

AIDS EM IDOSOS: VIVÊNCIAS DOS DOENTES

Aids in elderly: reports of patients

Sida en ancianos: experiencias de los pacientes

Helana Augusta dos Santos Andrade¹

Susan Kelly da Silva²

Maria Izabel Penha de Oliveira Santos³

RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender a vivência dos idosos com síndrome da imunodeficiência humana adquirida inscritos em uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde da região metropolitana de Belém/PA. A abordagem foi qualitativa, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, e os sujeitos eram 13 idosos. As idades foram entre 60 e 92 anos; seis eram viúvos, dois, casados, e cinco, solteiros; o tempo de descoberta da doença foi de dois meses a 15 anos. As categorias de análise são as relações afetivas, isolamento social, redes de apoio e aposentadoria e trabalho. O estudo desvelou a complexidade de uma doença sem cura para o idoso, sentimentos foram revelados além de transtornos da autoimagem e solidão, que implicaram a revelação à família. Essa vulnerabilidade também traz implicações importantes para a saúde coletiva e para enfermagem, na busca de estratégias de informação e proteção aos idosos.

Palavras-chave: Idoso. AIDS. Enfermagem.

Abstract

The objective of this study was to understand the life experience of elderly people with the human immunodeficiency syndrome acquired, enrolled on a unit known for reference in the System of Health at metropolitan region of Belém/PA. The approach was qualitative, applying the content analysis technique in 13 elderly. The ages were from 60 to 92 years; six of them were widowed, two married and five singles; It took 02 months to 15 years to discover the disease. The analysis categories are the affective relations, the social isolation, support program, work environment and retirement. The study showed the complexity for the elderly dealing with an incurable disease, feelings were revealed in addition to disorders of loneliness and self-image, resulting in the need to reveal it to the family. This vulnerability also brings important implications for the collective health and nursing, when searching for information strategies and protection to the elderly.

Keywords: Aged, AIDS, Nursing

Resumen

El objetivo del estudio era conocer la experiencia de las personas mayores con síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida inscrita en la unidad del Sistema Único de Salud de la región metropolitana de Belém/PA. El enfoque cualitativo usó la técnica de análisis del contenido y 13 participantes ancianos. Las edades estaban entre los años 60 y 92; seis eran viudas, dos casados y cinco solteros; el momento de descubrimiento de la enfermedad era de dos meses a 15 años. Las categorías de análisis son las relaciones afectivas, aislamiento social y apoyar redes y jubilación. El estudio desveló la complejidad para los ancianos de aceptar que tienen una enfermedad incurable, sentimientos fueron revelados, además de trastornos de la soledad y la propia imagen, que implicó la revelación a la familia. Esta vulnerabilidad también tiene importantes implicaciones para la salud colectiva y enfermería, en busca de estrategias de información y protección de los ancianos.

Palabras clave: Anciano, SIDA, Enfermería

¹Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva pela UFPA, atua na unidade assistencial da unidade de terapia intensiva do Hospital Porto Dias. Belém-Pará. Brasil. E-mail:helangra@yahoo.com.br;²Enfermeira da Unidade de Saúde da Família de IPIXUNA DO PARÁ. Belém-Pará. Brasil. E-mail:susankelly@yahoo.com.br;³Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pelo DINTER/EEAN/UFRRJ/UEPA. Especialista em Saúde do Idoso, Gerontóloga pela SBGG, Professora Assistente IV da UEPA, Departamento de Enfermagem Hospitalar. Belém-Pará. Brasil. E-mail: princesa50@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) em idosos tem sido um tema discutido na atualidade e que chama a atenção dos profissionais de saúde, devido ao impacto que vem apresentando nessa população e para a saúde coletiva.

A população de pessoas acima de 60 anos, na sociedade brasileira, está em franco crescimento. Associando-se a esse fenômeno, os rápidos avanços da medicina e da tecnologia favorecem para que as pessoas envelheçam de forma mais saudável e com melhor qualidade de vida, inclusive prolongando sua atividade sexual.¹

Ressalta-se que, nos anos de 1980, com o aparecimento da AIDS, pensava-se que havia grupos especificamente mais suscetíveis, ou de risco, para adquiri-la, como os homossexuais, prostitutas e usuários de drogas. Nessa época, não se considerava os idosos como um grupo de risco, e as campanhas de prevenção direcionada a essa população eram escassas. Esse comportamento talvez tenha contribuído para que os idosos hoje tenham dificuldades em aderir a métodos preventivos da doença.¹⁻²

