa idosa seropositiva, foi a vivência da sexualidade. Esta parece ser alvo de discussão na literatura, não especificamente quando se tratam de idosos VIH positivos mas, de um modo geral, quando se fala em sexualidade na pessoa idosa. Assim, considera-se pertinente reflectir a este respeito, não só pela controvérsia que o tema parece apresentar, ainda, junto da sociedade, mas também pelo facto de o contacto sexual se apresentar como a principal via de infecção para o VIH, na pessoa idosa. A título exemplificativo, refere-se o estudo de Prakash e Gupta (2005), onde foi

determinada a incidência de VIH na população geriátrica e, onde se conclui que os idosos infectados não tinham história de transfusões sanguíneas, nem consumo de drogas endovenosas, apontado para a relação heterossexual, como o principal veículo de infecção.

Mais do que traduzir dados estatísticos sobre a frequência de actividade sexual na população idosa, explicitar diferenças estatísticas entre culturas diferentes, ou descrever em que consiste exactamente o acto sexual, importa mostrar que a sexualidade está presente desde o nascimento e persiste na velhice e que, as relações sexuais na população idosa, devem ser encaradas como um fenómeno natural, até porque a literatura mostra que, para além de se interessarem pela sexualidade, os idosos se mantêm sexualmente activos (Berger, 1994; Letvak & Schoder, 1996; Custódio, 2008; Costa, 2009).

Importa definir o conceito de sexualidade, que ultrapassa, aquilo que se entende como o acto sexual em si. A WHO (1996 citado em Vaz, 2003, p.18) define sexualidade como

. . . uma energia que nos motiva a procurar o amor, contacto, ternura, e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, ela influencia também a nossa saúde física e mental.

A sexualidade, na pessoa idosa, parece ainda ser muito pouco explorada, tanto em termos de dados normativos, quanto nos componentes sexuais biológicos, psicológicos e sociológicos. Apesar disto, os estudos de Wiley e Bortz (1996) atribuem à sexualidade uma importância tal que a associam a aspectos como a manutenção de relações interpessoais saudáveis, auto-conceito, integridade e saúde mental sendo, ainda, fortemente relacionada com uma melhor qualidade de vida.

Na realidade, segundo os mesmos autores (1996), parece existir uma vida sexual robusta, tanto nos homens como nas mulheres idosas, no sentido em que se verifica a existência quer de desejo sexual, quer de sexo efectivo (pelo menos uma vez por semana, em metade da população estudada). Apesar disto, são identificados como factores negativos prevalentes, nesta população, a impotência (nos homens) e os problemas relacionais na mulher (Wiley & Bortz, 1996).

A propósito destes factores, são também descritos outros que podem influenciar a sexualidade, em qualquer altura do ciclo de vida, nomeadamente a saúde física, os preconceitos sociais, os conhecimentos acerca da sexualidade e a situação conjugal (Vasconcellos, Novo, Castro, Vion-Dury, Ruschel, Couto, Colomby & Giami, 2004).

No que concerne à saúde física, verifica-se, segundo os autores supracitados (2004), que a doença pode alterar o interesse pela sexualidade, no entanto, não há evidência que exista uma deterioração, com o envelhecimento normal, desde que a saúde se mantenha (Vasconcellos et al., 2004). Os preconceitos sociais, encontram-se relacionados com a convicção generalizada de que os idosos são sexualmente impotentes; para além disto, estes, confrontam-se com dificuldades que superam aquelas inerentes ao envelhecimento, nomeadamente, com a dificuldade em manter a identidade pessoal e a integridade de papéis e funções, especificamente as que dizem respeito à sexualidade, neles sancionada e vigiada pela sociedade e familiares (Vasconcellos et al., 2004).

A auto-estima também pode ser influenciada na medida em que há uma tendência da sociedade para depreciar os mais velhos, em relação aos jovens, no que concerne à sua aptidão e atracção sexual (Vasconcellos et al., 2004). Na óptica destes autores (2004), esta ideia parece estar tão enraizada que os idosos se sentem obrigados a suprimir a sua sexualidade, para não serem interpretados como dementes.

Seguindo este raciocínio, constata-se que os conhecimentos acerca da sexualidade exercem alguma acção sobre esta, nos idosos, visto que, por vezes, as mudanças inerentes ao processo de envelhecimento são mal entendidas por eles, que as confundem com impotência. Tal facto, aliado a uma baixa auto-estima, implica receio e evitamento da relação sexual (Vasconcellos et al., 2004). A situação conjugal, completa esta ideia, visto que a prevalência de mulheres idosas pode implicar que não encontrem um parceiro disponível e, assim, a actividade sexual pode ser abandonada, o que não explica completamente o evitamento de comportamentos e interesses sexuais, visto que estes se verificam também em pessoas casadas e com uma vida conjugal satisfatória (Vasconcellos et al., 2004). Estes autores alertam ainda para o facto de a sexualidade bem como, a qualidade das relações conjugais e sexuais vividas poderem ser influenciadas pelas experiências prévias.

Muitas outras concepções acerca da sexualidade, na pessoa idosa, poderiam aqui ser descritas, no entanto, deixando os mitos e as ideias que desconsideram a sexualidade

no idoso, parte-se para o facto de que o acto sexual ocorre nesta população e é o comportamento que mais a torna susceptível ao VIH, bem como a outras infecções sexualmente transmissíveis. Retomando, assim, o foco de atenção, importa salientar que os problemas mais reportados, ao acto sexual das pessoas idosas, são a disfunção erétil (no homem) - muitas vezes com origem em outros problemas de saúde como o cancro da próstata, a obesidade, a patologia cardíaca entre outros (ou mesmo pela terapêutica usada no seu tratamento) - para a qual a medicina já apresenta tratamento mecânico e farmacológico (Fulton, 2008). A par desta situação, segundo a mesma autora (2008), na mulher, surge a secura da mucosa vaginal e a dispareunia, bem como a menopausa que, dependendo do uso, ou não, de compensação hormonal pode implicar uma diminuição da libido.

Neste sentido, se os fármacos para a disfunção erétil masculina ajudaram o homem idoso a prolongar a sua vida sexual, a reposição hormonal também garantiu uma vida melhor às mulheres, aumentando a libido, melhorando a lubrificação vaginal (Vieira & Sobral, 2009).

O facto de se salientarem estes factores está directamente relacionado com o uso do preservativo, que para além da abstinência, surge como o único meio de prevenir as infecções sexualmente transmissíveis (incluindo VIH). Assim, realça-se que o homem idoso, muitas vezes, tem uma erecção parcial, o que dificulta a colocação do preservativo; por sua vez as mulheres que já não se encontram em idade reprodutiva não sentem necessidade de exigir o preservativo (Vieira & Sobral, 2009).

As mulheres tornam-se, segundo estes autores (2009), ainda mais vulneráveis, pois, com as alterações fisiológicas a nível da parede vaginal, mais facilmente se ferem, facilitando a penetração do vírus (numa mucosa mais fina e menos lubrificada). Acentuam, ainda, que os homens idosos, frequentemente, usam fármacos para impotência, ao invés de investir no enriquecimento das suas relações conjugais, por vezes desgastadas, procuram parceiras externas, mais jovens, nomeadamente prostitutas ou outras mulheres, que não os conseguem persuadir para o uso de preservativo.

Estes factores, aliados a uma fraca percepção do risco de infecção pelo VIH, desconhecimento das vias de infecção, escassez de programas educacionais de práticas de sexo seguro, diagnóstico tardio (pela raridade e generalidade de sintomatologia) tornam os idosos um grupo francamente susceptível à infecção pelo VIH (Orlando, 2010).

Com base nesta ideia, considera-se pertinente abordar, seguidamente, a representação social da doença e, em particular, que componentes podem estar na base na representação do VIH/SIDA na pessoa idosa.

1.3. REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA SIDA

Estreitamente associado ao conceito de doença está o conceito de saúde que foi definido pela WHO, em 1978, como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença”, já atribuindo à saúde componentes biológicas, sociais e psicológicas. Araújo (2005), aponta para a ideia, de uma proximidade dos conceitos de saúde e qualidade de vida, sendo que, o segundo define melhor o estado de saúde, porque requer uma concepção mais individual.

Acerca de modos de avaliação da saúde, Goldberg e Dab (citados em Cordeiro, 1999) sugeriram três tipos de abordagens: que focava a capacidade do indivíduo para realizar tarefas sociais e exercer o seu papel social, que se baseava na capacidade de adaptação ao meio ambiente e outra que recorria à percepção do indivíduo. Para Cordeiro (1999), existem dois aspectos a ter em conta na avaliação do estado de saúde das pessoas idosas: o objectivo (relacionado com problemas reais de saúde e frequência do seu aparecimento em pessoas idosas) e o subjectivo, que tem como finalidade a percepção do idoso sobre o seu estado de saúde, descrita como sendo a determinante dos seus hábitos de vida. Este autor (1999) define, ainda, percepção individual de saúde como o grau de conhecimento e compreensão da pessoa, face aos seus problemas de saúde, referindo que esta é influenciada por factores como idade, sexo, nível socioeconómico, cultural e natureza dos problemas de saúde.

Assim, pode entender-se que saúde e doença não são apenas estados observáveis, passíveis de serem verificados, mas são, também, percepções da própria pessoa, ou seja, a representação cognitiva da doença conceptualiza o modo como as pessoas, através da experiência pessoal e colectiva, interpretam e entendem a experiência pessoal de saúde e doença (Skelton & Croyle citados em Araújo, 2005). Seguindo esta ideia, à representação cognitiva da doença são conferidos os seguintes atributos: as crenças individuais são estruturadas com base na vivência individual de doença; as representações cognitivas da doença exercem influência nos comportamentos de saúde; os pressupostos teóricos da representação da doença baseiam-se num modelo dinâmico do comportamento (Araújo, 2005).

Deste modo, pode dizer-se que a representação cognitiva da infecção por VIH/SIDA, experienciada pelos idosos, influencia o modo como estes vivem a sua doença, nomeadamente em termos de prevenção e tratamento.

Acerca das percepções do VIH/SIDA em mulheres, Araújo (2005), recorre ao fundamento teórico da representação cognitiva de Leventhal (1984 citado em Araújo, 2005), onde as crenças da doença são definidas como sendo “crenças implícitas do senso comum que o paciente tem sobre as suas doenças” (p. 86). Segundo o modelo de Leventhal (1984 citado em Araújo, 2005), as representações sobre a doença são construídas por sete componentes: **identidade**, que corresponde ao rótulo que a pessoa atribui à doença em função dos sintomas e mensagem sociais implícitas; **causa**, que se relaciona com a percepção dos factores que estão na génese da doença; **dimensão temporal**, que diz respeito ao curso da doença e à percepção em relação ao tempo que esta vai durar - doença aguda ou crónica -; **consequências**, que consistem nas crenças dos indivíduos sobre a gravidade da doença e os seus efeitos, sejam de ordem física, emocional, psicológica ou social; **possibilidade de cura e controlo da doença**, que se refere à crença do indivíduo sobre a possibilidade de cura e controlo da doença; **representação emocional** que influencia as estratégias de *coping* e a qualidade de vida do indivíduo e da família; e **coerência da doença** que se relaciona com o facto de a doença fazer ou não sentido na vida do indivíduo, intimamente interligada com a adaptação à doença e a resposta aos sintomas. Com base neste modelo, foram desenvolvidas escalas usadas para avaliar/ medir quantitativamente as representações de doença, nas várias componentes acima descritas (Araújo, 2005).

O atrás exposto, vai de encontro à ideia de que conhecer as representações da doença e o seu impacto, particularmente, na vida e qualidade de vida, da pessoa idosa, não pode considerar apenas medidas objectivas da gravidade da doença, mas os inúmeros aspectos que a envolvem, dos quais se salientam a percepção da pessoa sobre os seus sintomas, a forma como ela os comunica a outras pessoas, a capacidade de desempenhar actividades e as estratégias de enfrentamento para lidar com a doença (Silva, Saldanha & Azevedo, 2010).

Neste sentido e, tendo em conta o anteriormente referido acerca da sexualidade, parece importante salientar que tipo de ajuda pode necessitar a pessoa idosa seropositiva no processo de vivência desta doença e, conseqüentemente, o papel e a necessidade de formação dos cuidadores (formais e informais), que permita encarar este como um

problema real, junto dos mais velhos, bem como moldar a sua própria atitude face à sexualidade e ao fenómeno do VIH/SIDA, vividos por estas pessoas.

1.4.O SUPORTE E O CUIDADO À PESSOA IDOSA SEROPOSITIVA

As necessidades de suporte das pessoas idosas, podem ser de diferentes dimensões, muito embora as do tipo financeiro sejam as mais relatadas, tendo em conta que estas pessoas se deparam com uma perda de rendimentos, que as torna vulneráveis à pobreza, essencialmente devido à insuficiência de esquemas de protecção social na velhice, traduzida pela baixa cobertura social em relação às suas carências e pelos limitados subsídios recebidos (Grácio, 1999).

Para além dos factores económicos, que implicam certas limitações no estilo de vida da pessoa idosa, esta pode sentir necessidade de suporte por parte da rede social e familiar, sobretudo se, ao envelhecimento, se acrescentar uma doença crónica, que a pode tornar, por um lado mais ávida de afectos e por outro, uma pessoa mais dependente (física e emocionalmente). Para sustentar esta ideia basta, por exemplo, lembrar Paúl e Fonseca, (2005), que descrevem a solidão como um dos sentimentos frequentes na população idosa. Estes autores (2005), fazem ainda referência a um estudo no Reino Unido, de Bowling, Banister e Sutton (2003), citado em Paúl e Fonseca (2005), onde se concluiu que os aspectos mais valorizados pelos idosos, a residir em comunidade, passavam por ter boas relações com os familiares e com os amigos; por desempenhar papéis sociais (como voluntariado); por ter uma boa saúde e funcionalidade; viver numa boa casa, numa zona simpática e de boa vizinhança; ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e independência.

Dos resultados do estudo acima referido podem induzir-se, ainda, a escassez de ajudas técnicas que, segundo Grácio (1999), têm por objectivo permitir ao idoso um maior nível de autonomia, compensar a sua incapacidade ou limitação e permitir a integração social. De facto, estas ajudas podem ir desde auxiliares de tratamento e treino, ortóteses e próteses, ajudas para a mobilidade, cuidados de higiene, comunicação, informação e sinalização, lazer, cuidados domésticos, mobiliário e adaptações para o lar e outros locais, manuseamento de produtos e mercadorias e, ainda, ajudas para melhorar o ambiente (Secretariado Nacional de Reabilitação, 1990, citado em Grácio, 1999).

Sobretudo quando a autonomia do idoso é posta em causa, quer pelas limitações inerentes ao envelhecimento, quer pelas induzidas pela doença, a necessidade de respostas sociais mais específicas e de cuidados de profissionais competentes pode ser verificada. Para este efeito já existem algumas respostas sociais, vistas pela maioria como insuficientes, de que são exemplo lares e centros de dia.

Como foi anteriormente referido, os idosos são, por vezes, pessoas com informação insuficiente, em diversas áreas, salientam-se aqui as necessidades formativas e informativas, nomeadamente na área da saúde. A este respeito, a literatura e os estudos mais recentes, direccionam-nos para duas grandes linhas: a prevenção nos idosos não infectados, concretamente através da sua percepção de risco (Maes & Louis, 2003; Olivi, Santana & Mathias, 2008; Camargo, Torres & Biasus, 2009; Pereira & Borges, 2010); e a prevenção e acompanhamento dos idosos seropositivos (Saldanha & Fernandes de Araújo, 2006; Emlet, Gerkin & Orel, 2009; Illa, Echenique, Jean, Avellaneda, Metsch, Mulet, Eisdorfer & Martinez, 2010; Nokes, 2011).

No que respeita à intervenção junto dos idosos não infectados, verifica-se a existência de lacunas no conhecimento sobre o VIH/SIDA, sobre as quais a educação social e para a saúde deve incidir, nomeadamente, em relação à transmissão, à prevenção e à vulnerabilidade (Lazzarotto, Kramer, Hadrich, Tonin, Caputo & Sprinz, 2008; Souza, Backes, Pereira, Ferreira, Medeiros & Marchiori, 2009). É sugerido, que sejam implementados programas de saúde pública específicos, que se foquem no esclarecimento das dúvidas da população idosa acerca do VIH/SIDA, especificamente através do desenvolvimento de estratégias educativas, por indivíduos capacitados para tal, com vista a fomentar mudanças no comportamento desta população (Lanzarotto et al., 2008). O papel dos enfermeiros assume-se como essencial, na descoberta e implementação de estratégias, através da sua participação em grupos de idosos, com o objectivo de desenvolver acções de prevenção e promoção para a saúde, acerca da temática do VIH/SIDA (Souza et al., 2009).

Outros ressaltam a escassez de campanhas dirigidas à população idosa, na área da prevenção das infecções sexualmente transmitidas, aliada ao preconceito quanto ao uso do preservativo, nesta faixa etária e, ainda, à actual maior actividade sexual, devida, sobretudo, aos ganhos obtidos na qualidade de vida das pessoas idosas e ao uso de fármacos (Gomes & Silva, 2008).

Esta ideia é corroborada e aprofundada por Small (2010), que relembra que a educação para a saúde, acerca do VIH/SIDA, nos idosos, tem sido amplamente negligenciada, na medida em que as campanhas de saúde pública se encontram desenhadas para populações de risco (alvo), que atingem, essencialmente os indivíduos jovens (13-24 anos), sendo os idosos ignorados em termos epidemiológicos, preventivos, educacionais, interventivos e de tratamento.

No seu estudo, sobre educação para a saúde acerca do VIH/SIDA nos idosos, salienta-se, nomeadamente, que estes apontam vantagens no desenvolvimento das acções educativas por “pares”, especificamente idosos seropositivos (Small, 2010). De referir, ainda, que os idosos estudados, consideram importante a difusão de slogans específicos para as suas idades e, ainda, que a educação para a saúde ocorra nos locais que habitualmente frequentam, pelas suas dificuldades de deslocação (Small, 2010).

Apesar disto, Small (2010), menciona a inexistência de alterações significativas de conhecimento nos idosos, após intervenções educativas, no entanto, através da análise individual verificou algum aumento de conhecimentos, destas pessoas, acerca do VIH/SIDA.

No que concerne à actuação dos cuidadores junto dos idosos infectados, é notável que, historicamente, existia uma certa tendência em separar fenómenos que deveriam estar interligados, como o envelhecimento e o VIH/SIDA (Emlet, Gerkin & Orel, 2009). Estes autores (2008), baseiam-se no facto de que os idosos, seropositivos, não acedem aos cuidados sociais formais, do mesmo modo que os idosos não infectados o fazem, para sugerir a existência de serviços especialmente desenhados para esta população, como já existem alguns.

Parece ser imposta, também, a reflexão acerca da capacidade de resposta social e de saúde, face ao fenómeno envelhecer com VIH. Oliveira, Saldanha e Fernandes de Araújo (2006) referem que as necessidades diferenciadas, desta população específica, implicam uma abordagem individual e particular que, muitas vezes, parece ser esquecida perante a objectivação do tratamento, em que se dá primazia ao conhecimento teórico e técnico e à competência social (mais focado na doença), em detrimento do afecto, sensibilidade e valorização das necessidades de suporte das pessoas infectadas. Estes autores (2006), mencionam, também, que a assistência, às pessoas idosas seropositivas, pode ser afectada pelo estigma e preconceito que parece, ainda, rodeá-las.

Em termos práticos, objectiva-se a elaboração de medidas efectivas que promovam, através de uma abordagem biopsicossocial, um acolhimento adequado às pessoas idosas seropositivas, conviventes significativos, profissionais de saúde e pessoas que directa, ou indirectamente, lidem com a problemática VIH/SIDA nesta faixa etária (Oliveira, Saldanha & Fernandes de Araújo, 2006).

Importa salientar, ainda, que o cuidado profissional com estas pessoas, não se limita a uma abordagem médica e medicamentosa mas antes, ao desenvolvimento de práticas educativas, que promovam um cuidado integral aliado ao controlo epidemiológico, já que as decisões ao nível do comportamento sexual não podem ser observadas, sem que se considere a influência social, económica e cultural, que está na base das decisões dos indivíduos (Guedes & Souza, 2009).

1.5. CONCEITOS CENTRAIS

Releva, agora, definir conceitos que se consideram centrais para este estudo. De facto, perante a temática abordada, surgiram alguns conceitos, que se tentam, seguidamente, explicitar no sentido de minimizar interpretações divergentes e de os clarificar, para que possam guiar a análise dos achados.

Cuidado formal: Desenvolvido por profissionais, contratados para a prestação de cuidados (Figueiredo, 2007).

Cuidado informal: Actividade caracteristicamente prestada por familiares ou amigos chagados a uma pessoa que não consegue gerir todos os aspectos da sua vida diária e cuidados pessoais, consiste numa interacção entre um elemento que ajuda o outro, de forma regular e não remunerada (Figueiredo, 2007).

Cuidar: Ideal moral, que tem por base a manutenção da dignidade e respeito pelas pessoas, enquanto seres humanos, visando a protecção, a promoção e a preservação dessa mesma dignidade (Hesbeen 2000). Combina elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser e de intuição. É transpessoal, na medida em que pressupõe acção e escolha de ambas as partes (enfermeiro e indivíduo) e a expansão dos limites e das suas capacidades humanas (Watson, 2002).

Discriminação: Toda a distinção, exclusão ou restrição baseada em raça, cor descendência ou origem nacional ou étnica que tenha o propósito ou o efeito de anular

ou prejudicar o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, económico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública (Convenção Internacional sobre a eliminação de todas formas de Discriminação Racial, 1966).

Doença crónica: Não é, por si só, uma realidade única, constitui uma designação genérica que abrange doenças prolongadas, muitas vezes associadas a um certo grau de incapacidade. Doença crónica é toda aquela que tem uma causa que produz sinais e sintomas, por um período de tempo variável, de longo curso e, para a qual só existe recuperação parcial (Phipps, 2003).

Educação para a saúde: Apresenta-se como sendo toda a combinação de experiência de aprendizagem planeada e destinada a facilitar as mudanças voluntárias para uma vida saudável (Rochon, 1996 citado em Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). É um processo sistemático de ensino e aprendizagem orientado para a aquisição fácil, eleição e manutenção de práticas saudáveis, minimizando os comportamentos de risco (Costa & Lopez citados em Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Consiste numa missão que deve ser encarada com intuito pedagógico, didáctico e de investigação (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005)

Envelhecimento: É um processo natural, universal, gradual e irreversível onde, ao longo do tempo, ocorrem mudanças e transformações (Figueiredo, 2007) e, também, um fenómeno multidimensional que resulta da interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais (Paúl & Fonseca, 2005).

Espiritualidade: Consiste numa capacidade única para o amor, a alegria, o contentamento, o carinho, a compaixão e a descoberta do significado da experiência em que consiste a vida (Riley, 2004). “Ser espiritual é estar ligado ao “eu” íntimo, a outros, ou a um ser ou energia transcendentales” (Donnelly & Cook, 1989 citado em Riley, 2004, p.219).

Estigma: O estigma relacionado com o VIH tem sido definido, recentemente, como o prejuízo, diminuição, descrédito e discriminação dirigidos a pessoas com VIH/SIDA (Herek, Mitnick, & Burris, 1998).

Experiência: Definida como o acto de experimentar, a prática da vida, o conhecimento que nos é transmitido pelos sentidos (Seleções do Reader’s Digest, 1992)

Gerontologia: Do grego *geros*, *gerontos* (velho) define-se como sendo o estudo do processo de envelhecimento sob todos os aspectos. O termo foi usado pela primeira vez em 1901 e engloba uma realidade muito complexa. É a ciência que estuda a vivência dos homens e das mulheres que envelhecem e, preocupa-se, tanto pelas pessoas saudáveis, como doentes. Interessa-se por quatro aspectos essenciais: o envelhecimento físico, o envelhecimento psicológico, o envelhecimento comportamental e o contexto social do envelhecimento (Berger, 1994).

Idadismo ou Ageism: Estereótipo, preconceito ou discriminação baseados na idade, concretamente face a pessoas idosas, é considerada uma atitude que persiste e influencia a forma como vê-mos as pessoas idosas e nos comportamos com elas.

Pessoa idosa: Definida cronologicamente, nos países desenvolvidos, como o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (WHO, 2011). Apesar disto, para a convenção de pesquisa em VIH as pessoas com mais de 50 anos são consideradas idosas (Cuevas et al., 2010).

Redes de suporte: Visam a ajuda concreta à pessoa idosa, distinguem-se em rede de suporte formal e informal. A rede de suporte formal é composta por organismos de ajuda governamental e de serviços de beneficência, a rede informal (ou rede natural de ajuda) é constituída pelo companheiro, parente, filhos, amigos e vizinhos (Mailloux-Poirier, 1994).

Sexualidade: É o motor da vida, é a força motriz que conduz as pessoas em frente. Não se refere apenas à genitalidade, relação física, orgasmo. Ultrapassa as questões biológicas fisiológicas e endócrinas. Sexualidade é líbido, é impulso, a força da vida, a energia da qual se pode dispor e que envolve a nossa vida psicológica, emocional e, mesmo, ideológica. Refere-se ao corpo todo, aos prazeres de todos os sentidos. A sexualidade é a satisfação, o prazer, a alegria, encontrando-se relacionada aos valores da sociedade. Cada cultura apresenta as suas normas e os seus códigos (Nogueira, 1996).

SIDA: É último estágio da doença, em que se verifica a existência de numerosas infecções, neoplasias, na sua maioria relacionadas com a reactivação de microrganismos oportunistas e, ainda, uma baixa contagem de células CD4, igual ou inferior a 200 céls/μl (Green-Nigro, 2003; Pereira, 2008).

Suporte social: Define-se como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós" (Sarason, et al., 1983, p.127). Descreve-se como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas (Cobb, 1976). Refere-se aos recursos ao dispor das pessoas e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência (Dunst & Trivette, 1990).

VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana, é o agente responsável pela SIDA. Existem dois tipos o 1 (VIH-1) e o tipo 2 (VIH-2), embora possuam morfologia e estrutura semelhantes, podem distinguir-se pelas respectivas características anti-génicas, moleculares e biológicas (Pereira, 2008).

2. ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

Neste capítulo pretende evidenciar-se os estudos empíricos que se relacionam com a temática em estudo. O método usado para o efeito foi a revisão sistemática da literatura que, segundo o *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD, 2009), permite identificar, avaliar e resumir os resultados obtidos, por meio do agrupamento de vários estudos, o que possibilita uma maior acessibilidade aos dados, através da compreensão da eficiência de determinada intervenção, com uma maior riqueza do que se obteria através da análise de um só estudo. Este método permite, também, salientar os aspectos que ainda carecem de estudo posterior e, assim, orientar investigações futuras (CDR, 2009).

Partindo da mesma questão de partida que orientou o presente trabalho de investigação – Como é experienciada a seropositividade pela pessoa idosa? – foram considerados todos os artigos que evidenciavam algum aspecto que faz parte da experiência de ser VIH positivo na maior idade. Tendo em conta que este é um fenómeno cuja investigação é relativamente recente e, não se encontrando um número muito significativo de estudos, a pesquisa não teve limitações no ano de publicação, embora esta preocupação tenha sido considerada na selecção final dos estudos. Pelo mesmo motivo não se limitou o paradigma de investigação.

Para conduzir a revisão sistemática da literatura foram excluídos todos os artigos que:

- foram publicados antes de 2008 e depois de Fevereiro de 2011;
- não utilizam como idioma a língua portuguesa ou inglesa;
- não traduzem estudo empíricos;
- omitem parâmetros considerados como essenciais para a análise [**P**articipantes, **I**ntervenções, **R**esultados (**O**utcomes) e tipo de estudo (**S**tudy) – PIOS (CRD, 2009)];

- traduziam estudos relativos exclusivamente à adesão à terapêutica antirretroviral;
- não envolvem pessoas idosas seropositivas;
- são metanálises ou mestasínteses, reflexões, comunicações, dissertações, teses e livros.

A pesquisa efectuada foi orientada de acordo com as etapas que seguidamente se descrevem:

Inicialmente foram definidos os termos que a conduziriam e a delimitariam: VIH / SIDA / HIV / AIDS / doença / disease / illness / sickness / affection / malady / infirmity; Idoso / pessoa idosa / velho / velhice / maior / mais de 50 anos / envelhecer / ancião / old / older / aged / aging / elderly / ancient / older adults / people over 50 / persons 50-plus years; vivência / experiência/ compreensão / representação / entendimento / experiência de vida // impacto / percepção / viver / conhecimento / dia-a-dia / quotidiano / life experience / living with / perception / knowledge / beliefs about / outsiqht view / feeling / understanding / representation / process of perceiving / perception / impact.

Posteriormente, estes termos foram usados para pesquisar nas bases de dados B-On; EBSCOhost; PubMed; RCAAAP; Current Contents (ISI); Web of Science (ISI); Annual Reviewes; Wiley Online Library; Springer Link; Science Direct, Taylor & Francis; Scielo, e o motor de busca Google Scholar. Foi ainda efectuada pesquisa manual na biblioteca da ESSUALG.

Uma primeira selecção de artigos teve por base a pertinência do título para a questão em estudo, desta emergiram 78 artigos. Destes, após leitura cuidada do resumo, excluíram-se 27 e, após a leitura integral, de cada um dos artigos, excluíram-se 40 por não cumprirem todos os critérios de inclusão. Posteriormente procedeu-se à leitura exaustiva de cada um dos 11 artigos, identificando-se o ano, autor (es), participantes, intervenções e tipo de estudo.

Os 11 estudos incluídos nesta revisão sistemática da literatura foram avaliados quanto à sua credibilidade e à relevância dos resultados. Relativamente ao paradigma

em que se inserem, verificou-se que 3 se inseriam no paradigma naturalista, 6 encontram-se no paradigma positivista e 2 estudos são mistos (*Mixed Method*).

No que concerne à distribuição dos vários artigos, segundo o ano de publicação, verificou-se que a maioria foi divulgada em 2010 (7 estudos), 2 em 2008 e 2 em 2009. Encontraram-se 5 artigos escritos em Português e 6 em língua Inglesa.

O número de participantes variou, verificando-se que o que englobou menos sujeitos, contou com 5 participantes e, o que incluiu mais, 914 participantes. Os participantes da maioria dos estudos eram pessoas seropositivas, com idade igual ou superior a 50 anos, no entanto, também se verificou, a inclusão, para efeitos comparativos, de sujeitos idosos VIH negativos, assim como pessoas mais jovens, quer seropositivas, quer seronegativas.

Da análise aos estudos, constata-se que, de algum modo, ou em algum aspecto, todos contribuem para a compreensão da experiência do VIH/SIDA na pessoa idosa, já que os resultados que deles se salientam, evidenciam implicações para a experiência com VIH/SIDA, nomeadamente, impacto do diagnóstico e decisão da pessoa a quem revelar, implicações sociais e familiares; comportamento sexual; qualidade de vida; implicações para o quotidiano, estigma e preconceito, espiritualidade e religiosidade, representações, atitudes e crenças face à doença; importância da educação para a saúde e, ainda, necessidades sentidas pelos sujeitos idosos afectados por esta problemática.

Para sintetizar a descrição dos estudos encontrados, tornando mais fácil a sua leitura, foi elaborada a Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição dos 11 estudos empíricos que constituem a revisão sistemática da literatura.

Autor (es) /Ano	Participantes	Intervenções	Resultados	Estudo
Andrade, Silva & Santos 2010	13 Sujeitos idosos com idade compreendida entre os 60-92 anos (7 do sexo feminino e 6 do masculino).	Para compreender a vivência dos idosos com SIDA inscritos numa unidade de saúde de referência da região de Belém (Brasil), foram efectuados estudos de caso, através de um roteiro de entrevistas abertas. Os dados recolhidos foram analisados através da análise de conteúdo.	Da análise de conteúdo dos dados recolhidos emergiram quatro categorias: relações afectivas, isolamento social, redes de apoio, trabalho e aposentadoria. Verificaram que o impacto do diagnóstico da doença influenciou a afectividade dos indivíduos, relações familiares e de amizade. O isolamento social emergiu essencialmente pela alteração da imagem corporal e baixa auto-estima que, aliada à sintomatologia inerente, quer à própria doença, quer à terapêutica antirretroviral, implicam o abandono da vida social. As redes de apoio eram procuradas, pelos sujeitos em estudo, não apenas para suprir as suas necessidades materiais e de saúde, mas também espirituais, o que os faz confiar no sobrenatural e em algo superior. No que respeita ao trabalho e após a reforma, parecem ter sido descobertos, dois sentidos divergentes, por um lado, alguns idosos, vêm na reforma uma oportunidade para aproveitar mais, por outro, alguns entendem que o cessar forçado da actividade laboral pôs fim aos seus sonhos.	Qualitativo
Brennen, Strauss & Karpiak 2010	914 Indivíduos (264 do sexo feminino, 640 masculino e 10 transexuais).	Com o intuito de examinar e comparar em que medida a revelação do diagnóstico, a pelo menos uma pessoa, na congregação religiosa, colocaria barreiras no acesso aos serviços da mesma, foram aplicadas diversas escalas, como: demográficas, de auto-percepção de saúde, de depressão, de revelação da seropositividade, de estigma, de redes sociais, de solidão, entre outras. Para analisar os dados foi usada a estatística descritiva e análise bivariada.	Verificou-se que 47% dos sujeitos não revelou a sua condição seropositiva a ninguém da congregação religiosa, contrapondo os 53% dos participantes revelaram, pelo menos a uma pessoa. Para além disto, constatou-se que os idosos que não revelavam a sua condição seropositiva participavam, significativamente menos na congregação relativamente aos outros. Apesar disto, percebeu-se, também, que os sujeitos que revelavam a sua condição recebiam mais apoio (55%), comparativamente com os que não revelavam (37%). Assim, sobressai a ideia de que independentemente de revelarem ou não, a sua seropositividade, a elementos da congregação, os idosos apresentam um alto nível de necessidades e, permanecem ligados às congregações religiosas.	Comparativo

Autor (es) /Ano	Participantes	Intervenções	Resultados	Estudo
<p>Cuevas, Vance, Viamonte, Lee & South 2010</p>	<p>201 Pessoas, divididas em 4 grupos: 29 seropositivos com 50 anos e mais, 19 seronegativos com 50 anos e mais, 69 VIH positivos com idades entre os 21-49 anos e 84 VIH negativos com as mesmas idades.</p>	<p>Para examinar as diferenças entre auto percepção de espiritualidade e religiosidade em idosos e em jovens VIH positivos e negativos e, objectivo secundário, de determinar se o nível de espiritualidade e religiosidade se encontra correlacionado com os benefícios biopsicossociais nas pessoas seropositivas, foram usados instrumentos de medida como o <i>Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index</i>, o <i>Profile of Mood States</i> e a escala de <i>Lubben Social Network</i> e questionários de saúde. Os dados colhidos foram sujeitos à análise descritiva, sendo a análise correlacional calculada através do uso do SPSS.</p>	<p>O resultado mais relevante foi o de não existirem diferenças significativas na religiosidade e espiritualidade de VIH positivos, ou negativos. Apesar disto, algumas notas, que colocam em questão este resultado, foram levantadas, como o facto de os agentes stressores relatados poderem não ser tão intensos como em estudos passados, o estigma associado aos seropositivos em determinadas instituições religiosas ser diferente do que era no início da epidemia e, ainda, o facto de a espiritualidade e a religiosidade serem aspectos mais qualitativos, não tendo sido essa a opção metodológica do estudo. Através da análise de dados chegaram ainda à evidência de que maiores níveis de espiritualidade e religiosidade exibiam maiores níveis de funcionamento biopsicossocial e, ainda, que os sujeitos que possuíam maior espiritualidade e religiosidade tinham mais afectos positivos, maior suporte social e melhores resultados de saúde.</p>	Comparativo
<p>Foster & Gaskins 2009</p>	<p>57 Pessoas com idade compreendida entre os 50-76 anos (70% das quais do sexo masculino).</p>	<p>Com o objectivo de descrever o estigma associado ao VIH/SIDA, foram conduzidos 4 <i>Focus Group</i> e, adicionalmente, usados 2 instrumentos de estigma (<i>Self-perceptions of HIV stigma</i>, e <i>Stigma impact of HIV</i>). Os dados qualitativos recolhidos foram analisados através da análise comparativa constante, para os dados quantitativos o recurso foi o SPSS.</p>	<p>Da análise de dados emergiram quatro categorias que envolvem o tema em estudo: revelação, experiência de estigma, necessidades educativas acerca do VIH/SIDA e aceitação da doença. Salientando-se a vergonha como a maior fonte de estigma para os sujeitos, também se evidência a importância de manter a doença em segredo, o que, por um lado, minimiza o sentimento de estigma, mas, por outro, limita o suporte social. A família, sendo o elemento ao qual mais é revelado o diagnóstico, assume-se como a principal fonte de suporte. A experiência directa de estigma ou rejeição social foi baixa. A necessidade de educação para a saúde é entendida como uma forma de compreender a doença. Os sujeitos consideram importante gerir a sua doença, aceitar que as suas vidas não acabaram e minimizar os aspectos negativos de ser seropositivo.</p>	Misto

Autor (es) /Ano	Participantes	Intervenções	Resultados	Estudo
<p>Illa, Echenique, Jean, Avellaneda, Metsch, Mulet, Eidsdorfer & Martínez 2010</p>	<p>300 Pessoas seropositivas com 45 anos e mais.</p>	<p>Com o objectivo de relatar os resultados de uma intervenção comportamental desenhada para reduzir os comportamentos sexuais de risco em idosos seropositivos (prevenção secundária), num período de 6 meses, foram divididos os sujeitos em dois grupos, o de controlo e o de intervenção, foram distribuídos folhetos informativos a todos os sujeitos e, desenvolvidas sessões psicoeducacionais apenas ao grupo de intervenção, a intervenção foi guiada pelo modelo <i>information-motivation- behavior skills</i>. Para avaliar a intervenção foram usadas medidas que avaliavam o risco sexual, o conhecimento sobre VIH, e auto-eficácia sexual. Os dados foram alvo de uma análise estatística descritiva.</p>	<p>Os dados apontaram para um aumento do conhecimento acerca do VIH em 6 meses, em ambos os grupos, no entanto, apenas no grupo de intervenção se verificou uma efectiva diminuição da prática sexual desprotegida, com pessoas com todos os tipos de status serológico, incluindo os seronegativos e os que desconhecem a sua condição. Partindo desta ideia é apontada uma relação entre a intervenção e a redução de comportamentos sexuais de risco. Neste sentido, os investigadores apontam o Projecto ROADMAP (<i>Reeducating Older Adults in Maintaining AIDS Prevention</i>) como um efectivo meio de intervenção, na prevenção secundária, para os idosos seropositivos sexualmente activos.</p>	<p>Quasi-experimental</p>
<p>Lovejoy, Heckman, Sikkema, Hansen, Kochman, Suhr, Garske & Johnson 2008</p>	<p>290 Sujeitos VIH positivos, com mais de 50 anos de idade.</p>	<p>O estudo teve por base o modelo Transaccional de <i>stress</i> e <i>coping</i> e os participantes foram sujeitos a um pré-questionário computadorizado. No seu desenvolvimento foram aplicadas diversas escalas: escala de depressão geriátrica, <i>Beck anxiety inventory</i>, escala de solidão <i>UCLA</i>, escala de bem-estar físico percebido, <i>modified mini-mental state examination</i>.</p> <p>Os participantes responderam ainda a um questionário sobre o uso de terapêutica para a disfunção erétil, uso de drogas/álcool, comportamento sexual e de dados sociodemográficos.</p> <p>Os dados foram alvo de análise estatística.</p>	<p>Verificou-se que, apesar de existirem diferenças entre género e orientação sexual, 6% dos participantes não eram sexualmente activos nos últimos 3 meses, 26% usavam preservativo regularmente quando tinham relações sexuais, 7% usavam preservativo irregularmente, mas mantinham relações com pessoas também seropositivas e 6% usavam irregularmente o preservativo, mantendo relações com pelo menos uma pessoa VIH negativa ou condição serológica desconhecida.</p> <p>Numa outra perspectiva, evidenciam, 38% de idosos sexualmente activos nos últimos 3 meses, sendo que, destes, 33% tinham tido pelo menos uma ocasião de sexo desprotegido.</p>	<p>Quantitativo</p>