Desse modo, doenças transmissíveis sexualmente, como a AIDS, apresentam uma tendência de aumentar nessa população, e, entre os anos de 1996 e 2005, observou-se então um crescimento entre as pessoas acima de 50 anos. Na faixa etária de 50-59 anos, a taxa de incidência entre os homens passou de 18,2% para 29,8%; entre as mulheres, cresceu de 6,0% para 17,3%; nesse mesmo período houve um aumento da taxa entre os indivíduos com mais de 60 anos, sendo que nos homens passou de 5,9% para 8,8% e nas mulheres de 1,7% para 4,6%.¹⁻²

No Pará, foram registrados 51 casos no período de 2005 e 2006, na faixa de 50 a 79 anos. No ano de 2004, foram notificados 38 casos na cidade de Belém, com predominância na faixa etária de 50 a 64 anos, já que na Região Norte o processo de envelhecimento da população ainda se encontra em um percentual menor do que nas Regiões Sul e Sudeste. Sobre esses dados, ainda temos que considerar as subnotificações, nas quais estão envolvidos os tempos de sobrevivência que vão do aparecimento dos sintomas até a confirmação do diagnóstico da doença.³

Fisiologicamente o idoso possui alterações de seu estado imunológico, o que o predispõe a mais riscos de contrair infecções e a ter dificuldades para responder aos agentes agressores. Devido a essa particularidade, o idoso do portador do vírus da AIDS tem achados clínicos e laboratoriais semelhantes aos da imunodeficiência congênita combinada grave (deficiência de imunidade celular e humoral) e também da imunossupressão secundária à utilização de drogas imunossupressoras.^{2,4}

Nesse percurso, consideramos que pesquisar sobre esse tema contribuirá sobremaneira para compreendermos

a trajetória das pessoas que envelhecem na Região Norte, os riscos a que estão expostas na atualidade e, principalmente, no que diz respeito a suas vivências, seus sentimentos e expectativas, e não somente às manifestações clínicas das doenças que contraem.

Desse modo, a convivência com essa população em nossa prática cotidiana de enfermagem nos colocou diante do desafio desta pesquisa.

O objetivo deste estudo é compreender a vivência dos idosos com síndrome da imunodeficiência humana adquirida (AIDS) inscritos em uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde localizada na região metropolitana de Belém/PA.

REVISÃO DA LITERATURA

A AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV (do inglês Human Immunodeficiency Virus). Ela compromete indivíduos de todas as faixas etárias: no Brasil, dos 371.827 casos notificados de 1980 até junho de 2005, o número de pessoas entre 50 e 59 anos representou 6,2%, e os indivíduos de 60 anos ou mais foram 2,1% dessa totalidade, entre ambos os sexos.

O primeiro caso de AIDS em pessoas com 50 anos ou mais foi notificado em 1982. Desde então, até junho de 2008 foram identificados 47.437, o que representa 9% do total de casos, sendo 15.966 (43%) entre mulheres e 31.469 (66%) entre homens.^{2,4,5}

No Brasil, a taxa de incidência por 100.000 habitantes em 2006 foi de 15,7%. Já na Região Norte foi de 13,0%; na Região Nordeste, 7,6%; 18,3% no Sudeste; 22,9% na Região Sul; e 14,1% no Centro-Oeste. Dessa forma, considerando-se o período compreendido entre 1982 e junho de 2008, a taxa de incidência vem apresentando tendência a crescimento em todas as regiões.⁴

Dados acumulados a partir de 1980 até junho de 2009 revelam os casos de AIDS por população de cada município e de cada estado. O Estado do Pará está em 14º, quando se considera os municípios com mais de 100 mil habitantes com maior número de casos de AIDS, com destaque para três municípios com maior incidência no território nacional, entre eles, Barcarena, Belém e Redenção.⁵

O período compreendido entre 1997 e 2007, nos municípios do Pará com mais de 500 habitantes, foi considerado pelo Ministério da Saúde um período em que houve certa estabilidade de notificações da AIDS. Porém, o Município de Ananindeua apresentou-se com um crescimento de 380%, e Belém com 230%, sendo que o primeiro foi considerado o quarto maior município com crescimento da AIDS no Brasil.⁵

O aumento de caso de AIDS em idades mais avançadas pode ser atribuído a dois aspectos: o primeiro está relacionado

àqueles idosos que possuem, entre outros fatores, melhores recursos financeiros, o que contribui para o acesso a prazeres e serviços disponíveis, permitindo uma vida sexual mais ativa; e o segundo, à existência de tabus sobre a sexualidade na terceira idade.^{1-2,16-17}