Autor (es) /Ano	Participantes	Intervenções	Resultados	Estudo
Machiesqui, Padoin, Paula, Ribeiro & Langendorf 2010	5 Pessoas (1 do sexo feminino e 4 do sexo masculino), de idade igual ou superior a 50 anos.	Para descrever as implicações relacionadas ao dia-a-dia de pessoas com mais de 50 anos, que têm SIDA, recorreram às Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade, usando a Dinâmica do Mapa Falante como estratégia de colheita de dados. Os participantes discutiram em grupo e desenharam um mapa em torno da temática, tendo sido usada a questão: “A partir de casa de vocês, quais são os lugares por onde passam para dar seguimento ao tratamento antirretroviral?” para despoletar o debate. Os dados foram analisados através da Análise Temática de Conteúdo.	Dos dados emergiram duas categorias: o quotidiano terapêutico e as implicações da SIDA no dia-a-dia. Desta última emergiram 5 sub-categorias: efeitos decorrentes da descoberta do diagnóstico, da compreensão de que tem uma vida normal apesar da doença, a fé em deus como modo de enfrentamento, vivências e experiências como preconceito e a discriminação, e o silêncio da condição serológica. Os dados evidenciam que, apesar da doença, os idosos vivem normalmente, usando estratégias de enfrentamento como a fé em Deus; que os idosos são alvo de preconceito e discriminação por serem seropositivos, o que os leva a não revelarem a sua condição serológica.	Qualitativo
Oliveira, Lima & Saldanha 2008	43 Indivíduos seropositivos, com idades entre os 51-78 anos e, 43 pessoas VIH negativas, com idades entre os 50-87 anos.	Com o intuito de avaliar a qualidade de vida em pessoas com idade superior a 50 anos VIH positivas, foram aplicados o questionário biodemográfico e a escala de qualidade de vida para a velhice. Com os dados obtidos foram efectuadas análises de estatísticas descritivas e multivariadas através do SPSS.	Os dados obtidos apontaram para um <i>score</i> de qualidade de vida bom, tanto para os sujeitos VIH positivos como negativos. Apesar disto foi notável, através da avaliação por factores, baixos níveis nas dimensões da qualidade de vida “morte e morrer” e “intimidade”, para os idosos seropositivos, o que indicou que a SIDA continua a ser associada à morte e ao sofrimento e, impõe limitações no que respeita às relações íntimas, da população por ela afectada, afectando a sua qualidade de vida.	Comparativo
Poindexter & Shippy 2010	34 Pessoas seropositivas com mais de 50 anos (14 do sexo feminino e 20 do masculino).	Com a finalidade de explorar o significado e processo de desenvolvimento das redes sociais que envolvem os sujeitos, descobriram, de forma accidental, a decisão de revelar a seropositividade, no contexto da discussão sobre redes sociais. Com a opção <i>metodológica</i> da <i>Grounded theory</i> , desenvolveram 5 <i>focus groups</i> . As discussões foram áudio-registadas e as suas transcrições codificadas através do <i>Poindexter</i> .	Da análise de dados emergiram 3 categorias que envolvem a temática de revelar o diagnóstico: esconder ou revelar selectivamente, ou gestão do estigma; revelação parcial por causa da percepção de controlo parcial da informação; difusão ou revelação voluntária do diagnóstico, representando resistência ao estigma. Verificaram que, 16 participantes escolhiam cuidadosamente a quem revelar o diagnóstico (protegendo-os a si próprios da rejeição, julgamentos, problemas familiares, na igreja ou no emprego). 6 revelavam parcialmente o diagnóstico (o que implica que, por um lado, é árduo carregar o estereótipo e o estigma, mas por outro, que é complicado manter o secretismo). 13 divulgavam o diagnóstico voluntariamente, o que se demonstrou relacionado com estratégias de <i>coping</i> que ultrapassam a gestão de estigma, sendo exemplos de escolhas de revelação assertivas e resilientes. Estes participantes consideram que revelar a sua condição é essencial em qualquer relação de amizade que possam ter e que pode servir como estratégia de educação para outras pessoas seropositivas.	Qualitativo

Autor (es) /Ano	Participantes	Intervenções	Resultados	Estudo
<p>Saldanha, Fernandes de Araújo & Sousa 2009</p>	<p>21 Idosos seropositivos (50-72 anos) de ambos os sexos (71% do sexo masculino).</p>	<p>Para conhecer as representações emergentes face à infecção pelo VIH em pessoas idosas foi usada a Técnica de Associação Livre de Palavras e, desenvolvidas individualmente, entrevistas abertas, partindo da questão: “Para o senhor (a) o que representa a AIDS?”.</p> <p>Os dados recolhidos através da técnica mencionada foram processados através do software Tri-Deux-Mots e interpretados através da Análise Factorial de Correspondência; às entrevistas foi aplicada a Análise de Conteúdo.</p>	<p>Os dados apontam para diferentes representações da doença, variando com o grau de escolaridade. Assim, para os idosos com menos escolaridade a SIDA apresenta-se com uma conotação negativa, como uma forma de castigo, Deus surge como uma forma de enfrentamento. Para os idosos com maior escolaridade, a representação da doença envolve esperança, através do uso dos fármacos, é vista como uma doença crónica e controlável, para este grupo a causalidade é encontrada na transmissão sanguínea, no uso de drogas e no beijo.</p> <p>Da análise das entrevistas emergiram 5 categorias: Diagnóstico, Vivendo com VIH, Enfrentamento, Tratamento e Perspectivas. Aquando do diagnóstico são apontados sentimentos de desespero e incredulidade, depois, quando a doença se desenrola no tempo, de conformismo. O preconceito é enunciado em duas vertentes: a social e o auto-preconceito e, conduz, ao medo de revelar a seropositividade a outros. Este silêncio conduz a que o idoso tenha uma rede de apoio limitada, geralmente familiar ou de amigos próximos. A religião apresenta-se como a principal forma de enfrentamento, embora a utilização de recursos internos e a naturalização do problema também sejam mencionados. O uso e cumprimento da terapêutica antirretroviral é encarado como a forma de tratamento e incute esperança no prolongamento da vida.</p> <p>As perspectivas dos idosos variam, por um lado, o receio do futuro, da doença, do internamento, do sofrimento e, por outro, emerge a esperança na cura e a ideia de ganhos secundários (aproximação da família).</p>	<p>Misto</p>
<p>Silva, Saldanha & Azevedo 2010</p>	<p>43 Indivíduos seropositivos com idade entre os 51 e os 78 anos (68% do sexo masculino).</p>	<p>Para analisar a influência de variáveis biodemográficas e clínicas na qualidade de vida de pessoas com idade acima dos 50 anos, VIH positivas, foi aplicado um questionário biodemográfico e a escala de qualidade de vida na velhice elaborada pela WHO. Os questionários foram alvo de análise estatística descritiva, a escala de qualidade de vida foi analisada conforme as indicações fornecidas pelo centro de qualidade de vida da WHO.</p>	<p>Da análise dos dados surgiu uma associação entre as variáveis demográficas, clínicas e qualidade de vida, o que demonstra que a última é indissociável de aspectos da vida como trabalho, lazer, moradia e outros. Salienta-se também a importância dos indicadores subjectivos, na percepção dos sujeitos sobre a sua qualidade de vida, nomeadamente o suporte social (uma ampla rede de apoio aparece relacionada com menos sofrimento e maior adesão terapêutica).</p>	<p>Quantitativo</p>

Os resultados dos estudos analisados conduzem-nos, de um modo geral e, antes de mais, a uma reflexão acerca da problemática do VIH/SIDA na pessoa idosa, como um fenómeno recente, em expansão e, que implica a vivência de um duplo estigma: ser idoso e ser seropositivo.

Salientam-se alguns resultados, nomeadamente acerca da qualidade de vida das pessoas idosas seropositivas que, contrariamente ao que se podia inferir, das ideias do senso comum, surge pouco alterada, em relação às pessoas idosas seronegativas (Oliveira, Lima & Saldanha, 2008; Silva, Saldanha & Azevedo, 2010), sendo de ressaltar alterações no que respeita à morte, morrer e intimidade. De encontro a esta ideia, Machiesqui et al. (2010), revelam resultados que nos transmitem a possibilidade de viver a doença com normalidade, apesar das implicações que esta apresenta, para o dia-a-dia da pessoa, nomeadamente a vivência de estigma, preconceito e discriminação.

A representação da doença parece ser influenciada por aspectos como a escolaridade, encontrando-se que, para os que têm mais habilitações literárias, o VIH/SIDA não é encarado como uma doença fatal mas, antes, como uma condição crónica, para a qual o cumprimento da terapêutica antirretroviral é fundamental (Saldanha, Fernandes de Araújo & Sousa, 2009).

A decisão da pessoa de revelar o diagnóstico parece ser de fulcral importância na experiência do VIH/SIDA, na pessoa idosa, na medida em que delimita o tipo de apoio, social, familiar e com as pessoas significativas, que a pessoa idosa pode usufruir, sendo que as atitudes de silenciamento parecem conduzir a uma rede de apoio mais limitada (Brennan, Strauss & Karpiak, 2010). Para além disto, esta decisão parece influenciar também a vivência de estigma, discriminação ou preconceito, na medida em que silenciar a condição seropositiva, protege os indivíduos destes sentimentos (Foster & Gaskins, 2009, Poindexter & Shippy).

A religiosidade e a espiritualidade emergem, na maioria dos estudos analisados, quer como estratégia para viver com a doença, quer como causalidade do diagnóstico, sendo este associado a um castigo divino (Machiesqui et al., 2010; Cuevas et al., 2010).

O comportamento sexual das pessoas idosas seropositivas, antes de mais, é real e verificado, depois, manifesta-se muitas vezes, como de risco, pelo parco uso do preservativo (Lovejoy et al., 2008), o que nos induz a necessidade de intervenção no que respeita à educação para a saúde. Neste sentido, Illa et al. (2010), demonstram que

uma intervenção educacional de 6 meses, apesar de não se poder relacionar com ganhos comportamentais (na diminuição de comportamentos de risco), evidencia um aumento de conhecimento acerca da doença.

Os estudos apontam, ainda, para uma necessidade de modificar as estratégias de divulgação de informação acerca do VIH/SIDA e, os idosos referem mesmo que estas deviam ser adequadas a eles, propondo que a educação para a saúde surja nos locais que habitualmente frequentam e, realçando os proveitos que poderiam decorrer da execução, da mesma, pelos seus pares, idosos também seropositivos (Illa et al., 2010).

De modo a sistematizar e relacionar os conceitos que emergiram da análise dos resultados obtidos, nos 11 estudos incluídos, na revisão sistemática da literatura, elaborou-se um mapa conceptual, apresentado na fig. 1.

Fig. 1 – Mapa conceptual referente à temática em estudo: experiência da seropositividade na pessoa idosa.



Importa, ainda, referir como limitações desta revisão, que outros estudos poderiam ser inseridos e, assume-se que não foi possível o acesso a todos os estudos existentes a nível mundial, visto que a pesquisa apenas incluiu artigos escritos em português e inglês e, se limitou às bases de dados referidas anteriormente. Para além disto, convém mencionar que não foi possível aceder ao *full text* de alguns artigos que, pelo seu título, pareciam apresentar-se úteis para a compreensão da temática.

PARTE 2: PERCURSO METODOLÓGICO

3. METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo procede-se à justificação da escolha da temática e efectua-se uma abordagem ao tipo de estudo: descritivo, de natureza indutiva. Mencionam-se os procedimentos inerentes à recolha de dados, como seja o campo de investigação (consulta do VIH/SIDA da consulta externa de um hospital da região do Algarve), os participantes do estudo (utentes desta consulta), o método de recolha de dados (entrevista aberta) e descrevem-se os procedimentos de análise de dados: análise de conteúdo. Indicam-se, ainda, aquelas que, se entendeu, serem as limitações do estudo, bem como os aspectos éticos que foram considerados.

A escolha da temática teve por base duas componentes: a científica e a pessoal. Assim, após uma reflexão sobre os interesses próprios, o diálogo com alguns elementos da equipa multidisciplinar, bem como, com a orientadora deste trabalho, definiu-se o tema a estudar: “SIDA nas pessoas idosas”, sendo que, toda a investigação se desenvolveu a partir da seguinte questão: “Como é experienciada a seropositividade na pessoa idosa?”.

Deste modo, a tentativa de responder a esta importante questão prendeu-se com o desejo pessoal em estudar este assunto pelo facto de cuidar, profissionalmente, com este tipo de população. Outra das motivações relacionou-se com o impacto social que a infecção por VIH tem vindo a ter, quer a nível mundial, quer em Portugal e, ainda, à crescente expansão deste fenómeno na população idosa, cerne dos estudos gerontológicos.

Assim sendo, e considerando todos estes aspectos, a escolha da temática emerge da vontade em conseguir uma prestação de cuidados adequada às pessoas idosas e, muito em particular, às pessoas infectadas pelo VIH, sobretudo no que respeita ao desenvolvimento de estratégias de suporte social, de promoção e educação para a saúde.

Considerando a evidência científica, que aponta quer para uma aumento da população idosa, em geral, quer para um incremento da população idosa seropositiva, tendência que é global, não se restringindo ao nosso país (CDC, 2008; CVEDT, 2005),

parece emergente uma atenção especial a este assunto, quer por parte dos cuidadores, quer pela sociedade em geral.

Com foi descrito, nomeadamente, no enquadramento empírico, actualmente, os programas de prevenção da infecção por VIH não são pensados para a população idosa, quer no que respeita a prevenção primária (com idosos seronegativos), quer no que concerne a prevenção secundária, com idosos VIH positivos (Illa et al., 2010).

Neste sentido, estudar a experiência de VIH/SIDA na pessoa idosa, parece bastante relevante, na medida em que, a seropositividade, na população idosa, constitui uma problemática não só de ordem da saúde pública (transmissão da infecção), mas acima de tudo de ordem social (mais necessidades de ajuda, maior isolamento e estigma).

3.1. TIPO DE ESTUDO

Considerando a questão central do estudo: “como é experienciada a seropositividade pela pessoa idosa?”, pareceu adequada a opção por um estudo indutivo, descritivo, onde se utilizou a análise de conteúdo para proceder à análise dos achados.

Este tipo de estudo insere-se numa metodologia de investigação qualitativa, assente no paradigma naturalista, cujos princípios contemplam a realidade como única, mutável e dinâmica; o conhecimento como relativo ou contextual e o fenómeno humano como único e imprevisível (Fortin, 2009).

Esta opção metodológica, segundo a mesma autora (2009), permite, através do uso do raciocínio indutivo, obter uma ampla compreensão do fenómeno em estudo, em que é privilegiada a experiência vivida e relatada dos sujeitos ou participantes.

Neste sentido, a essência da investigação qualitativa está mais relacionada com o processo do que com o resultado em si. Assim, pretende a compreensão total do fenómeno em estudo, tendo como propósito a descoberta, a descrição, a explicação e a indução (Fortin, 2009).

Após uma evolução da investigação qualitativa, não basta o rigor no método, onde está subjacente e transparece como uma preocupação do investigador. De facto, outros valores ou características vão surgindo como consensuais para a comunidade

científica, nomeadamente a valorização de aspectos que transcendem o método e não podem ser completamente explicados, como a intuição e a criatividade (Morse, 2007).

A metodologia qualitativa parece adequar-se à problemática em estudo, uma vez que possibilita a “explicitação de diversas experiências de saúde-doença e de diversas experiências de cuidados” e focaliza-se na realidade do modo como é percebida pelos indivíduos (Fortin, 1999, p.149). Neste tipo de abordagem o investigador interessa-se pela compreensão do significado que assumem os acontecimentos para pessoas comuns, em determinada situação particular (Bogdan & Biklen, 1994).

Atendendo ao tema em estudo optou-se por um desenho de investigação descritivo (Fortin, 2009), uma vez que os objectivos se prenderam com a descrição e exploração do fenómeno, ou seja, não se tiveram pretensões comparativas, nem correlacionais, que, de resto, também não se encaixam na opção metodológica. Este desenho de investigação, para esta autora (2009), precede a exploração de relações entre os conceitos; serve para estudar acontecimentos na forma como se apresentam no meio natural, compreender fenómenos pouco estudados ou conceitos pouco explicados; e traduz-se pela identificação das características de um determinado fenómeno, de forma a alcançar uma visão global de um caso ou população (da totalidade ou de parte dela).

3.2.PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS

Numa fase prévia à recolha de dados, em si, efectuaram-se conversas informais com a médica responsável pela consulta de VIH/SIDA, de modo a compreender como se poderia proceder à recolha de dados, nomeadamente em que momento e como se abordariam as pessoas. Acordou-se que a forma mais apropriada seria após o decorrer da consulta programada. A responsável da consulta apresentaria a pessoa à investigadora e era solicitada, uma primeira autorização para a participação no estudo; posteriormente, encaminhavam-se os sujeitos, com a investigadora, para um gabinete no qual o âmbito do estudo era explicitado e se obtinham os consentimentos formalmente. Esta estratégia foi a adoptada.

Realizou-se, também, uma contagem do número de sujeitos, acompanhados em consulta, que se inseriam nos critérios de selecção, para que se obtivesse uma ideia geral do número de pessoas passíveis de participar no estudo.

3.2.1. Acesso ao Campo

O acesso ao campo foi fácil, já que a investigadora é enfermeira no serviço de Medicina 1 de um hospital da região do Algarve, onde é frequente o cuidado profissional com pessoas VIH positivas e, conseqüentemente, o desenvolvimento de relações profissionais com os vários elementos da equipa pluridisciplinar, nomeadamente com os médicos responsáveis pela consulta, também interessados no desenvolvimento de estudos com esta população.

Embora a autorização para a realização do estudo estivesse garantida com a autorização do conselho de administração do hospital, optou-se também por informar e dialogar com o enfermeiro-chefe da consulta externa do hospital, bem como a enfermeira responsável pela consulta do VIH/SIDA, que receberam com ânimo esta iniciativa.

3.2.2. Selecção dos participantes

O acesso aos participantes, tal como se supunha inicialmente, revelou-se difícil, na medida em que o número efectivo de sujeitos, com as características pretendidas, é limitado (cerca de 62 pessoas, 5,536% do total de utentes da consulta) dependendo da sua vinda à consulta, tendo-se verificado, algumas vezes, a não comparência dos sujeitos, às consultas programadas.

Critérios de inclusão dos sujeitos:

- Apresentar 65 ou mais anos de idade, visto ser esta a idade cronológica que, embora controversa, é aceite como aquela em que o indivíduo é considerado idoso (WHO, 2011 e Direcção Geral de Saúde, 2004);
- Ter conhecimento do diagnóstico da infecção por VIH/SIDA, uma vez que se pretende abordar a vivência de uma doença que a pessoa idosa já se assumiu como portadora;
- Ser seguido na consulta externa do hospital em causa, dado ser este o campo de investigação;
- Estar em tratamento médico para infecção por VIH/SIDA, para que se possa entender como este interfere na experiência da doença, na pessoa idosa;

- Apresentar condições físicas e psíquicas que permitam a realização da entrevista, tendo em conta que de outra forma não se poderia garantir uma recolha de dados válida;

- Aceitar de forma expressa participar no estudo, através de assinatura do consentimento informado, no sentido de garantir o cumprimento dos princípios éticos, inerentes à participação de pessoas, em estudos de investigação.

Participantes do estudo:

Este estudo contou com a participação de seis pessoas idosas seropositivas, utentes da consulta do VIH/SIDA, do serviço de consulta externa de um hospital da região do Algarve (H. F., E.P.E). A tabela 2 que seguidamente se apresenta, resume algumas características dos participantes, nomeadamente: idade, sexo, tempo de conhecimento do diagnóstico de infecção por VIH, actividade laboral, estado civil e familiares próximos.

Tabela 2 – Características dos participantes do estudo.