Dessa forma, a epidemia de HIV/AIDS configura nas pessoas acima de 60 anos um dos mais sérios problemas de saúde pública contemporânea, apresentando um grau elevado de morbimortalidade; então, em decorrência da ampliação da expectativa de vida, facilitada pelos antirretrovirais, e pela descoberta de novos casos nessa faixa etária, conhecer as características de cada região é um importante passo para a tomada de decisões quanto aos aspectos preventivos e de controle da doença.⁶⁻⁷

Sobre o conhecimento relacionado à transmissão do HIV, práticas sexuais e comportamento de vulnerabilidade quanto à infecção pelo HIV, foi identificado que: quanto menor o grau de instrução, menor o percentual de acerto sobre conhecimento correto referente às formas de transmissão do HIV; assim como que o número de casos nos estratos de menor escolaridade aumentou, remetendo à condição de pior cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência entre os menos favorecidos.⁷

Em outro estudo realizado com idosos contaminados pelo vírus HIV, no Estado do Ceará, a transmissão heterossexual constitui a principal fonte de contaminação do HIV entre homens e mulheres, apesar de a transmissão entre homens com prática de natureza homo-bissexual ser relevante.⁶⁻⁷

Um fato a também ser considerado relevante é a feminização e heterossexualização na epidemia do HIV em idosos. As mudanças naturais no processo de envelhecimento entre as mulheres, como estreitamento vaginal, diminuição da elasticidade e das secreções vaginais e o desgaste das paredes vaginais, são situações que favorecem o risco de infecção pelo HIV durante as relações sexuais, sendo esta uma situação que, associada à percepção de risco, pode conduzir um número maior de mulheres idosas a adquirirem a doença.^{8,10,17}

O advento da terapia antirretroviral de alta atividade trouxe melhoria na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. No entanto, pesquisas demonstram que a marca no corpo, a imagem a ser cuidada e zelada, com o surgimento dos efeitos colaterais produzidos pelos inibidores como a lipodistrofia, o risco de doenças cardiovasculares, dislipidemia, hiperglicemia são fatores coadjuvantes do conviver com o HIV/AIDS e que podem fortalecer o isolamento social e outros fatores negativos associados ao envelhecimento.^{7,9-10}

Sobre o impacto da terapia antirretroviral, é importante destacar pesquisa realizada por enfermeiros sobre a ação dos fatores imunogenéticos que sugerem o aparecimento da Síndrome da Lipodistrofia, entre eles, o fator de necrose tecidual (TNF), no qual o aumento dos níveis dessa citocina está relacionado ao desenvolvimento da síndrome da lipodistrofia (SL).¹¹

Em estudo realizado com 117 portadores de HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral, compararam-se 67 com SL e 50 sem SL, e encontrou-se que a presença do alelo TNFa5 pode conferir proteção aos indivíduos portadores de HIV/AIDS no desenvolvimento da SL, em contraste com a presença de TNF-308G, assim como do homocigoto TNF-308GG, que podem conferir susceptibilidade no desenvolvimento da SL.¹¹

É importante também ressaltar as complicações neurológicas e as neuropsiquiátricas nos idosos em decorrência da infecção pelo HIV, por ação direta no sistema nervoso central (SNC) ou pela alta prevalência de infecções oportunistas favorecidas pela imunossupressão, como o *Pneumocystis carinii*, pneumonia, *Herpes zoster*, tuberculose ou *Mycobacterium avium*.^{2,17}

A demência secundária à infecção, denominada complexo AIDS-demência (CAD) ou complexo cognitivo-motor associado ao HIV, atinge cerca de 20% a 30% dos pacientes e reforça o aparecimento de: sintomas cognitivos, entre eles, esquecimento, lentidão do pensamento, alterações da atenção; motores, como alterações da marcha, equilíbrio e coordenação; e comportamentais, como apatia, isolamento social, agitação e até mesmo quadros psicóticos. Nesse sentido, todos estes agravantes relacionados com a evolução da doença impactam negativamente na vida social, econômica, afetiva e na dinâmica familiar do idoso.^{2,17}

A literatura geriátrica chama a atenção dos profissionais de saúde para o reconhecimento das manifestações clínicas que podem ser subvalorizadas ou com queixas comuns a outras morbidades na velhice, como, por exemplo, o emagrecimento e anorexia, assim como para a implementação de programas preventivos mais efetivos para essa população.²⁻¹⁷

Sobre esse aspecto, em geriatria, há os 10 Ds do emagrecimento, que podem estar relacionados com a dentição, disguesia, disfagia, diarreia, drogas, doenças crônicas ou infecciosas, doenças neoplásicas, demência, depressão e disfunção social.^{2,17}