<i>Características</i> Participantes	Idade (anos)	Sexo (M/F)	Tempo de diagnóstico (anos)	Actividade laboral	Estado civil	Família
Participante 1 (E2)	79	M	16	Reformado	Solteiro	1 irmão
Participante 2 (E3)	67	M	14	Reformado	Separado	2 filhas
Participante 3 (E4)	65	F	10	Reformada + comércio	Divorciada/viúva	2 filhas netos
Participante 4 (E5)	65	M	13-14	Construção/decoração	Divorciado	2 Filhas
Participante 5 (E6)	69	F	5	Reformada	Divorciada	2 filhas netos
Participante 6 (E7)	72	M	13	Reformado	Casado	1 filho netos

Modo de selecção dos participantes:

Tendo em conta a metodologia utilizada, a selecção dos participantes foi feita de modo intencional, de acordo com a riqueza e densidade dos dados pretendidos, isto é,

com experiências individuais ou específicas que estes possuem sobre o fenómeno em estudo (Streubert & Carpenter, 2002), neste caso sobre a sua infecção pelo VIH/SIDA.

Como afirmam os autores supracitados (2002), estes estudos são, normalmente, circunscritos a amostras pequenas e a dimensão da amostra deve ser determinada em função do conteúdo da informação (colheita de dados até adquirir saturação ou redundância dos dados) de acordo com critérios de selecção prévios. Fortin (2009) reafirma esta ideia, embora acrescente que o número de participantes ronda os 6 a 10 sujeitos. Apesar disto, a saturação, parece depender especificamente da natureza do fenómeno em estudo, das características dos participantes e do próprio processo de condução das entrevistas (Loureiro, 2006).

A saturação dos dados, no presente estudo, foi obtida antes da realização da sétima entrevista, no entanto, prosseguiu-se no sentido de apurar se, efectivamente, os achados deixavam de trazer ideias novas.

3.2.3. Recolha de Dados

Na investigação qualitativa a entrevista apresenta-se como uma estratégia dominante para a recolha de dados (Bogdan & Biklen, 1994). De acordo com Fortin (2009), nos estudos qualitativos, a entrevista não estruturada é a mais frequente e o uso de questões abertas permite uma melhor compreensão do ponto de vista do sujeito, bem como da sua experiência.

No entanto, tendo em conta que falar livremente acerca da sua doença (VIH/SIDA) se revela, por vezes, difícil para as pessoas, decidiu-se elaborar um guião temático da entrevista, para que se pudesse, durante a mesma, estimular o sujeito a abordar os temas centrais permitindo, mesmo assim, que fosse ele a direccionar o seu discurso.

Deste modo, no guião temático da entrevista, foram definidas as orientações do tema em estudo, sem que a sua exploração se estabelecesse através de uma ordem, ou modo específico de colocar as questões. Procurou-se que as questões colocadas fossem abertas pois, como afirma Fortin (2009) possibilitam, aos sujeitos em estudo, direccionar o discurso livremente, exprimindo o pensamento de forma espontânea, o que permite a compreensão da experiência através do seu ponto de vista.

O uso de questões abertas vai de encontro aos critérios descritos por Flick (2005): não-directividade, através do uso de perguntas abertas; especificidade, através da evidência de aspectos específicos que determinam o significado do fenómeno em estudo para o participante; amplitude, através da garantia de que todos os aspectos relevantes são mencionados na entrevista e, profundidade, através da busca pelo máximo de afirmações que revelem o sentimento do participante, evitando afirmações simples e pouco tradutoras da vivência. No entanto e apesar de, na sua obra, Flick (2005) salientar, a dificuldade e a imprevisibilidade de todos estes critérios serem atendidos, visto que dependem do modo como a entrevista se desenrola e não podem ser completamente garantidos através da elaboração do guião orientador, tentou-se ter sempre estes aspectos em mente aquando da recolha de dados.

O guião temático da entrevista, seguidamente apresentado, foi elaborado com base nas questões que se consideraram estar relacionadas com a vivência da seropositividade na pessoa idosa, nomeadamente o modelo da rerepresentação cognitiva de Leventhal, no qual, foram desenvolvidas escalas usadas para avaliar/ medir quantitativamente as representações de doença, nas várias componentes.

Guião temático da entrevista

Existem aspectos, ao longo da vida, que a marcam e transformam. Saber que se tem determinada doença pode ser um deles. Considerando que vive com SIDA, gostaria que me relatasse um pouco da sua experiência, referindo-se especificamente a quatro aspectos:

- O que é para si a SIDA? (sintomas, causa, em que medida faz sentido a doença tendo em conta o comportamento, cronicidade, hipótese de cura, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, sentimentos e emoções despertadas);
- Como se sente em relação às outras pessoas (família, amigos, colegas) e o que pensa que elas sentem em relação a si, por ter esta doença?
- Mudou alguma coisa após ter conhecimento de estar infectado? (dia-a-dia, estilos de vida, vivência da sexualidade, relação com os outros, planos futuros);
- Sente necessidade de ajuda? (Qual? De quem? Como?).

A compreensibilidade do guião foi aferida através da sua aplicação a uma pessoa, de características idênticas às dos participantes no estudo. No decorrer da entrevista verificou-se, de um modo geral, uma boa compreensibilidade, tendo sido possível obter os aspectos considerados, pelo sujeito, mais marcantes na experiência com VIH/SIDA. Assim aceitou-se o guião inicialmente construído, tendo-se adaptado e esclarecido a linguagem quando se verificou pertinente e ao longo da realização das entrevistas consequentes.

Concretização das entrevistas

Foram efectuadas sete entrevistas, sendo que a primeira, não foi considerada pois serviu para aferir a compreensibilidade do guião da entrevista, daí que ao primeiro participante se tenha atribuído o código “E 2”, e que se considere a participação de 6 pessoas.

As entrevistas foram quase todas realizadas num gabinete, na área de envolvência da consulta externa do referido hospital, no entanto, pelo imprevisto de todos os gabinetes da consulta se encontrarem ocupados no momento da realização de algumas entrevistas, houve necessidade de entrevistar dois sujeitos em gabinete pertencente ao serviço de Medicina 1.

De um modo geral, o ambiente em que decorreram as entrevistas foi calmo, silencioso e sem interrupções, excepto na realização da entrevista teste, em que nem todos os profissionais estavam a par a realização da entrevista e, por distração, abriram a porta do gabinete onde a mesma decorria, conduzindo à sua interrupção momentânea. Em todas as entrevistas existia uma mesa que não constituiu barreira entre entrevistador e sujeito, visto que a disposição das cadeiras permitiu proximidade entre ambos.

O registo das entrevistas procedeu-se na versão áudio-digital, após o consentimento dos participantes, e foram feitas as anotações necessárias, no final da realização das mesmas, já sem que a pessoa pudesse observar esse comportamento, isto porque, se verificou que, o manuseamento ou olhar de uma folha de papel, provocava a atenção do sujeito. Este procedimento permitiu que não se perdesse a riqueza da comunicação não verbal (e paralinguagem), e que se considerassem estes aspectos aquando da transcrição das entrevistas.

3.3. PROCEDIMENTOS NA ANÁLISE DE DADOS

Após a transcrição fiel das entrevistas e obtenção do *verbatim* procedeu-se à análise de dados, concretamente através da análise de conteúdo.

A análise ou interpretação dos dados é apontada como sendo o ponto fulcral da investigação qualitativa, permite por um lado elaborar a teoria e, por outro, decidir sobre a necessidade de adicionalmente colher ou explicitar dados (Flick, 2005). Completando esta ideia Flick (2005) afirma, ainda, que a análise de dados assume dois objectivos opostos, que podem usar-se em alternativa, ou sequencialmente: o de descobrir ou contextualizar as afirmações que advêm da transcrição de dados (amplia-se o material), e o de resumir ou categorizar o material colhido.

A este respeito Morse (2007), tece a ideia de que analisar dados não é um processo mágico, mas antes “exige um questionamento inteligente, uma contínua procura de respostas, observação activa e memória precisa” (p.35), de forma a fazer emergir os dados relevantes e relacioná-los.

A opção pela análise de conteúdo surgiu por esta ser uma técnica de análise, que tem por objectivo proceder a uma análise e descrição objectiva e sistemática de material qualitativo recolhido através de entrevistas (Fortin, 1999). Bardin (2008), afirma mesmo, que a análise de conteúdo deveria ser aplicável a qualquer modo de comunicação, em qualquer tipo de suporte. Este autor (2008), acrescenta, ainda, que, sendo um instrumento de análise, pode ser usado de diversas formas e é vastamente aplicável, visto que qualquer comunicação deveria poder ser traduzida pela análise de conteúdo.

Segundo este autor (2008), a análise de conteúdo apresenta essencialmente duas funções [que vão de encontro à ideia acima referida por Flick (2005)], que podem ou não interagir: a “função heurística” e a função de “administração da prova”. No que respeita à primeira, enriquece a exploração ou descoberta do fenómeno, no que respeita à segunda, permite, através da formulação de questões provisórias, partir para a análise sistemática com o intuito de confirmar as inferências.

A análise de conteúdo consiste, segundo Bardin, Triviños e Minayo (cit. em Rodrigues & Leopardi, 1999), num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos, de descrição do conteúdo das

mensagens, de forma a obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mesmas. Fortin (1999) completa esta ideia, afirmando que este método tem por objectivo evidenciar a experiência vivida pelos participantes, em relação ao fenómeno estudado, através de uma análise descritiva das significações da linguagem - unidades de significação da experiência - estas unidades de significação são, segundo Deschamps (cit. em Fortin, 1999) “os constituintes que determinam o contexto do fenómeno explorado e que incluem forçosamente a parte da significação inerente a este contexto” (p. 315).

A análise de conteúdo tem por objectivo identificar o que o sujeito está a referir acerca de determinado tema. Uma das definições que, parece, evidenciar melhor o que é, na essência, a análise de conteúdo, é a de Bardin (2008) que refere que, “a técnica consiste em classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir alguma ordem na confusão inicial” (p.39). Trata-se, portanto, de organizar a informação recolhida, para que faça sentido, tendo em conta o fenómeno em estudo.

A escolha da análise de conteúdo prendeu-se também com o facto de permitir o “estudo das «motivações, atitudes, valores, crenças, tendências»” (Rodrigues & Leopardi, 1999, p.22), sendo sensível a dados em forma contextual ou simbólica (Woods & Catanzaro, cit. em Rodrigues & Leopardi, 1999), o que vai de encontro à temática abordada: compreensão da experiência da seropositividade na pessoa idosa, que, como foi descrito no enquadramento teórico, implica dimensões que envolvem crenças e conduzem a atitudes/comportamentos face à doença.

Os processos interpretativos que devem estar na base da análise de dados têm sido descritos por diversos autores (Colaizzi, 1978; Giorgi, 1985; Munhall & Boyde, 1993; Paterson & Zderad, 1976; Spiegelberg, 1965, 1975; Streubert, 1991; Van Kaam, 1959; Van Manen, 1984). As etapas por eles descritas são, de um modo geral, semelhantes (embora tenham algumas diferenças na nomeação), cabendo ao investigador proceder à escolha da orientação que melhor se adequa ao fenómeno em estudo (Streubert & Carpenter, 2002).

Assim, após uma compreensão básica das etapas processuais concretas, de cada um dos autores acima mencionados, optou-se por seguir, as descritas por Giorgi (1985) citado em Streubert e Carpenter (2002, p.56):

- Leitura da descrição inteira da experiência para obter um sentido do todo;
- Releitura da descrição;
- Identificação das unidades de transição da experiência;
- Clarificação e elaboração do significado relacionando os constituintes uns com os outros e com o todo;
- Reflexão nos constituintes segundo a linguagem concreta do participante;
- Transformação da linguagem concreta em linguagem ou conceitos científicos;
- Integração e síntese da compreensão numa estrutura descritiva do significado da experiência.

Na prática, estas etapas, traduziram-se por: sublinhar as frases que continham informações relevantes para o estudo; isolar, em cada discurso, os aspectos importantes considerando o objectivo do estudo, sendo excluído do texto o que se afastava deste. A estes segmentos de texto que não interessavam para o estudo atribuiu-se o código “(...)”. Para clarificar algum aspecto na frase, colocaram-se informações entre chavetas “ { } ”, para esclarecer questões de português recorreram-se aos parêntesis “ () ” e para descrever linguagem não verbal usaram-se as barras “ | ”.

Cada frase relevante (unidade de significação), foi numerada sequencialmente, de acordo com o surgimento no texto. Para, posteriormente, no conjunto, se perceber a que entrevista correspondia determinada unidade de significação, foi atribuído o código “E”, ao qual se associou o número da entrevista.

Ao longo deste processo transformou-se a linguagem concreta em linguagem ou conceitos científicos sendo que as categorias e sub-categorias que pareciam emergir foram anotadas, esboçando-se finalmente a estrutura descritiva do significado da experiência seropositividade para a pessoa idosa.

Após o término da análise dos achados, houve a necessidade de garantir a sua fidelidade e validade. Segundo Carmo e Ferreira (1998) a fidelidade está relacionada com a uniformidade de resultados obtidos por diferentes codificadores (fidelidade inter-codificadores), e com a utilização sistemática e idêntica dos critérios de codificação, pelo investigador ao longo de toda a codificação (fidelidade intra-codificador). A validade da análise de conteúdo obtém-se quando a descrição dos conteúdos reproduz exactamente a realidade dos factos.

A credibilidade, que se relaciona com a precisão dos achados, tal como são descritos pelos participantes, com a conformidade entre o que descrevemos e o que é realmente experimentado e descrito pelos participantes, pode ser incrementada através de estratégias como a triangulação, como a utilização de mais investigadores que funcionam como juízes no processo de codificação e como o acompanhamento do processo de análise pelos participantes (Loureiro, 2006).

A validação e a credibilidade dos achados baseou-se na selecção de um investigador, com experiência na análise de conteúdo, que funcionou como juiz. Este acompanhou a análise, desde a segmentação de texto, à criação da estrutura para o fenómeno, o que permitiu o confronto com algumas decisões na análise, tendo-se chegado a um consenso, que permitiu considerar a análise válida. Não foram envolvidos os participantes no estudo, no processo de análise, pela dificuldade em estabelecer um novo encontro.

3.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O rigor é considerado uma pretensão primordial em qualquer tipo de estudo, por isso, é imprescindível reconhecer, *a priori*, as limitações a ele inerentes.

Assim, o estudo apresenta algumas limitações que, por vezes, não foram contornáveis, nomeadamente:

- A duração das entrevistas foi variável. Este aspecto prendeu-se, possivelmente, por nem sempre se ter conseguido atingir a profundidade esperada ou, eventualmente, porque traduzir em palavras a vivência do VIH/SIDA, para os idosos entrevistados, não se revelou fácil, ou foi descrita com uma certa superficialidade.

- A dificuldade dos participantes em confidenciar algumas das suas vivências, percepções e necessidades devido ao envolvimento emocional que estas despertam. A exploração de vivências, emoções, percepções ou sentimentos, talvez tenha feito com que o participante nem sempre se tenha conseguido exprimir verbalmente, ainda que fosse sua vontade partilhá-las. Este acontecimento pode ter interferido na riqueza da informação recolhida;

- O acesso aos sujeitos foi moroso pelo facto de implicar a sua vinda à consulta externa do hospital, em consulta previamente programada, pelas suas necessidades de acompanhamento clínico, e não intencionalmente para o estudo, o que implicou que o

estudo, concretamente a recolha de dados, se estendesse no tempo, mais do que aquilo que era desejado.

- A falta de experiência na realização de entrevistas e no uso da análise de conteúdo pode ter limitado o estudo. Recorde-se que, como afirma Flick (2005) o sucesso da aplicação da entrevista depende da competência situacional do investigador, adquirida pela tomada de decisões adequadas nas situações de entrevista, bem como pelo treino prático. Assim, considera-se que o fenómeno da experiência de seropositividade na pessoa idosa, pode não ter sido explorado com a profundidade pretendida e que, da análise, pode não ter emergido a riqueza que investigadores mais experientes encontrariam.

- Para além destas limitações, existem outras inerentes aos estudos qualitativos, que podem ser discutíveis, mas que são salientadas por Leininger (1985) como: a dificuldade na replicação; a subjectividade; uso de linguagem vaga e efémera; falta de orientações processuais e recurso à memória dos entrevistados.

3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética é definida por vários autores, nomeadamente, Kant (1986), Habermas (1989), Singer (2002). A essência deste conceito, realçando o primeiro autor, traduz-se na ideia de tratar a humanidade, tanto a si próprio como ao outro, sempre e ao mesmo tempo, como um fim e não como um meio. Fortin (1999) define-a como “a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”, isto é, o conjunto de normas referentes aos comportamentos considerados *bons* ou *maus*, *correctos* ou *incorrectos*, por parte das pessoas, grupos ou sociedade (p.114).

Uma das considerações éticas inerentes ao desenvolvimento deste estudo, foi obter autorização oficial, para o desenvolvimento do mesmo, quer por parte do conselho de administração do hospital (bem como conselho de ética), quer por parte da médica responsável pela consulta de VIH/SIDA, mediante pedido formal e apresentação do ante-projecto de investigação, bem como do instrumento de colheita de dados.

A ética da investigação deve assentar no respeito pelos direitos da pessoa e da dignidade humana (Fortin, 2009). Segundo a mesma autora (2009), que teve por base as directrizes de organismos internacionais (como o código de Nuremberga, e a declaração de Helsínquia, entre outros), na realização de um estudo é essencial respeitar sete

princípios éticos: respeito pelo consentimento livre e informado; respeito pelos grupos ou pessoas vulneráveis; respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, respeito pela justiça e pela igualdade; equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes; minimização dos inconvenientes; otimização das vantagens.

Assim, partindo do respeito por estes princípios, foi critério de inclusão no estudo o consentimento livre e esclarecido, que consistiu em fornecer aos sujeitos toda a informação sobre o estudo, verificando que estes a compreenderam. Foi igualmente transmitido aos participantes que tinham a liberdade de decidir se consentiam ou não a sua participação voluntária no estudo, bem como de abandonar o estudo em qualquer momento, sem qualquer consequência. Após o esclarecimento, os participantes consentiram por escrito, através da assinatura do consentimento informado.

Ao aceitar a participação no estudo, foi assegurado que os participantes tinham o direito de decidir sobre a quantidade e qualidade das informações a transmitir, sem que se sentissem invadidos.

Garantiu-se aos participantes, o direito ao anonimato e à confidencialidade sobre as informações partilhadas, bem como, o seu exclusivo uso no âmbito do estudo. Foi assegurada a protecção dos sujeitos, ou seja, estes não seriam expostos a situações inconvenientes, pelo que, foram ponderados os riscos (por exemplo, ansiedade e *stress* psicológico) e benefícios (como o avanço nos conhecimentos no domínio estudado, graças à sua participação) para os participantes.

Para além disto, também se procurou manter a autenticidade, quer dos dados recolhidos, quer dos resultados, como sugerido por Bogdan e Biklen (1994).

PARTE 3: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Como mencionado anteriormente, o crescimento efectivo do número de pessoas idosas tem vindo a ser acompanhado por um aumento significativo da infecção por VIH, nesta população, sendo de salientar que Portugal acompanha esta tendência.

Esta realidade apela a uma especial atenção por parte da sociedade, para que se possam adequar e implementar estratégias que minimizem o impacto da doença, promovam a saúde e melhorem a qualidade de vida desta população. Neste sentido, compreender como experiencia a pessoa idosa, desde o seu ponto de vista, o fenómeno do VIH/SIDA, parece ser o ponto de partida.

Assim, para compreender a experiência de seropositividade nos idosos, clientes da consulta do VIH/SIDA, de um hospital da região do Algarve, efectuou-se uma análise indutiva dos achados, baseada no *verbatim* das entrevistas e construída através da categorização das unidades de significação.

Da análise emergiram: uma sub sub sub categoria, seis sub sub categorias, quatro subcategorias e três categorias, que convergem num tema central, denominado “Experiência de VIH/SIDA na pessoa idosa”. A anteceder a discussão de cada uma destas categorias, apresenta-se o organograma das categorias (fig. 2) de forma a possibilitar uma compreensão rápida, esquemática e global da análise efectuada, facilitando a compreensão dos achados.

Fig. 2 – Organograma das categorias, resultantes da análise indutiva.



4.1. EXPERIÊNCIA DE VIH/SIDA NA PESSOA IDOSA

Na discussão que se segue, as categorias são apresentadas pela ordem que parece apresentar mais sentido, não traduzindo graus de importância face ao fenómeno em estudo, visto que se considera que todas as categorias contribuem para a compreensão do mesmo.

4.1.1. Categoria – Revelação

A categoria “Revelação”, de um modo sucinto, emergiu das várias unidades de significação, que traduzem o questionar da pessoa após ter conhecimento do diagnóstico de infecção pelo VIH, a quem contar, ou a quem revelar? Nela insere-se a sub categoria “Suporte”, que engloba três sub sub categorias: “Conviventes significativos”, “Profissionais” e “Espiritualidade”.

Ao receber o diagnóstico de VIH, a pessoa idosa é confrontada, consciente ou inconscientemente, com a pergunta “a quem revelar?”, esta questão é apresentada por Grilo (2001) como sendo uma das principais inquietações dos seropositivos. Esta

interrogação envolve tomadas de decisões, em que são ponderados os riscos e os benefícios de revelar a seropositividade.

Poindexter e Shippy (2010), apontam para três possíveis decisões quanto à revelação do diagnóstico: não revelar, revelar parcialmente, ou revelar voluntariamente, tendo emergido do seu estudo a conclusão de que cerca de metade dos participantes (idosos, seropositivos) não revelavam, ou revelavam cuidadosamente a sua seropositividade.

Os achados vão de encontro a esta ideia (2010): *Eu tenho duas filhas, uma com 45 anos e outra com 25, de dois casamentos, e não, a relação com elas {não mudou, porque}... nem... nem imaginam. (...) Nem os meus irmãos, os meus pais que já faleceram, nem os meus irmãos, nem os meus sobrinhos, nada. (...) A minha família eu acho que não {que não o trataria de forma diferente se soubessem da sua seropositividade}, eu acho que não. A minha família eu acho que não. Mas sentiriam muita pena, não é? Mas porque é que eu vou contar? Não, não tenho necessidade disso, isso não vai adiantar nada (...)* (E5.25).

Verifica-se, muitas vezes, que a opção dos participantes passou pelo silenciamento ou a não revelação do diagnóstico a ninguém e, quando essa revelação ocorreu, restringiu-se maioritariamente à família/ pessoas significativas, e/ou aos profissionais de saúde: *Não. Não eu não digo a ninguém. É só os médicos. Não digo a ninguém... Por causa que..., não digo a ninguém (...)* (E3.11). *Só o pessoal da enfermagem... {é que tem conhecimento do seu diagnóstico de seropositividade}. (E3.33). Da minha família não (...) sabe um irmão meu que também tem a mesma doença. (E2.10). Esse como era mais pequeno não dissemos, agora como ainda tem dez anos também não. Não quer dizer que quando ele tiver mais compreensão que não diga. (...) Mas agora como ele ainda é jovem, muito jovem, ele depois pode contar. (E6.64).*

O silenciamento da condição seropositiva aparece relacionado com a vergonha e o medo de rejeição: *Não {não influenciou a relação com os amigos}. Aos meus amigos eu guardei segredo, porque os amigos não podem saber destas coisas. Põem logo uma pessoa de lado. Os meus amigos não sabem de nada, nem as minhas amigas. (E6.27). E depois não me queria manifestar com ninguém porque eu tinha vergonha, ainda tenho, não vou dizer o contrário, faço-me forte mas tenho. (E4.18).*

4.1.1.1. Sub categoria – Suporte

A população idosa pode sentir necessidade de diferentes tipos de ajuda, salientando-se a que advém da rede social e familiar (Paúl & Fonseca, 2005) e a financeira, que segundo Grácio (1999) é a mais relatada. Na realidade, os achados também nos conduzem a esta ideia, notando-se o recurso ao apoio social, bem como, preocupações do foro financeiro: *(...) agora tenho que ir ali à segurança social, para me passarem... sim para porem lá na (não) sei o que é, que eles põe lá, que é para ir à farmácia e na (não) pagar nada, alguns tenho que pagar. (E2.27). Eu se soubesse o que hoje sei, ou se estivesse elucidada como hoje estou, porque na altura (...) não estava (...), talvez não chegasse a tanto... Separava sim, mas não chegava ao divórcio, porque eu hoje sou divorciada, e considero-me também como viúva, e acabei por não ter a reforma que o estado dá que também me pertencia a mim, a reforma dele, nem de viuvez, nem de nada (...)* (E4.36). *E eu então, pronto, tive que enfrentar as despesas todas, porque ele só tinha depois a baixa e a gente sabe (...) o dinheiro de baixas o que é (...) tivemos de acabar com a renda da casa que ele tinha ali (...) Ele tinha pagamentos, era a casa, era o carro e mais empréstimos que ele tinha e mais não sei o quê. Com o dinheiro da baixa não se safava de maneira nenhuma. Levamos-o (levamo-lo) para casa, cuidamos dele, enfrentei as despesas, enfrentei tudo... de boa vontade. (E6.20).*

É cada vez maior o número de idosos reformados que regressa à actividade laboral, ou arranjam uma actividade em tempo parcial (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006), nas verbalizações dos participantes também se verificou a necessidade de exercer uma actividade laboral de modo a completar financeiramente a reforma, visto que a mesma se revela insuficiente para o participante *(...) quando eu descobri, fui trabalhar (...) mas depois eu desisti, quando coiso... (...) eu tenho uma reforma muito pequena (...) da reforma quando andei embarcado... pra (para) a reforma ser maior. (E3.29).*

Apesar disto, importa referir que, da análise dos achados emergiu diversas vezes a negação da necessidade de suporte, bem como a satisfação com o apoio que é oferecido: *Têm {apoio suficiente, as pessoas infectadas}. Têm medicamentos de graça, têm médico, têm essas coisas. (...) Não {não lhe foi negado nenhum tipo de ajuda}. (E2.26). Que eu me lembre não porque, eu sempre que recorri às ajudas, obtive-as, pelo menos uma parte, que eu me lembre foi esta, talvez por ser agora, nas outras*

partes não, porque, nunca fui pedir ao banco nada, a casa pois, está tudo pago... (E4.92). Não {nunca sentiu necessidade de ajuda}. Eu sou muito forte! [risos] (E6.51).

A ajuda que pode ser obtida pela pessoa seropositiva parece relacionar-se estreitamente com a “Revelação” do diagnóstico, sendo considerada um dos seus efeitos positivos, na medida que os outros, nomeadamente os conviventes significativos e os profissionais, ao conhecerem o seu problema a podem ajudar mais adequadamente (Grilo, 2001).

4.1.1.1.1. Sub sub categoria – Conviventes Significativos

O idoso tende a focar-se na vida familiar, procurando nos seus elementos o suporte, a amizade e o amor. É frequente assumir-se, que é a rede familiar que dá resposta às necessidades do idoso e que redes sociais (que no idoso, frequentemente se traduzem pela rede familiar) mais alargadas parecem indicar maior apoio, nos momentos de doença (Figueiredo, 2007).

A família, sendo a quem mais é revelada a condição de seropositividade pela pessoa idosa, assume-se como a principal fonte de ajuda/suporte (Foster & Gaskins, 2009). No presente estudo, o suporte por parte dos conviventes significativos do idoso seropositivo: a família/ pessoas significativas, parece ser o que tem maior relevância para os participantes, assumindo-se como um suporte efectivo para ultrapassar as dificuldades: *Tinha vergonha, não me manifestei, agora há uma coisa que me ajudou muito, porque os anjos que não têm asas, estão na terra, eles existem e eu posso dizer que todas as minhas irmãs, no meio de sete, irmãos e irmãs, todos me apoiaram muito... e tiveram (estiveram) sempre ao meu lado (...) posso dizer que algumas das minhas amigas, que eu considerava amigas e que considero foram igualmente da mesma maneira {apoiavam}, quando eu pensava que era rejeitada elas limpavam-me as lágrimas |emociona-se e fica com as lágrimas nos olhos| e chegavam-me as lágrimas à cara delas e abraçavam-se (...) (portanto isso {o apoio} foi muito importante para mim, como qualquer pessoa, portanto eu acho que as pessoas quando souberem pela primeira vez, devem-se manifestar a alguém de confiança, porque a ajuda dos amigos e da família é tão importante. (E4.22.) (...) vivo com uma filha e um neto. Levo a semana inteira a levá-lo à escola e à música e à explicação e à catequese. Vou levá-lo, vou buscá-lo. Levanto-me cedo, não tenho hora para me deitar e nem para me levantar. (E6.9).*

4.1.1.1.2. Sub sub categoria - Profissionais

Dos profissionais que trabalham com a pessoa idosa, espera-se o desenvolvimento de cuidados gerontológicos, que assentam na continuidade, na abordagem global, na avaliação completa do beneficiário, na participação do utente e seus familiares e, ainda, na qualidade a todos os níveis de intervenção. Como se mencionou acima, nos achados, a revelação do diagnóstico aos profissionais de saúde é bem evidente, no entanto, da análise do *verbatim* das entrevistas, a ajuda aos idosos, pelos profissionais de saúde foi menos óbvia, embora seja referida: (...) *a Doutora XXXXXXXX mesmo doente me ajudou, porque eu tenho o contacto dela, pessoal, que ela disse-me para lhe telefonar mesmo assim, nunca, só Deus é que lhe pode agradecer (...) (E4.63). Mas e depois disseram-me logo a enfermeira alertou-me logo disso {dos efeitos secundários da terapêutica}. E até foi bom, se não eu podia apanhar medo e marimbar para os comprimidos. Mas ela disse não se assuste que isso depois passa e realmente passou-me. Levou tempo, levou ainda muito tempo, mas passou-me. Agora não sinto nada. Tomar ou não tomar... (E6.49).*

Estas verbalizações podem conduzir à ideia de uma relação profissional/cliente, baseada no calor humano, respeito, autenticidade, empatia, auto-exposição, especificidade, capacidade de questionar e expressar opiniões, humor e espiritualidade (Riley, 2004), que permite ao idoso ver o profissional como um verdadeiro meio de ajuda.

4.1.1.1.3. Sub sub categoria - Espiritualidade

Alguns estudos, nomeadamente o de Cuevas, et al. (2010) apontaram para uma similaridade no recurso à espiritualidade em pessoas seropositivas e seronegativas, no entanto, noutros (Machiesqui et al., 2010; Saldanha & Fernandes de Araújo, 2009) o recurso a esta encontra-se bem patente e é traduzido essencialmente pela fé em Deus. Para estes (2010), a espiritualidade é usada como suporte para enfrentar o sofrimento e para reorganizar as suas vidas após o diagnóstico da doença.

Os achados apontam para a espiritualidade como factor essencial na experiência de VIH/SIDA na pessoa idosa, sendo nela e, através dela, que a maior parte dos participantes se sustenta para enfrentar e viver com esta doença: (...) *agora enfrento, sei que já perdoei, o meu marido morreu porque chegou a hora, porque ... tinha que morrer, porque eu tinha que cá ficar sozinha, porque tinha uma missão a cumprir, eu*

não podia morrer revoltada, eu tinha que lutar para me limpar, limpar este carma, é isso que eu estou a fazer: amar e limpar para seguir. (E4.25). (...) a melhor coisa que pode haver é a gente ser positiva e aceitar, porque se a gente não é positiva e não aceita, é negativa... portanto é ser positiva e aceitar... aceitar... é a lei do perdão, se nós não perdoamos é porque não aceitamos... (...) estou aqui a fazer uma espécie de reiki, de guardiões da chama, que é, isto é muito importante (...) (E4.101). É assim o que tem solução, tem solução. O que não tem... olha paciência...ando cá...até que Deus queira. (E5.12). Entreguei-me ao Senhor. Que eu sou muito religiosa e vou sempre à oração e vou sempre à missa e vou ao Santíssimo Sacramento. Entreguei-me totalmente. Olha, Senhor, seja o que Deus quiser. Seja tudo como tu quiseres e, pronto, tenho escapado assim. Sinto-me bem! (E6.13.) Não sei {não sabe o porquê do sucesso na sua experiencia da doença}. Isso agora não sei. Como confio muito em Deus, acho que seja uma graça que Deus nosso Senhor me está concedendo. (E6.46). (...) ainda há dias li, numa revista, uma, uma freira lá de Lisboa vai ser santa, milagre que ela fazia, pessoas que pediam senhor, queriam graças e não conseguiam, escreveram, aquela “pagelazinha” dizendo o que lhes tinha acontecido (...) Faz milagre. (...) Eu rezo todos os dias, todos os dias rezo a Deus para que me dê sempre saúde e peço sempre as melhoras para todos (...) (E7.40).

De acordo com (Machiesqui et al., 2010; Cuevas, et al., 2010), a presença da espiritualidade pode permitir que o indivíduo seropositivo encontre na força divina uma causalidade para a doença, para o seu problema, associando-o a um castigo divino, a seguinte unidade de significação é exemplo disto: *(...) mas eu que acredito que nós temos uma reencarnação e se eu tava (estava) a cumprir um, estou cá nesta vida a cumprir um carma, porque estamos cá todos, estou a cumprir uma doença, que se não fosse esta, vinha uma outra se calhar ainda mais grave, ou pior, até podia ter um acidente e ficar numa cadeira de rodas, sem poder comer, a babar-me, talvez fosse pior, portanto, eu digo para todas as pessoas enfrentarem em frente, mas com muita fé. (E4.9).*

A espiritualidade, muitas vezes, traduzida pela religiosidade encontra-se positivamente relacionada à satisfação com a vida, ao bem-estar psicossocial, à saúde física e mental e, simultaneamente, ajuda a recuperar da doença, sendo fonte de significado e objectivos na vida (Oliveira, 2008).

4.1.2. Categoria – Conhecimento

A categoria conhecimento engloba as sub-categorias “vias de infecção” (que por sua vez abrange a sub sub categoria “Sexualidade”, na qual incide a sub sub sub categoria “Educação para a Saúde”) e “Doença crónica” (relacionada com as sub sub categorias “Sintomatologia” e “Manutenção da terapêutica”).

O conhecimento acerca do VIH/SIDA, à semelhança de outras patologias, parece incrementar-se quando a pessoa a vivencia: *A princípio, entendia muito pouco (...) (E4.1)*. Nos achados foi possível encontrar conceitos que se associam e definem a infecção pelo VIH, bem como, a própria evolução da doença. Como foi anteriormente mencionado, o VIH é o agente causal da SIDA (Green- Nigro, 2003) e os idosos reconhecem-no como tal: *Pra (para) mim, eh, que eu não percebo muito de médicos, mas prontos, todas as doenças, nenhuma são boas, é umas é (umas são) mais complicadas do que outras, mas como essa, essa do h, HIV [pronuncia em inglês], eu não conhecia (...) (E7.12)*. A origem do VIH ainda não é completamente conhecida, embora se suspeite que esteja relacionada com um vírus encontrado nos primatas (WHO, 2009), *(...) mas também há uma coisa que eu digo: esta doença foi criada pela mão humana... (...). É, veio do macaco, veio disto, também nós dissemos que viemos do macaco e não viemos nada. (E4.70)*.

O diagnóstico da infecção pelo VIH é laboratorial, através de análise sanguínea (Green-Nigro, 2003), o entendimento dos participantes converge neste sentido: *(...) a Dra. XXXXXXXX, pronto, sempre contou a situação, sempre contou a situação e assim sendo queria analisá-la e saber o que se passa comigo. Porque isto que o seu marido tem já é mais antigo. (...) A gente quer saber como é que as coisas funcionam, então fiz análises e fui fazer testes e acusou realmente. (E6.3)*.

A carga viral, medida periodicamente através de análises, permite obter uma ideia da progressão da doença e do desenvolvimento de SIDA (Green-Nigro, 2003), como tal, revelou-se uma preocupação dos sujeitos *(...) chegou a, como é que se chama ... indetectável e tem tado (estado) indetectável há dois anos. (E6.8)*. De forma antagónica, a baixa contagem de células CD4, tradutora da disfunção do sistema imunitário, diminui a capacidade do organismo combater infecções e expõe a pessoa a um maior risco de co-infecções e neoplasias, características do último estágio da doença (SIDA), *(...) a doença vá, é, as defesas estão altas (...) (E3.18)*. *(...) tenho menos*

defesas (...) (E4.85). *Ele coitado durou só mais um ano, porque ele já tinha o caso muito avançado e tinha tudo muito avançado e eu tinha menos. (E6.6). (...) e depois mas (mais) para a frente, uma semana de, não sei quanto, um ano depois, ou talvez nem sequer, mas (mais) uma pneumonia (...) dá-me depois a pneumonia, coisa que eu nunca tive, na mocidade... nunca, e foi agora na idade. (E7.10).*

4.1.2.1. Sub categoria – Vias de infecção

O VIH só pode ser transmitido de pessoa para pessoa, através da troca de sangue ou fluidos corporais, ou de mãe para filho (Green-Nigro, 2003), esta ideia é compreendida pela maioria dos participantes: *Como é que se pode apanhar a doença? é a andar com mulheres, já se sabe, e é ter um contacto de sangue, uma pessoa com a outra... (E2.12). (...) é uma coisa que não é contagiosa, só é contagiosa através do sangue, pronto. Não é com um beijo, não é com um aperto de mão, com um abraço. (E5.37). Pois não {não há problema de estar junto a uma pessoa seropositiva}. Dizem que não. Dizem que só pode haver sexualidade e pronto. (E6.34).*

Apesar disto, verificou-se que as vias de infecção, bem como qual foi a via pela qual foi infectado, não estavam claras, para um dos participantes, sendo apontadas como vias de infecção a falta de higiene e o uso de casas de banho públicas: *(...) de qualquer maneira se é senhor ou senhora pode lá ir fazer as necessidades, senta-se e podiam apanhar essas doenças. (...) E penso que é a falta de higiene, talvez, sentar-se nesses lugares e que apanhassem essas doenças. (...) não conheço mais nenhuma {vias de infecção} (...) se forem, se forem, por exemplo, com as senhoras que estão nos caminhos, vão lá, estão naquele trabalho, pode acontecer facilmente (...) segundo dizem, não que eu fosse lá e visse. (E7.21). (...) agora como é que se apanha essas doenças é que eu não sei (...) (E7.3). No entanto, a sua suspeita mais forte relaciona-se com a uma transfusão sanguínea que necessitou: *(...) antes de vir para aqui {viviu emigrado na África do Sul} é que fui operado na África do Sul à coluna, primeiro, antes de vir para aqui, só se fosse, porque quando eu fui operado, puseram-me lá, como é que se diz, sangue, transferência de sangue... em que o sangue também de outras pessoas, que nem devia ser, só se foi, às vezes, da transfusão de sangues, no hospital, que às vezes nem se sabe o que nos põem. (...) Mas naqueles tempos, era diferente {não existiam os cuidados com o sangue doado que existem hoje}. (...) como eu digo, possa ser, talvez fosse de, de coiso, de quando eu fui operado, ou, ou como eles dizem que**

podia-se sentar num toilet, que se apanha essas doenças, seja homens ou seja mulheres, talvez possa ser disso, vamos a uma toilet pública (...) (E7.17).