Outro aspecto que está entrelaçado com a transmissão da doença é a sexualidade. Esta abrange um conjunto de experiências, emoções e estados de espírito que se exprimem na continuidade do prazer que chega até faixas etárias mais avançadas.¹²

Sendo assim, a sexualidade faz parte da existência do indivíduo em qualquer idade, porém está cercada de mitos e crenças; é comum associar o processo de envelhecimento com a perda do desejo sexual, e, talvez por esse pensamento, pode-se, do ponto de vista da saúde pública, não se estar dando muita importância a esse aspecto, mas alguns estudos já chamam a atenção de que se deve buscar formas de compreender melhor o comportamento sexual do idoso.^{2,18}

Ainda sobre esse assunto, do olhar da psicosexualidade, a sexualidade e o erotismo na velhice tiveram influência religiosa que contribuiu para sua desvalorização, sendo algo de que “o velho deveria envergonhar-se”, ou calar-se, tendo esses sentimentos valores apenas para procriação.^{13,18}

Nesse mérito, a AIDS trouxe novas questões para a prática no campo da saúde, entre as quais destacam-se as abordagens da sexualidade, do uso de drogas e dos direitos humanos, o acesso aos serviços e insumos de prevenção.^{1-2,13}

Sobre a sexualidade, a forma como é vivenciada determina-se pelos contextos sócio-históricos vivenciados por cada indivíduo; aí estão incluídos os rituais de iniciação, os ritos de passagem, as representações sociais que se faz e que se manifestam sobre as condições de sua prática, as escolhas, as orientações adotadas, que são também construídas socialmente, e que podem ser legitimadas ou sancionadas.^{1-2,13}

Por outro lado, a relação sexual tem sido considerada uma atividade para pessoas jovens, das pessoas com boa saúde e fisicamente atraentes. Este é um mito que se projeta socialmente, excluindo-se a pessoa idosa dessa prática; e, apesar dessa condição, as pessoas que envelhecem conservam a necessidade sexual, não havendo, portanto, uma idade em que se esgotem os pensamentos e desejos sobre a prática sexual.^{1-2,17}

Ainda, coloca-se com relação à AIDS que não é a sexualidade que torna as pessoas mais vulneráveis a contraí-la, mas sim as práticas sexuais realizadas de forma desprotegida, sendo este um pressuposto estendido para todas as idades. Assim, existem recomendações de que os profissionais de saúde atentos para as queixas específicas das pessoas idosas e também os serviços públicos disponibilizem insumos para esse grupo populacional adotar práticas sexuais seguras, como os preservativos masculino e feminino, e o gel lubrificante.^{1-2,16}

A relação sexual foi a forma mais predominante de infecção pelo HIV, porém há uma crescente evidência de que esse grupo da população está cada vez mais se infectando não só pelo HIV, mas também por outras doenças sexualmente transmissíveis.¹⁻⁶

Outra recomendação é que seja dada importância ao monitoramento e acompanhamento a esses eventos na Atenção Básica e nos serviços especializados, uma vez que as pessoas idosas com HIV/AIDS têm demandas específicas que devem ser consideradas, entre elas, a importância de se entender melhor os efeitos colaterais do tratamento e abordar também sobre a sexualidade.^{1-2,16}

MÉTODO

Por se tratar de um estudo que visa compreender a subjetividade das pessoas, optou-se pela abordagem qualitativa, cujo método foi o estudo de caso, pois permite estudar diversos comportamentos humanos, condições de vida, padrões de enfrentamento que podem ser de um sujeito ou de uma instituição, sem preocupação com a frequência em que ocorre.¹⁴

Os sujeitos do estudo foram 13 idosos, com diagnóstico médico positivo para o vírus da imunodeficiência adquirida, que se encontravam em tratamento na unidade de referência especializada em doenças infecciosas e

parasitárias (URE-DIPE). Como critérios de inclusão para a pesquisa, consideraram-se a idade igual ou superior a 60 anos, as condições cognitivas preservadas e estarem regularmente matriculados na unidade.

A coleta de informações se deu através de um roteiro contendo questões abertas, obedecendo à técnica de entrevista estruturada. A aproximação com os sujeitos foi mediada pela enfermeira da unidade durante a consulta de enfermagem, no intuito de convidá-los a participar da pesquisa. Enfatizamos que, em nenhum momento, os pesquisadores obtiveram dados dos prontuários individuais dos idosos, nem aqueles que os identificassem pessoalmente, como endereço, telefone e nome completo. E, para resguardar o sigilo das informações, um número representou cada entrevistado.