Associada às vias de infecção surge a causalidade, aquilo que os participantes entendem como o motivo para a sua infecção com o VIH, neste sentido relembra-se a ideia de que a infecção por VIH não se encontra limitada a grupos de risco, mas antes associada a comportamentos de risco, como a prática sexual desprotegida, a partilha de materiais usados na preparação de drogas injectáveis e a recepção de transfusões (pouco considerada na actualidade). A este respeito, os achados são inequívocos, com a excepção do participante acima mencionado (que não tem certezas quanto à sua infecção), todos os outros a associam à prática sexual desprotegida: *E essa foi coisa {o preservativo} que eu nunca usei, pois, se calhar foi a origem de eu apanhar isso. (E2.14). Ah, eu corri o, o mundo inteiro... corri o mundo inteiro, eh... e quando se está com muitas pessoas... eh... é uma vida de marinheiro (...) ah e depois os contactos sexuais, não protegidos... fui maluco (...) tou (estou) a pagar, paguei por isso, por não me ter protegido (...) digo-lhe uma coisa, ah, eu tenho noção que foi uma pessoa, brasileira, tem eh, uma directora da escola, brasileira... se calhar pegaram a ela e, muitas das vezes, eu fui à confiança e, uma advogada também... uma das duas foi... com certeza, pegaram a elas e depois, é que eu percebo (...) eu metia-me com pessoas mais ou menos, não era nada prostituição... Ah, pegaram a elas, elas eram separadas e pegaram-lhe a elas e, depois, pegaram-me a mim. (...) agora eu é que meti o pé na argola... apareceu-me... (E3.7.). (...) eu tenho umas intuições, às vezes fortes, eu é que não lhes dou atenção, porque dizia assim pro (para o) meu marido: tu és muito... não vou dizer o nome, tu és muito mulherengo, se algum dia me trazes alguma doença contagiosa pra (para) casa, te garanto que tu pões os pés fora de casa, nunca mais te quero ver e, levou ainda anos e isso aconteceu (...) Porque ele nunca usou protecção comigo, nem com ninguém, se não usava comigo, não usava com ninguém, porque nunca quis protecção, eu bem comprava, até chegava a comprar eu, não dava, porque ele não fazia nada com ninguém, era só comigo, mas naquele dia fez, se fez mais ou não, não sei, mas naquele dia fez. (E4.83). Ah, pois ele teve uma má vida. Eram mulheres, era bebida, era tudo. Associei (associei) que tivesse sido dele, porque pronto, eu não tinha mais ninguém, não tinha mais ninguém. (E6.18).*

A subvalorização das pessoas idosas como sexualmente activas, é segundo Dias et al. (2005) um dos motivos do diagnóstico tardio.

4.1.2.1.1. Sub sub categoria - Sexualidade

A sexualidade é influenciada por diversos factores e abrange muito mais que o acto sexual (Vasconcellos et al., 2004), no entanto, no contexto da infecção pelo VIH, o foco de atenção incide nesta componente. Neste sentido, verifica-se na literatura, que o contacto sexual é, na população idosa, o maior responsável pela infecção (Prakash & Grupta, 2005). Os achados agrupados na sub categoria “vias de infecção”, na qual a sub sub categoria “sexualidade” se insere, são tradutores disso mesmo.

A única referência encontrada directamente relacionada com a actividade sexual, em idosos seropositivos, foi um estudo com 290 sujeitos seropositivos com idade superior a 50 anos, este revela que apenas 6% dos participantes não era sexualmente activo nos últimos 3 meses (Lovejoy et al., 2008). No presente estudo, cujo cálculo de percentagens, relativamente aos achados, não tem lugar, não pode deixar de se salientar que o número de idosos que se assume como sexualmente activos, é similar ao que refere, não só, ter esquecido o acto sexual, como o interesse pelos assuntos que rodeiam a sexualidade.

Assim, a manutenção da actividade sexual, bem como a nula influência do diagnóstico de seropositividade na mesma, pode transparecer pelas seguintes verbalizações: *Não {a sua sexualidade não foi afectada}. (E2.23). (...) agora, tenho, tenho, [gagueja] eh preservativo ainda ando, pois, tenho tido relações boas com preservativo (...) Não, felizmente não {a sexualidade não foi influenciada pelo VIH}. Tenho mais potência, não sei porquê, inda (ainda) tenho mais potência e tenho 67 anos (...)* (E3.15).

O comportamento contrário - cessação de actividade sexual, associada à própria doença, à alteração do estado civil, ou à idade, é mostrado pelas seguintes unidades de significação: *Não (não voltou a ter relações amorosas/sexuais). Nem pense, nem nada de falar nenhuma, isso para (para) mim é uma, para mim acho que levei o selo, da fraternidade. (...) isto foi um trauma tão grande, que até essa vontade me passou, porque todas somos mulheres, e eu ainda sou nova não é? Mas não me lembro, tudo passou, sou uma mulher normal como as outras, tive dois filhos, não tive mais porque não fiz por isso (...) Eu se for a um café (...) se vir algum homem que eu não conheça, a olhar para mim, ou eu viro as costas, ou eu me vou logo, automaticamente, embora do café e telefono cá fora, que tá um homem a olhar muito para mim, e não quero nada*

com homens, /ri-se/ digo eu (...) (E4.39). Ai não quero! Não quero! Não quero, porque quero consagrar a minha viuvez ao nosso Senhor. Até nem é por isso, porque às vezes até a alma consegue faltar. (...) Não {a doença não influenciou a sua sexualidade}, porque eu já tinha mantido esta ideia dez anos. Sem saber que tinha. Nunca pensei em arranjar outro homem, uma vez que era divorciada. (E6.38). Pois, sim, agora já não, que somos de idade, a idade já não nos dá condições para isso... ela já está com 84 anos, também, já tem uma idade... (E7.26).

Ainda a respeito da sexualidade, Grilo (2001), refere que esta pode ser influenciada pelo receio de infectar outros, podendo a opção do seropositivo passar pela escolha de um parceiro também ele infectado, este aspecto não foi claramente encontrado nos achados: *Nem por isso, não, nem por isso {não tem receio de infectar através do acto sexual outra pessoa}. Porque eu sei que há métodos que não davam para infectar, inclusivamente até podia haver um que tivesse o mesmo problema que eu. Então e se eu depois fico pior do que ele? Na, na, não. Acho que, eu acho que tudo isto tem um significado, e se não é, é melhor que eu enfrente assim, que me ajuda, a pensar assim (...) (E4.42).* No entanto, transparece a possibilidade da escolha de um parceiro também infectado.

Sub sub sub categoria – Educação para a saúde

A educação para a saúde é reconhecida, a nível internacional, como parte integrante das acções desenvolvidas para a prevenção da doença e promoção da saúde (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

A aposta na prevenção da transmissão do VIH parece focar-se em dois aspectos centrais, por um lado, a acção junto dos idosos já infectados, por outro, a intervenção preventiva junto dos não infectados (Maes & Louis, 2003; Illa et al. 2010).

Os idosos entrevistados vêm no uso do preservativo o grande meio de prevenção da transmissão do VIH: *É os preservativos, pois, é normal. {refere-se aos meios de prevenir o contágio} (E2.13). (...) falaram agora dia 1 e também já tinha visto no computador, que uma doença, um doente que esteja a ser tratado e que tenha os valores a baixo de 50, eh, ou até 20 que seja, ou seja, não detectável, que seja considerado não detectável, que mesmo nas relações sexuais, que não fica*

contaminado... mas não se diz isto muito, porque é melhor para prevenir continuar a dizer para se protegerem (...) (E4.95).

Alguns participantes demonstram preocupação em assumir comportamentos seguros: *Pronto e eu tenho cuidado. Claro! Tenho cuidado, eu sei que tenho este problema e tenho o máximo de cuidado com tudo e com tudo e toda a maneira e feitio. (E6.29). (...) ela não vai a outra casa de banho, e é comigo, ela tem que dormir comigo, e tem quase 13 anos, mas ela é comigo que quer dormir, é comigo que dorme e é agarradinha a mim, se eu me deito ao mesmo tempo que ela. E não vou dizer que vou deixar de pensar, mas faço tudo normal, porque não estou a fazer nada que não seja. Porque, eu sei que beber pelo mesmo copo, ou por exemplo, pela mesma colher, que a percentagem, tão pouca, tão mínima, tão mínima que não dá para contagiar (...) (E4.94).*

Contrariamente, a adopção por comportamentos de risco também emerge: *Até já tenho me metido com raparigas elas têm feito análise e na (não) acusa nada. (E2.21). Sendo, notável que este comportamento pode ter origem em alguma carência informativa: (...) isso usava-se {o preservativo}, mais quando era essas pessoas da rua usava-se mais, quando as pessoas não querem filhos, mas quando, em casa, já não se usava, porque queria-se os filhos, mas aqueles que não querem ter filhos tomam comprimidos, que você sabe melhor do que eu, tomam lá comprimidos (...) Não {não explicaram a importância de usar preservativo para não infectar a esposa, após o diagnóstico de infecção por VIH}. Não disseram nada, esses não disseram nada. Não me disseram nada. (E7.27).*

A educação para a saúde é entendida como um processo sistemático de ensino e aprendizagem, cujo sentido é a aquisição fácil, escolha e manutenção de práticas saudáveis, afastando os comportamentos de risco (Costa & Lopez, 1996 citado em Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Os participantes descrevem algumas acções de educação para a saúde, desenvolvidas por eles próprios: *Eu quando soube desta doença, e digo, eu sou uma pessoa muito... que gosta de saber sempre tudo, informei-me, não é (...) (E4.97); pelos meios de comunicação social: Conhecia {a doença}! Pois eu conhecia. Ouvia na televisão, ouvia, ouvia. Fulano morreu assim. Fulano morreu assim. Ouvia, ouvia na televisão. Os conhecimentos que eu tinha são da televisão. Não foi porque falasse com ninguém. (E6.42); pelo material informativo distribuído em diversos locais (nomeadamente nas instituições de saúde e de solidariedade social): *Pois**

eu levei folhetos. Eu li tudo! (E6.42); bem como, pelos profissionais de saúde: A Dr. XXXXXXXX só me o que me disse tenha muito cuidado se tiver um corte, de tiver qualquer coisa tem de ter muito cuidado. Isso eu tenho e graças a Deus não tenho nadinha. (E6.61).

Dos idosos que participaram no estudo, alguns consideraram suficiente a informação disponível e divulgada e têm, conseqüentemente, a ideia da população idosa, em geral, estar informada: *Se estão informados {as pessoas acerca dos meio de prevenção e da doença}? então, eu acho que sim. (...) Eu acho que sim {que há informação suficiente}. A dada altura não se falava tanto, também, (...) Na altura, (...) não se falava tanto. (E5.19).* Já outros, entendem-na como insuficiente e inapropriada: *Olhe vou-lhe dizer, já há muita informação, mas ainda não é de mais, eu acho que devia de haver ainda mais. (...) Os jovens se caem, não é que não sejam bem informados porque eles são espertos, mas as pessoas mesmo acima da minha idade ainda estão, muito mal informadas... porque imagine só, há pessoas que nem sabem ler, que nem tão pouco, algumas até nem têm televisão, nem sabem e eles às vezes saem, fazem uma asneirazita lá, e coiso e é o bastante às vezes (...) (E4.78) (...) eu acho que devia haver um outro método, outro método, de por exemplo, quando visitam os idosos para ver a tensão arterial, porque não falar também nisso, é que num (não) vão de propósito, falem também nisso {no VIH/SIDA}... (...) Se calhar esquecem-se {os profissionais} disso {da sexualidade na pessoa idosa}... Já pensei muitas vezes nisso, porque o meu caso foi há muitos anos já, muitos anos (...) (E4.81) Mais, porque esta informação que dão na televisão, dão uma vez no ano, lá vão dando um bocadinho, não é suficiente, num (não) chega, não chega |aumenta o tom de voz|. Porque para as pessoas bem formadas, chega, mas para as outras pessoas, há muitas pessoas que num (não) estão tão bem formadas, são também formadas, num (não) compreendem tão rapidamente, pronto, por outros motivos e, então, aí tem que se chegar lá a essas pessoas. (E4.90). (...) eles explicaram com termos técnicos que uma pessoa... (E5.47).*

De facto, a escassez de informação dirigida à população idosa, bem como, desenhos de educação para a saúde (acerca das infecções sexualmente transmissíveis) que a negligenciam, têm sido relatadas por vários autores (Gomes & Silva, 2008; Small, 2010).

4.1.2.2. Sub categoria – Doença crónica

A existência da HAART permitiu que a SIDA adquirisse o estatuto de doença crónica, já que, embora não cure a doença, permite à pessoa infectada, nomeadamente aos idosos, viverem mais tempo (CDC, 2008). Os idosos estudados referem que o VIH/SIDA: *É uma doença crónica é, para a vida toda. ... Só o que é, é que eu não tenho muitos problemas com esta doença. Até parece que não tenho nada, é há tantos anos. (E2.17). É {uma doença como outra qualquer}, é porque, então também não são muito agressivos os doentes de câncer e de outra coisa, não são também os medicamentos também não são agressivos, nós fazemos uma vida dia-a-dia, não vamos a dizer, vamos não ter doenças mais cedo, doenças que podem aparecer mais cedo, que até nunca nos podiam aparecer (...)* (E4.99). *E como já lá vão estes anos todos, continuo bem, eu nem penso... Para mim é uma doença como qualquer outra, há muitas doenças... crónicas, não é? Não é só isto? Há mais doenças crónicas. É uma doença!* (E5.28). *Uma doença... de muitas outras que não têm cura (...)* (E5.35). *Então, muita gente já tem morrido {com SIDA}... Mas acho que, que agora menos.* (E5.45).

Apesar da doença, os idosos parecem ter uma vida normal, a evidência científica aponta para a integração do VIH/SIDA como mais uma situação nas suas vidas, visto que vivem da mesma forma que viviam, previamente ao diagnóstico (Machiesqui et al., 2010). Os achados do presente estudo parecem corroborar esta ideia: *(...) mas não tenho tido assim muitos problemas (...)* (E2.3). *Trabalho, ainda trabalho. ... Não me afectou nada no trabalho. (E2.33). Faço de conta que não tenho nada, enquanto cá estou, tudo vai, vai como se não tivesse nada. Então se me sinto bem para trabalhar, para fazer o que estou a fazer (...)* não então de pois disso até tenho viajado muito, viajo muito, a fazer cruzeiros (...) (E4.71). *Eu já estou tão habituado a viver com a doença, como não me afecta... como não tenho tido problemas de saúde, que eu até, até me esquece!* (E5.11).

A possibilidade de cura encontra-se associada às representações da doença (Leventhal, 1984 citado em Araújo, 2005). A este respeito os participantes, embora afirmem a impossibilidade de cura para a SIDA: *Se tem solução? Não, não tem solução. Como se não há cura? Uma vez que não há cura (...)* (E5.13), manifestam a sua crença de que a curto prazo ela pode surgir, nomeadamente através da criação de uma vacina: *Eu acredito {na possibilidade de cura}, mas já não acredito em mim, embora a minha falecida mãe, que já faleceu, dizia: eu já cá n estarei, mas eu sinto algumas intuições*

muito fortes, ela já tinha oitenta e tal anos, eu sinto que os cientistas todos estão a trabalhar mais nisso do que no cancro, e que vai haver uma vacina ou uma medicação, ou seja lá o que for, que vai curar de vez, para os que estão a chegar e até para alguns que, portanto eu, aceitei essa base, essas palavras e continuo a dizer: agora eu também gostava de ouvir isso, porque eles cientificamente não dizem bem isso, continuam à “recherche” como dizem os franceses, à procura né (não é), mas eu pra (para) mim eles não dizem tudo, já há para aí qualquer coisinha, para aí, que ainda não está bem bem, bem, bem, mas eu acho que já existe, daqui por mais meia dúzinha já há praí (para aí) qualquer coisa, até que dez, agora mais que dez não dou (...) (E4.68). Então, estou esperançado ... que mais anos menos anos, a esperança é a última, é a última coisa que se perde... estou esperançado que pelo menos, é que eu leio muito, parece que na América, tão (estão), tão a trabalhar intensamente para isso {para a cura}. (E3.22.). No outro dia havia uma notícia na televisão que na Alemanha descobriram ... qualquer coisa... de uma pessoa que... seropositiva e que... negativou completamente... já não existe o vírus, não existiam vírus (...) (E5.46). Eu já ouvi na televisão que há uma vacina. Diz que uma pessoa que já tinha isto, e fez um transplante e curou-se. Mas sei lá. Para mim não sei se vale a pena tentar, se tentarei. Logo faço setenta anos. Valerá a pena? Não sei, não sei mesmo. Não pensei. Será possível? Ainda será possível eu pensar, se não, mas até agora não pensei. (E6.44).

A criação de uma vacina, contra a infecção pelo VIH, foi praticamente simultânea à descoberta da etiologia vírica da SIDA, no entanto, o optimismo inicial foi esbatido pela compreensão dos desafios que uma vacina, como esta, implicavam e ainda implicam: identificação dos imunogénios capazes de induzir uma resposta celular citolítica abrangente e duradoura, definição de estruturas e estratégias capazes de produzir anticorpos neutralizantes abrangentes, dificuldade em lidar com a diversidade abrangente e evolutiva de VIH, definição e caracterização dos mecanismos de protecção imune (contra VIH) no homem, ausência de modelos animais significativos e práticos, bem como, de desenvolvimento de ensaios clínicos em candidatos a vacinas (Antunes, 2008).

4.1.2.2.1. Sub sub categoria - Sintomatologia

Na infecção por VIH, a sintomatologia é pouco específica e pode ocorrer após uma fase assintomática da doença (Green-Nigro, 2003). Na pessoa idosa, a existência de

doenças crônicas, próprias desta população, pode mascarar os sintomas e implicar um diagnóstico tardio, errado ou inconclusivo (Dias et al., 2005).

Em alguns participantes deste estudo verificou-se a ausência de sintomatologia: (...) *não sinto nada (...)* às vezes penso que, até às vezes penso que eles tarão (estarão) enganados com a minha doença (...) (E2.4). *Uma vez que me sinto bem, pronto. Nunca senti nada, nada, nada, nada.* (E5.15). *Não, não sinto nada. Tenho apetite. Como bem!* (E6.45). (...) *mas nunca senti doença, trabalhei sempre, toda a minha vida (...)* (E7.4). Noutros, a sintomatologia, era pouco específica: (...) *eu não conseguia ter força para falar (...)* (E4.55). *Quer dizer, tinha sentido uma alteração, mas nunca imaginava uma coisa dessas. Eu tinha sentido muito mal dos intestinos (...)* *tinha dito que era hemorróidas, hemorróidas, hemorróidas. (...)* *Deitei muito sangue, muito sangue, muito sangue e fui sempre deixando passar, sempre deixando passar, até que tive de levar sangue.* (E6.30). (...) *quando vim aqui ao hospital, não me sentia assim muito bem... tava (estava) sempre assim com pressa para ir à casa de banho, para ir à casa de banho (...)* (E7.8).

Foi ainda identificada a dificuldade e o atraso no diagnóstico: (...) *mas eu apanhei e pode passar-se 4 ou 5 anos sem esta esta, ehh, demorou muito tempo...* (E3.9). (...) *fizeram-me tantas análises, mas não me faziam essa, os sintomas eram um cansaço muito grande, muito pálida, muito magra, não me apetecia comer, não tinha fome, e... esse cansaço e outra, ah, o cansaço era tão grande que eu não conseguia falar, gaguejava, parecia que eu que era gaga, para dizer uma palavra (...)* (E4.54).

4.1.2.2.2. Sub sub Categoria - Manutenção da terapêutica

A existência da HAART torna possível, as pessoas infectadas pelo VIH, viverem mais tempo (CDC, 2008). A adesão é uma determinante significativa no que concerne à intensidade e à duração da supressão da carga viral (Antunes, 2008). Os idosos, que participaram neste estudo, parecem compreender a importância da adesão terapêutica no controlo da doença e as suas verbalizações traduzem isso mesmo: *Olá. Eu nunca deixo. {a terapêutica}* (E2.30). *Claro, e eu sigo, cumpro à risca (...)* *é muito importante porque (...)* *primeiro eh, todos os males, os males crónicos ou não crónicos, há um tratamento como há para isto, para tudo não será, mas para estes casos, se nós não queremos aceitar o tratamento, queremos morrer (...)* *como eu não quero ainda morrer, aceito o tratamento para viver.* (E4.59). (...) *só que eu não me esquece é de*

tomar a medicação, todos os dias... isso não falho... não falho e tenho uma vida, não fumo não bebo... bebo um copinho às refeições às vezes bebo uma cervejinha (...) mas pouco. (E5.4). Quanto ao resto, doença, às vezes as pessoas dizem, ah eu vou morrer tenho doença grave, todos nós vamos morrer no nossos tempos, já esta tudo marcadinho, horas, segundos e minutos, portanto, se eu tiver que morrer disto, é vou morrer disto... mas estou a tomar os comprimidos (...) (E7.41).

Têm vindo a ser identificados alguns factores relacionados com a dificuldade na adesão terapêutica, nomeadamente a dificuldade na relação médico/cliente, toxicodependência activa, doença psiquiátrica, baixo nível educacional, dificuldades no acesso aos cuidados médicos e à terapêutica, violência doméstica, discriminação, receio dos efeitos metabólicos e alteração da configuração corporal (Antunes, 2008).

Os achados induzem-nos à ideia que a adesão, numa fase inicial, é difícil, maioritariamente devido aos efeitos secundários, embora posteriormente seja ultrapassada: (...) *porque a medicação é muito forte, como sabe, e que causam outros males no organismo de que eu não sofria e que agora sofro (...)* (E4.4). *Agora sinto-me melhor, mas senti-me muito mal para aceitar, para o meu organismo aceitar a medicação. (E4.58). (...) ficava-me aqui assim, andava ali para baixo e para cima, depois aquilo fazia-me azia, e depois aquilo doía, ficava-me aqui assim, parece que nem ao estômago chegava. (E4.62).*

Inerente a estes efeitos, também se verificou, a necessidade de, por vezes, alterar a terapêutica antirretroviral (...) *e aquela medicação, pronto era uma medicação que quando me deu, que sempre me senti bem e que ultimamente não me sentia (...) mas até que tive de parar, por mim mesma, eu senti que eu que devia parar, porque eu estava-me a matar de uma maneira ou da outra (...) ou me dão outro tratamento, que eu tenho, sei que tenho que fazer uma espera, um intervalo uns dos outros, que eu sei que tenho que fazer essa espera, porque eu leio e estou elucidada, eu faço a espera, então agora a partir daqui contem o dia, marquem aí que eu também vou marcar, qual é o dia que eu terminei para recomeçar com outros, porque esses já não os quero, esses estão-me a fazer muito mal, e não os quero. Já andava com problemas no fígado e depois andar a sentir isto aqui, depois, então rejeitei, graças a Deus, hoje, dou graças a Deus hoje por ter rejeitado, porque hoje os que eu tomo num (não) (...)* *Dou-me muito bem com eles (...)* (E4.67).

De forma a otimizar a adesão à terapêutica antirretroviral, algumas estratégias são apontadas: negociar um regime terapêutico que o cliente compreenda e aceite; educar os conviventes significativos acerca da importância da adesão e envolvê-los no plano de tratamento; adiar, temporariamente, a instauração da terapêutica em pessoas que se verifique o risco de fraca adesão; escolher um esquema terapêutico simples, reduzindo o número de comprimidos e frequência das tomas, minimizando as interações medicamentosas e os efeitos colaterais (Antunes, 2008).

4.1.3. Categoria - Sentimentos experienciados

Os sentimentos ao longo da experiência de VIH/SIDA são muito abrangentes e, por ser uma doença que ultrapassa a esfera da saúde, revestindo-se de uma forte componente social, implica sentimentos distintos de qualquer outra doença. Apesar disto, alguns parecem ser similares aos vividos em outras doenças. A doença enquanto perda, implica o desencadear de reacções emotivas e comportamentais, sendo este processo designado *luto* (Berger, 1994).

O processo de luto (com uma duração de, aproximadamente, dois a doze meses) pode ser descrito em três fases: o choque, a impotência e a aceitação (Berger, 1994). Embora nos participantes, tendo em conta o tempo decorrido desde o diagnóstico, o processo de luto já se supusesse ultrapassado, observam-se os seus contornos, algumas vezes, enquanto sentimentos presentes, noutras, como vivências passadas. Assim, a primeira fase, é acompanhada por sentimentos de angústia, negação e revolta (Berger, 1994).

Os achados traduzem a **negação**: (...) *não sinto nada (...) às vezes penso que, até às vezes penso que eles tarão (estarão) enganados com a minha doença (...)* (E2.4). *Eu para mim, na maneira de ver, se eu tenho esta doença, é porque não estou muito afectado, eu acho que não, que não estou afectado desta doença.* (E2.20).

O **choque**: (...) *no início... quando soube... eu... fui operado a uma hérnia num hospital em França... e fizeram-me análises e o Doutor chega ao pé de mim... e conta-me...que as análises tinham acusado, uma pessoa não espera... eu fiquei... tenho que viver com isso (...)* (E5.1). *A gente pensa que só acontece aos outros.* (E5.7). *Claro. Trouxe {o diagnóstico do VIH implicou alterações}. E depois eu fiquei muito chocada.*

Claro, não quem, não... Nunca passou pela minha cabeça que isso pudesse acontecer. (E6.11).

A **revolta**: (...) *eu uma pessoa que nunca bebi álcool na minha vida, nunca fumei na minha vida, que se era (eram) essas coisas que faziam mal ao fígado e assim e estou com problemas no fígado (...) (E4.5). (...) não posso dizer que não foi doloroso, porque é, e depois da maneira que foi {infectada pelo marido}. (E4.11). (...) quando no dia mundial do vírus VIH e a SIDA, e não dizia este nome, digo-o agora, abertamente, eh, mal começaram a falar, eu agora isto? Mas quem é que vai aturar isto todo o dia? Eu já sei que tenho, ai não posso, eu não aguento, deu-me uns nervos... e agora já não me incomoda (...) (E4.27).*

A segunda fase, a impotência é acompanhada por um “voltar-se a si próprio”, emergindo a dor, a tristeza e mesmo o desespero (Berger, 1994). Os entrevistados mencionaram **dor**: (...) *muito mal, pensei que ia logo morrer, foi muito doloroso {na fase inicial} (E4.2), tristeza*: *O que senti pois... custou-me muito (...) (E5.8), Logo {aquando do diagnóstico}, eu fiquei super derramada, aliás eu nem vinha vê-lo ao hospital primeira vez. (E6.4), desespero*: (...) *a princípio, eu não podia ouvir falar no nome, não podia ouvir a televisão quando alguém estava a falar, não podia ser informada porque não conseguia ouvir, não vinha aqui às consultas, ia ao 8º piso, decidi morrer. (E4.26).*

A terceira fase corresponde à aceitação da doença e caracteriza-se por períodos de depressão e tristeza, menos intensos que na fase anterior (Berger, 1994). Esta **aceitação** também foi manifestada, (...) *portanto isso foi retido como pude, foi... ai /suspira e emocionada diz/ não sei, parece que caiu um prédio em cima de mim e eu fiquei lá esbarrachada e depois acordei outra vez: vivi, sobrevivi outra vez (...) (E4.7). (...) já não há nada a fazer, não há nada que possa voltar atrás, mas inda (ainda) se sofre, não vou estar aqui a fazer de forte, claro que venci muita batalha, nestes dez anos, foram muitas batalhas, muitos obstáculos, muitas coisas que me apareceu (apareceram) à frente, que todas elas tenho vencido, umas com mais dificuldades outras com menos dificuldades, mas não vou dizer que não sofro, porque sofro, porque qualquer coisa que me aparece, digo: se não fosse isso... ah, se não fosse isso. (E4.84). Quando piorar, quando as coisas... quando se acabar, é a vida. Acabou. Também... já vivi 65 anos. (E5.44). (...) pois, conformei-me. (E6.12).*

De um modo geral, pode dizer-se que, na fase inicial, quando ocorre o diagnóstico, prevalecem os sentimentos de desespero e incredulidade e, com o desenrolar, no tempo, da doença, emerge o conformismo (Saldanha, Fernandes de Araújo & Sousa, 2009).

A **discriminação** é provavelmente o sentimento, mais descrito nos estudos acerca do VIH/SIDA, parecendo ser um sentimento cumulativo de “ser idoso” com “ser seropositivo”. Este sentimento e o receio de o viver, relacionam-se com a decisão de a quem revelar a seropositividade, bem como, com o suporte social (Saldanha, Fernandes de Araújo & Sousa, 2009; Foster & Gaskins, 2009). Neste sentido, verificou-se a ausência de discriminação por desconhecimento do diagnóstico: *Não {não se sentiu nunca discriminado}. Ninguém sabe. (E3.32). Não {não se sentiu discriminada}, porque eles não sabem. Se soubessem... Se soubessem, se as minhas amigas de oração soubessem de tudo, é natural que elas façam discriminação. (E6.32). Porque existe discriminação, tenho trabalhado sempre na mesma firma, e ninguém sabe nem ninguém sonha uma coisa destas, que eu tenho esta doença (...)* (E5.3).

De mencionar, que o preconceito pode apresentar-se em duas perspectivas, a social e o auto preconceito (Saldanha, Fernandes de Araújo & Sousa, 2009; Grilo, 2001). Ambas emergiram nos achados, **preconceito social:** (...) *mas eu digo de todas as doenças, esta é a que é mais rejeitada, lembre-se disso, há tantas contagiosas e esta é a mais rejeitada, até a tuberculose, que é rejeitada, noutras tempos foi mais rejeitada, e até agora aceitam melhor do que propriamente isto. (E4.89). Agora, existe a discriminação, não sei... não sei porquê. (E5.36). Sim, mas há pessoas que, sei lá... a pessoa tem, tem SIDA, é positivo (...)* (E5.38). (...) *não sei porque é que aceitam então o tuberculoso, e porque é que aceitam outro tipo de doenças e não aceitam esta doença* (E4.96). **Auto-preconceito:** (...) *eu sentia-me incomodada e elas não estavam incomodadas (...)* (E4.21). *Agora tenho vergonha mais é quando venho aqui, mas enfrento, quando venho para aqui já venho a rezar, e assim, eu vou enfrentar tudo, todos somos iguais. (E4.47). (...) sinto-me eu pior do que elas, porque eu digo assim: vão lá tomar banho, vão lá tomar banho, porque ficamos duas e duas nos camarotes, vão lá tomar banho que depois vou eu, vai lá à casa de banho que depois vou eu, olhe agora não me apetece, ah, então vocês não vão, vou eu. (E4.73).*

O sentimento de discriminação (ou algumas vezes, de não discriminação), inerente a atitudes profissionais também foi mencionado pelos participantes: (...) *eu só*

me senti uma vez discriminada aqui neste hospital, uma vez. (...) Eu tive um problema num dedo, do pé, na unha, que infectou, e depois já não havia nada, nem antibiótico nem nada, teve-se que fazer um raspagem... e além da raspagem levei dois pontitos e depois não chegou, ainda fiz mais outra vez que levei quatro pontos, e quando chegou a minha vez, eu cheguei à sala das mini-operações, ali, quando chegou a minha vez, ela disse, ai agora é a Senhora assim assim, ai desculpe, desinfecta-se aqui assim isto todo e a senhora tem mais disposto a ficar para o fim. Chocou-me tanto, porque é assim, se as outras pessoas me infectavam a mim, eu também infectava a elas e elas também me infectavam a mim, porque eu estava mais sensível ainda e, as coisas também são todas esterilizadas, é tudo limpo. (...) Se não soubessem {da sua seropositividade} era atendida, como sabiam, já não fui. (E4.50). (...) posso-lhe dizer que, que esse aspecto de rejeição, nunca senti por enfermeiros, nem pela minha médica de Saúde (...) De família, vou lá, ela sabe, e sabe uma enfermeira que é a que dá assistência, (...) a do guiché (...), as três, ali ficou, ali as três sabem, dali não passou no centro de saúde, mas também lhe disse, meninas: se passa daqui, deixo de ser amiga para ser inimiga, não é ameaça, (...) Eu tenho este meu trabalho e eu vou vencer, e talvez se vocês o disserem, eu me falte as forças de vencer, portanto se são minhas amigas e me querem ajudar, por aqui encerrou. (E4.57).

Os conviventes significativos, a quem o diagnóstico foi revelado e que constituem a rede de suporte da pessoa seropositiva, parecem ser os que melhor aceitam a doença e os que não discriminam a pessoa seropositiva: (...) *eu e as minhas amigas {viajam} e dormem comigo, vão à mesma casa de banho que eu, não me rejeitam em nada (...) (E4.72) Foi, portanto, as minhas irmãs na altura (...) elas num (não) discriminaram nada, têm filhos num (não), nunca, vi os filhos, que hoje já são mais crescidos, mas na altura eram pequenos, discriminarem de nada, a minha filha também tem outra, com 12, a minha neta, eu dizia assim, XXXXXXXX vem aqui dormir no outro quarto, filha, - oh Vó (avó) porque é que agora não posso dormir contigo?! Sempre dormiu comigo, quando eu dizia assim, às vezes, a XXXXXXXX não devia dormir comigo, a XXXXXXXX devia ir à outra casa de banho, - oh mãe, lá está você outra vez, então tão asseada você que é e, tão tudo, e, eu sei que quando lá estou ainda mais cuidado tenho, que eu sei que não pega, mas eu não quero ficar com remorso de nada. (E4.93). Não, nada, absolutamente nenhuma {a relação familiar não sofreu alterações}.*

Porque eles sabiam o meu viver, sabiam que eu ia para o trabalho de manhã, vinha à noite, todos os dias, onde eu ia a esposa ia comigo. (E7.24).

De salientar, ainda, o discurso de uma participante que considera natural que exista discriminação em relação às pessoas seropositivas: *Sei lá {não sabe porque acha natural discriminarem}. Porque é uma coisa que ninguém gosta. Sei lá. Não sei! Acho que ninguém aguenta de estar ao pé de uma pessoa que tenha isto. Acho eu. (E6.33).*

O estigma pode afectar o funcionamento psicológico, bem como a saúde mental, pelo que, os sentimentos de ansiedade, raiva e depressão já inerentes à vivência da doença, podem ser por ele potenciados (Herek, 1990, citado em Grilo, 2001).

Outros aspectos, que não se prendem exactamente com sentimentos, mas que implicam sentimentos ou emergem deles, merecem atenção, nomeadamente, as implicações da doença nas relações familiares/sociais dos idosos seropositivos. Exemplo disto, são as alterações na relação com o cônjuge, agravadas pela sua responsabilidade da infecção pelo VIH/SIDA, traduzidas por um **corte afectivo**: *E depois disso, ele aceitou, aceitou que eu tinha razão, não podia portanto, eu fechava-lhe a porta do elevador da garagem para a cozinha, da minha casa...eu fechava-lhe a porta, trancava tudo porque não queria a dormir ao pé de mim, queria mandar para a divisão assim, mas ele queria estar ao pé de mim e eu ao pé de mim não o queria, e tínhamos muitas discussões e muitas coisas. E acabou por ser tratado ali, e eu tratar dele até ao fim, que não estou nada arrependida. (4.32). (...) então fiz, fui, pedi-lhe o divórcio, não consegui viver com ele, eu costumava dizer antes que era um terror nazi o que eu estava a viver, eu tou (estou) a viver um terror nazi. (E4.17). Pela **compaixão**: (...) depois de tanta mágoa que eu tinha dele, que dizia que nunca lhe perdoava, parece que foi preciso ele morrer para eu lhe perdoar (...) (E4.16). (...) a gente tinha vivido separados 10 anos, pois é, mas a gente voltava-se encontrar, porque eu tinha dó dele, não conseguia negar, pediu, pediu (...) (E6.1). Mesmo assim não... não... não o odiei a ele, não senhora. A gente vivemos separados e, nessa altura, eu vi que ele não tinha maneira, hipótese nenhuma de sobreviver sozinho, porque ele entrou de baixa. E a gente sabia, porque a doutora disse à gente que ele não tinha hipótese. E, nessa altura, a gente levamos para casa, levei-o para casa. Eu e a minha filha mais velha é que cuidamos dele. (E6.19). E pelo **perdão**: Perdoei, mais tarde, vale mais tarde que nunca, mas talvez se tivesse perdoado antes, agora que a nossa vida sofreu muito, foi. (E4.37).*

A **alteração na liberdade**, sentida pela pessoa idosa, é também vivida: (...) *isto tudo me faz sofrer, ah se eu não tivesse esta doença, ah eu era tão livre, agora não tinha um homem chato e mau, como ele era a chatear-me, ... eu tava (estava) livre como um passarinho e não queria mais ninguém, mas estava livre, livre de tudo, não, agora não estou livre, não posso dizer que estou livre de tudo, porque eu estou presa a uma doença que tem tratamento, mas não tem cura, portanto temos que dizer que somos (somos) escravos desta doença, e quem disser o contrário, ai mente. (...) Nós, todas as pessoas que estão infectadas, somos escravos desta doença, como é um câncer que não tem cura e que está à espera do último dia, enquanto não chega essa hora, está a ser escravo dessa doença, como qualquer uma outra doença, deficiências e outras mais. (E4.86).*

Os achados conduzem-nos, assim, à ideia defendida por Andrade, Silva e Santos (2010), que afirmam que o impacto da doença interfere na afectividade dos sujeitos, nos seus laços de família e de amizade.

Estes autores (2010) identificam ainda o isolamento social e a solidão, relacionados com as alterações da auto-imagem e baixa auto-estima (e ainda à estigmatização da doença, Grilo, 2001), como uma das consequências do diagnóstico, no entanto, nos achados, apenas emergiu uma unidade de significação que nos remete para esta ideia: *Fiquei assim, sozinho. (...) já estou tão habituado que não tenho qualquer problema. (E5.43).*

4.1.3.1. Sub categoria - Projectos futuros

A evidência científica aponta para uma alteração nos planos futuros após o diagnóstico de VIH/SIDA, nomeadamente pela incerteza no futuro, em que se misturam o medo da doença, do internamento e do sofrimento, com a esperança da descoberta da cura (Saldanha et al., 2009). As pessoas parecem repensar os seus objectivos, desistir de fazer planos, ou traçar planos criativos e altruístas (Grilo, 2001).

Nos planos futuros dos participantes verificaram-se as várias situações, a manutenção dos planos: *Ficou tudo igual {os projectos futuros} (E2.31). Não, não, isso não {os seus projectos futuros não sofreram alterações}. (E4.71). Não {os projectos futuros não foram afectados}, porque eu já estava reformada. (...). Não fez alteração nenhuma. (...) Ainda fui a Tezze, ainda fui à França. Já depois de saber disso tudo ainda fui à França. Eu já tinha tudo preparado. Já tinha viagem paga, já tinha tudo,*

tudo. Quanto mais agora vou perder isto tudo? Agora eu vou. Nem que seja a última vez. (E6.59).

A ambição em desenvolver planos futuros: (...) *acho que sim, inda (ainda) queria ser pai (...) |fica emocionado| enquanto há vida há esperança (...)* (E3.20). (...) *Eu queria ter, tive duas filhas (...) e eu queria um filho (...) eu tenho potência, não sei é ponde é que (para onde é que), até onde é que é que isto chega... há pessoas que oh, ós (aos) sessenta e tal anos inda (ainda) gera, têm ainda potência para fazer filhos. (...) a minha ambição é, ... eu fui um grande empreendedor... eh, eh, e quero, a minha ambição, se sair, se sair, o euro-milhões é, é um, é um lar de idosos... eh, é uma promessa que eu tenho, e falo com Jesus Cristo eh... falo com, com muitas pessoas, que um lar, já eu tenho idealizado, e uma cresce, se sair o euro-milhões, (...) vou eu já tenho a ideia: é rés-do-chão, 2º e 3º, e é assim, e capela, com piscina, e um pavilhão para ginástica (...)* (E3.24).

E, ainda, a inibição em fazer planos futuros devido à seropositividade: *Quer dizer... a minha vida é assim... eu tinha-me divorciado... havia, sei lá, uns 4 ou 5 anos... e depois os meus projectos de vida tinham que ficar assim... uma pessoa com esta doença |suspira| não é? Se torna a casar é muito, muito... é muito complicado não é?* (E5.42).

A problemática da SIDA, na pessoa idosa, não se restringe apenas a um problema de saúde, mas também a um fenómeno social, exercendo influência em diversas esferas da vida da pessoa como a moral, a espiritual, comportamental e ética, levantando, ainda, questões quanto à saúde pública, à sexualidade e à moralidade conjugal, entre outras (Saldanha, Fernandes de Araújo & Sousa, 2009).

Os achados remetem a experiência de VIH/SIDA, na pessoa idosa, para um fenómeno complexo, onde o idoso vive diversos sentimentos, geralmente com uma conotação negativa que, embora específicos desta patologia, têm pontos comuns com a vivência de qualquer doença crónica. Dos sentimentos vividos ao longo da evolução da doença, emerge o repensar, manter ou abolir de projectos futuros.

As pessoas idosas deparam-se com a dúvida e a interrogação, desde o diagnóstico, ponderando os benefícios e os riscos de revelar a esta ou àquela pessoa, visto que mediante a confiança podem aspirar, por um lado, a um suporte mais adequado mas, por outro, à possível confrontação com o estigma e a discriminação. A

espiritualidade emerge como uma importante fonte de suporte e, simultaneamente, como uma forma de enfrentar e lidar com a doença.

Os idosos entrevistados, mostram-se informados acerca da doença. Conceitos complexos, como carga viral e defesas, estão patentes no seu discurso. Embora nem sempre estejam claras as vias de infecção e a causa da sua infecção, a sexualidade, na sua restrição ao acto sexual, é apontada como o principal veículo de infecção, sendo por isso, nesta área, que mais deve incidir a prevenção e a educação para a saúde.

A SIDA é encarada como uma doença crónica: sem cura, mas com tratamento. Como uma doença semelhante a tantas outras, que permite aos idosos viverem “naturalmente”, muito devido à ausência, ou presença mínima, de sintomas, bem como à longevidade (através não progressão da doença) que a terapêutica antirretroviral (*HAART*) veio incrementar. A informação e a intuição dos participantes, fá-los acreditar que a cura para a SIDA ainda não é real, mas é provável nos anos vindouros.

5. CONCLUSÕES

A revisão da literatura, que sustenta o estudo desenvolvido, revelou-se essencial, uma vez que permitiu entender o envelhecimento e a SIDA como fenómenos, cada vez mais, interligados em todo mundo, incitando questões que ultrapassam a esfera da saúde, na medida em que se revestem de influências e implicações sociais.

O trabalho de campo que precedeu as entrevistas, no qual foram contabilizados o número total de pessoas acompanhadas na consulta de VIH/SIDA, do hospital da região do Algarve, (cerca de 1120), permitiu concluir que 62 sujeitos têm 65 e mais anos (5,54%), o que não é considerado uma percentagem muito significativa. Apesar disto, o olhar atento sobre os números permite verificar que esta percentagem se prevê crescente, seguindo a tendência descrita pela estatística nacional e internacional, uma vez que se apurou uma percentagem de 23,66% de indivíduos com 50 e mais anos.

A evidência científica salienta, a vivência do VIH, no idoso, como um desafio complexo, visto que às implicações inerentes ao processo de envelhecimento, acrescem as relacionadas com a doença. Em termos socioculturais, o idoso pode experienciar um duplo estigma: o de ser idoso e o de ser seropositivo.

A sexualidade, repleta de mitos e crenças, sobretudo quando associada à pessoa idosa, parece influenciar a forma como é desenvolvida a educação para a saúde e a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, de que é exemplo a infeção por VIH. Os idosos e, concretamente, os seropositivos, mostram-se pessoas capazes de preservar a sexualidade, nomeadamente através do acto sexual, pelo que devem ser considerados vulneráveis à doença e capazes de a propagar.

Contrariamente ao que se esperava, antes do início do estudo, a maioria dos participantes revelou conhecimentos acerca do VIH/SIDA, nomeadamente, acerca das vias de infeção e meios de prevenção, apesar da adopção de comportamentos sexuais seguros seja, na prática, discutível.

A SIDA foi descrita como uma doença crónica e, a manutenção da terapêutica (apesar dos efeitos secundários iniciais) foi considerada obrigatória, visto ser o meio de viver durante mais anos.

Os sentimentos experienciados dos quais a discriminação sobressaia, quer do senso comum, quer dos estudos empíricos, surgiu mais ténue do que se esperava, pelo cuidado tido na revelação da condição de seropositividade. Assim, a par do sentimento de discriminação, outros surgiram, salientando-se os relacionados com o processo de luto. Este aspecto foi surpreendente, na medida em que se esperava que, tendo em conta o tempo de diagnóstico dos participantes, este processo se revelasse ultrapassado.

Em conformidade com a literatura, a decisão de revelar o diagnóstico, ou de o omitir revelou-se um aspecto muito marcante na experiência de seropositividade, da pessoa idosa. Os achados permitiram a compreensão de como pode esta decisão determinar a vivência de sentimentos de discriminação e, simultaneamente, como se repercute no suporte, quer por parte dos conviventes significativos, quer por parte dos profissionais.

A espiritualidade emergiu no discurso de quase todos os participantes, embora traduzida, essencialmente, pela religião. É descrita como a força que os ajudou e ajuda a ultrapassar o problema, como a ajuda interna que mais contribui para viverem de forma positiva com a doença. Os desígnios de Deus, foram também mencionados como a causa dos idosos estarem a experienciar esta problemática e, como a forma de se redimirem e purificarem na vida terrena. A fé surgiu, ainda, quando a questão da possibilidade de cura emergiu, visto que, os participantes acreditam no desvendar futuro da cura para a SIDA, através dos esforços humanos, mas também do contributo divino.

A alteração dos projectos futuros, após o diagnóstico, foi pouco encontrada entre o discurso dos participantes, aparentemente, porque as pessoas idosas já percorreram todo um caminho, em que muitas das suas ambições foram conquistadas, antes do diagnóstico de infecção por VIH.

O facto de, no presente estudo, os participantes terem sido seleccionados de forma intencional e de, na discussão dos achados, se descrever a experiência de seropositividade na pessoa idosa, através de descrições densas, detalhadas e ricas, relatadas na primeira pessoa, permite a transferibilidade dos achados (pelos leitores do

estudo), ou seja, acredita-se que os achados possam trazer implicações para a prática cuidativa, noutros contextos semelhantes (Loureiro, 2006).

Assim, para além de se esperar que este estudo permita uma melhor compreensão da experiência de seropositividade na pessoa idosa, visto que não foi encontrado, na revisão sistemática da literatura, nenhum estudo acerca desta temática, na população idosa portuguesa, pretende-se alertar a sociedade, em geral e, os cuidadores (dos quais fazem parte os profissionais de saúde), em particular, para a necessidade de disponibilizar o suporte que as pessoas idosas seropositivas necessitam, adequar estratégias que permitam uma vivência mais positiva da doença e promover a informação, quer aos idosos infectados, quer aos não infectados, quer à restante população.

Algumas questões levantadas por este estudo poderiam ser desenvolvidas futuramente, através de outros que, nomeadamente, estudassem a percepção de risco ou vulnerabilidade ao VIH de idosos não infectados; avaliassem intervenções de educação para saúde acerca do tema, tanto em idosos seropositivos, como em seronegativos; descrevessem a vivência do idoso ao longo do desenrolar da doença, de forma a compreender como variam os sintomas ao longo do processo de adaptação; e, ainda, com base na percepção, que o contacto frequente com a população seropositiva nos oferece, de que os idosos cumprem melhor a terapêutica que os mais novos, seria interessante, desenvolver um estudo com o objectivo de compreender as diferenças (ou semelhanças) de adesão entre estes dois grupos, bem como os factores que para tal contribuem.

Partindo da sugestão de uma das participantes, de incluir as temáticas da sexualidade e das infecções sexualmente transmissíveis, nas visitas domiciliárias da equipa de saúde, deixa-se a sugestão de que cada um de nós (enquanto convivente significativo, enquanto cuidador informal, enquanto profissional, enquanto gerontólogo) procure, no desenvolver no seu trabalho, ou no seu dia-a-dia, a abordagem destes temas com a população idosa.

Por fim, importa mencionar, o contributo pessoal e profissional que desenvolver este estudo trouxe para o investigador, uma vez que permitiu o contacto com ideias diversas, com pessoas únicas e com histórias emocionantes, reveladoras de coragem e força de viver. Para além disto, enriqueceu os conhecimentos acerca do VIH/SIDA,

especificamente na população estudada, de uma forma peculiar, já que lhe foi possível ouvir e entender o fenómeno na perspectiva da pessoa que o vive.

6. REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (2001). *Publication Manual* (8^a ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Andrade, H., Silva, S., & Santos, M. (2010). AIDS em idosos: vivências dos doentes. *Escola Anna Nery*, 14(4), 712-719.
- Antunes, F. (2008). Estratégias e progressos na terapêutica anti-retrovírica. In F. Antunes (Ed.), *Manual sobre a SIDA*. (3^a ed.). (pp. 297-307) Lisboa: Permanyer Portugal.
- Antunes, F. (2008). Vacinação contra VIH. In F. Antunes (Ed.), *Manual sobre a SIDA*. (3^a ed.). (pp. 587-593) Lisboa: Permanyer Portugal.
- Araújo, M. (2005). SIDA no Feminino – Percções e implicações na sexualidade e maternidade. Coimbra: Formasau.
- Azevedo-Pereira, J. (2008). Ciclo biológico de VIH. In F. Antunes (Ed.), *Manual sobre a SIDA*. (3^a ed.). (pp. 9-26) Lisboa: Permanyer Portugal.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Berger, L. (1994). Aspectos biológicos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Eds.), *Pessoas idosas: uma abordagem global* (pp. 139-169). Loures: Lusodidacta.
- Berger, L. (1994). Evitar os perigos. In L. Berger, & D. Mailloux-Poirier (Eds.), *Pessoas idosas: uma abordagem global* (pp. 379-438). Loures: Lusodidacta.
- Berger, L. (1994). Contexto dos cuidados em gerontologia. In L. Berger, & D. Mailloux-Poirier (Eds.), *Pessoas idosas: uma abordagem global* (pp. 1-9). Loures: Lusodidacta.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994), *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.

- Camargo, B., Torres, T., & Biasus, F. (2009). Práticas sexuais, conhecimento sobre HIV/AIDS e atitudes a respeito da relação amorosa e prevenção entre adultos com mais de 50 anos no sul do Brasil. *Liberabit*, 15 (2), 171-180.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, A. (2002). Dilemas das representações contemporâneas da velhice. *Terceira Idade: Uma Questão para a Educação Sexual*, 7-9.
- Center for Reviews and Dissemination. (2009). Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: CRD.
- Centers For Disease Control and Prevention (2008). *Persons aged 50 and older. Divisions of HIV/AIDS Prevention*. Acedido a Junho 6, 2009, in <http://www.cdc.gov/hiv/topics/over50/>.
- Chevrier, J. (2003). A especificação da problemática. In Gauthier, B. *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. (pp. 65-95). Loures: Lusociência.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Comissão de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (2005). *Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal a 30 de Junho de 2005*. Doc. 134.
- Convenção Internacional sobre a eliminação de todas formas de Discriminação Racial. (1966) Acedido a Fevereiro 15, 2011, in <http://pt.wikipedia.org/wiki/Discrimina%C3%A7%C3%A3o>.
- Cordeiro, M. (1999). Avaliação da Saúde em Gerontologia. In Departamento de edições da Formação, Formação e Saúde (Coords). *O Idoso Problemas e realidades*. (pp. 52-61). Coimbra: Formasau.
- Costa, M. (2009). *Sexualidade e amor na 3ª idade*. (Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Educação). Porto: Faculdade do Porto.
- Cuevas, J., Vance, D., Viamonte, S., Lee, S., & South, J. (2010). A comparison of spirituality and religiousness in older and younger adults with and without HIV. *Journal of spirituality in mental health*, 12, 273-287.

- Custódio, C. (2008). *Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado*. (Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde). Lisboa: Universidade Aberta.
- 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*. Acedido a Maio 31, in http://www.aidscongress.net/pdf/50_anos_abstract_233_comunic_266.pdf.
- Direcção Geral de saúde. (2004). *Programa Nacional para as pessoas idosas*, circular normativa nº 13, de 2 de Fevereiro de 2004.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In: S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.) *Handbook of early childhood intervention*. (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Edward, H., & Glenn, T. (2008). Depression. In Lee, S. (Ed.), *HIV and Aging* (pp.53). New York: Informa healthcare.
- Emler, C., Gerkin, A., & Orel, N. (2009). The graying of HIV/AIDS: preparedness and needs of the aging network in a changing eepidemic. *Journal of Gerontological Social Work*, 52 (8), 803-814.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso dependente*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Foster, P., & Gaskins, S. (2009). Older african americans management of HIV/AIDS stigma. *AIDS care*, 21 (10), 1306-1312.
- Fulton, A. (2008). Issues of sexuality in the elderly. *Geriatrics for the Practicing Phisican*, 91 (10), 321-322.

- Gomes, S., & Silva, C. (2008). Perfil dos idosos infectados pelo HIV/AIDS: uma revisão. *VITTALLE*, 20 (1), 107-122.
- Grácio, E. (1999). Apoio social e financeiro na terceira idade. In Departamento de edições da Formação, Formação e Saúde (Coords.). *O Idoso Problemas e realidades*. (pp. 136-147). Coimbra: Formasau.
- Green-Nigro, C. (2003). Intervenções em pessoas com infecção por VIH e SIDA. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek (Coords.). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica* (Vol. 3, pp. 2467-2499). Loures: Lusociência.
- Grilo, A. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, saúde e doenças*, 2 (2), 101-118.
- Guedes, H., & Souza, A. (2009). A educação em saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS: o papel da equipe de saúde. *Associação Portuguesa de Psicologia*, 12 (4), 388-397.
- Guerra, M. (1998). *Sida: implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.
- Habermas, J. (1989). *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Herek, G., Mtnick, L., & Burris, S. (1998). AIDS and stigma: a conceptual Framework and research agenda. *AIDS Public Policy*, 13 (36), 36-47.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- Illa, L., Echenique, M., Jean, G., Avellaneda, V., Metsch, L., Mulet, L., Eisdorfer, C., & Martinez, M. (2010). Project ROADMAP reeducating older adults in maintainig AIDS prevention: a secondary intervention for older HIV-positive adults. *AIDS Education and Prevention*, 22 (2), 138-147.
- José, H. (2002). Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros. Loures: Lusociência.
- Kant, E. (1986). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70.
- Lazzarotto, A., Kramer, A., Hadrich, M., Tonin, M., Caputo, P., & Sprinz, E. (2008). O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale

- do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (6), 1833-1840.
- Leininger, M. (1985). *Qualitative research methods in nursing*. London: Grune & Stratton, Inc.
- Letvak, S., & Schoder, D. (1996). Sexually transmitted diseases in the elderly: what you need to know. *Geriatric Nursing*, 17 (4), 156-160.
- Loureiro, L. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: crítica, estratégias e possibilidades. *Referência*, 2, 21-32.
- Lovejoy, T., Heckman, T., Sikkema, K., Hansen, N., Kochman, A., Suhr, J., Garske, J., & Johnson, C. (2008). Patterns and correlates of sexual activity and condom use behavior in persons 50-plus years of age living with HIV/AIDS. *AIDS behav*, 12, 943-956.
- Lucas, J. (1993). *SIDA: a sexualidade desprotegida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Machiesqui, S., Padoin, S., Paula, C., Ribeiro, A., & Langendorf, T. (2010). Pessoas acima de 50 anos com AIDS: implicações para o dia-a-dia. *Escola Anna Nery*, 14 (4), 726-731.
- Maes, C., & Louis, M. (2003). Knowledge of AIDS, perceived risk of AIDS, and at-risk sexual behaviors among older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15 (11), 509-516.
- Mailloux-Poirier, D. (1994). Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. In L. Berger, & D. Mailloux-Poirier (Eds.), *Pessoas idosas: uma abordagem global* (pp. 87-98). Loures: Lusodidacta.
- Morse, J. (1991). *Qualitative nursing research: a contemporary dialogue*. USA, California: Sage Publications.
- Morse, J. (2007). Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa. Coimbra: Formasau.
- Nogueira, S. (1996). Sexualidade da mulher na maturidade. *A terceira idade*. 7 (11), 15-21.

- Nokes, K. (2011). Symptom disclosure by older HIV-infected persons. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 1-7.
- Oliveira, I., Saldanha, A., & Fernandes de Araújo, L. (2006). Percepções dos profissionais de saúde acerca da AIDS na velhice. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18 (2), 143-147.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do Idoso: temas complementares*. Porto: Legis Editora.
- Olivi, M., Santana, R., & Mathias, T. (2008). Behavior, knowledge and perception of risks about sexually transmitted diseases in a group of people over 50 years old. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 16 (4), 679-685.
- Organização Mundial de Saúde (1978). *Conferência internacional sobre os cuidados de saúde*. Declaração de Alma-Ata. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Orlando, G. (2010). Natural history of HIV infection in older patients. *Biomed central Geriatrics*, 10 (1), 5-7.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, G., & Borges, C. (2010). Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. *Escola Anna Nery*, 14 (4), 720-725.
- Pereira, J. (2008). Ciclo biológico de VIH. In F. Antunes (Ed.), *Manual sobre SIDA* (3ªed.). (pp. 9-26). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Phipps, W. (2003). Doença crónica e reabilitação. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek (Coords). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica* (Vol. 1, pp. 145-183). Loures: Lusociência.
- Poindexter, C., & Shippy, R. (2010). HIV diagnosis disclosure: stigma management and stigma resistance. *Journal of gerontological social work*, 53, 366-381.
- Queiróz, A., Meireles, M., & Cunha, S. (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Rodrigues M., & Leopardi, M. (1999). *O Método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros*. Brasil, Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura.

- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Saldanha, A., & Fernandes de Araújo, L. (2006). *A AIDS na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde*. Comunicação apresentada no VII congresso virtual VIH/AIDS: O VIH/SIDA na criança e no idoso.
- Saldanha, A., Alayde, A., Fernandes de Araújo, L., & Sousa, V. (2009). Envelhecer com Aids: representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. *Interamerican Journal of psychology*, 43 (2), 323-332.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Seleções do Reader's Digest (1992). *Dicionário Enciclopédico de Língua Portuguesa*. Lisboa: Publicações alfa.
- Silva, J., Pimentel, P., & Saldanha, A. (2006). *Aspectos biopsicossociais do cotidiano de pessoas soropositivas ao HIV/AIDS na maturidade e na velhice*. Comunicação apresentada no X congresso virtual HIV/AIDS: O VIH/SIDA nos países de língua portuguesa.
- Silva, J., Saldanha, A., & Azevedo, R. (2010). Variáveis de impacto na qualidade de vida de pessoas acima de 50 anos HIV +. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (1), 56-63.
- Singer, P. (2002). *Ética prática*. Lisboa: Gradiva.
- Small, L. (2010). What older adults know about HIV/AIDS: lessons from an HIV/AIDS education program. *Educational Gerontology*, 36, 26-45.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família*. (2ª ed.). Porto: Âmbor.
- Souza, M., Backes, D., Pereira, A., Ferreira, C., Medeiros, H., & Marchiori, M. (2009). Nível de conhecimento de um grupo de idosos em relação à síndrome da imunodeficiência adquirida. *Avances en Enfermería*, 17 (1), 22-29.

- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem, avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Treisman, G., & Angelino, A. (2004). *The psychiatry of AIDS: a guide to diagnosis and treatment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Vasconcellos, D., Novo, R., Castro, O., Vion-Dury, K., Ruschel, A., Couto, M., Colomby, P., & Giami, A. (2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 1-13.
- Vaz, J. (2003). Sexualidade e História. In Fonseca, L., Soares, C., & Vaz, J. (Eds.), *A sexologia: perspectiva multidisciplinar*. (Vol. II, pp. 15-42). Coimbra: Quarteto Editora.
- Vieira, D., Sobral, B. (2009). O corpo envelhece, a sexualidade não: AIDS no diagnóstico diferencial entre as doenças comuns nos idosos. *International Clinical Medicine*, 2, B6.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wiley, D., & Bortz, W. (1996). Sexuality and aging: usual and successful. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*. 51A (3), 142-146.
- World Health Organization (2007). Global Summary of the AIDS epidemic, December, 2007. Acedido a Maio 31, 2009, in http://www.who.int/hiv/data/2008_global_summary_AIDS_ep.png.
- World Health Organization (2009). Fact Sheet 1 HIV/AIDS: the infection. Acedido a Junho 1, 2009, in http://www.who.int/hiv/about/hiv/en/fact_sheet_hiv.htm.
- World Health Organization (2011). Definition of an older or elderly person, 2011. Acedido a Janeiro 30, 2011, in <http://www.who.int/healthinfo/survey/agindefnolder/en/index.html>.