Para a análise das respostas dos sujeitos, utilizamos a técnica da análise de conteúdo¹⁴, composta de três etapas: a pré-análise, para organização dos dados, análise propriamente dita e interpretação final. O estudo buscou embasamento em pesquisas que destacavam os aspectos biopsicossociais no processo de envelhecimento, a vulnerabilidade do adoecimento e da doença. Por se tratar dos resultados de uma monografia de conclusão de curso em enfermagem, compunham o referencial teórico as bases conceituais das teorias psicológicas relacionadas ao envelhecimento e áreas afins.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA/ Campus IV, sob o Protocolo 0002.0.321.000.08, em reunião do dia 28/02/2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica dos idosos que participaram do estudo compreendeu aqueles que estavam na faixa etária entre 60 e 92 anos. Quanto ao gênero, foram sete mulheres e seis homens. Quanto ao estado civil, seis eram viúvos, dois, casados e cinco, solteiros. E o tempo de descoberta da doença estava entre dois meses e 15 anos. O nível de escolaridade predominante foi a 5ª série primária, correspondendo hoje à 5ª série do ensino fundamental, sendo um deles analfabeto. Nenhum morava sozinho, e apenas dois participavam de grupos de convivência para a terceira idade.

Para melhor compreensão da análise das respostas, estas foram agrupadas em categorias de análise que representam um conjunto das vivências expressadas pelos idosos portadores de AIDS, que interagem e se complementam nas falas. Foram assim denominadas: 1- **Relações afetivas**; 2- **Isolamento social**; 3- **Redes de apoio**; 4- **Trabalho e aposentadoria**, sobre as quais se discorre a seguir.

RELAÇÕES AFETIVAS

O impacto do diagnóstico da doença abalou a afetividade dos sujeitos, seus laços de família e de amizade. É como se fosse uma ameaça, como privá-los desse sentimento, de tocar em alguém e ser tocado, como se fosse uma punição.

Nesse pensamento, amar e ser amado são necessidades humanas básicas, para as quais somos sensibilizados desde a concepção, estendendo-se por todo o ciclo vital, culminando na velhice. Na psicologia, o termo “afetivo” tem a ver com sentimentos, que podem se tornar ameaçados e ao mesmo tempo são ligados à existência humana.^{15,18}

Para alguns dos sujeitos, ser idoso e portador de um vírus de uma doença grave e incurável lhes causou certa estranheza, confusão, revolta. Tentavam buscar explicação para saber como contraíram a doença, procurando diferentes formas de enfrentamento da situação, como se observa nos relatos a seguir.

Eu acho muito esquisito alguém da minha idade ter esse vírus... (S1)

Olha, eu não gosto muito desse negócio não... tô muito confusa. (S2)

Mudou para mim mesmo...Me sinto outra pessoa.(S1)

Eu achava esquisito tudo que meu marido sentia eu sentia [...] Eu dizia para minha filha[:] por que não me levam para fazer exame de AIDS?E ela dizia que isso era impossível...](S3)

Para os idosos com um casamento de longos anos descobrir que estão contaminados por um vírus “perigoso” traz conflitos no relacionamento, entre eles a ruptura da confiança existente e o desconsolo, na maioria das vezes. Sobre isso, alguns estudos mostram que mulheres casadas sabem que hoje todas as pessoas devem se proteger contra a AIDS, exceto elas mesmas, visto que se sentem protegidas dentro do casamento, devido à confiança que sentem em seus maridos.^{2-3,17}

Eu fiquei preocupada sobre como foi que eu peguei, né? O marido diz que nunca ficou com outra mulher, mas... eu não sei como foi, para eu pegar isso... (S3)

Aí eu fiquei revoltada... se ele tivesse vivo, eu tinha comprado um revólver e ido lá matar ele.(S3)

Em outro momento, os sujeitos relataram a existência de um conflito interno para admitirem sua “nova” opção sexual, principalmente os que eram casados.

Foi dizer para minha esposa que eu vivia amigado com outra ou então que eu era gay... (S4)

Assim sendo, desde seu início, a AIDS vem acompanhada de estigma e discriminação no mundo inteiro, constituindo-se um dos grandes desafios em saúde coletiva. O estigma e a discriminação reforçam as iniquidades sociais e, por ser uma

doença vinculada com o homossexualismo e a promiscuidade, conduzem os doentes a vivenciarem uma complexa maneira de enfrentamento, diante de sua descoberta.^{13,17}

As condições de acessibilidade e as informações, hoje, são fatores que podem contribuir para o prolongamento da atividade sexual entre os idosos e que, associados à expectativa de vida saudável, ao incremento de maior participação social e, conseqüentemente, da vida sexual, em decorrência de novas drogas para a disfunção erétil, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas estéticas, exames preventivos de próstata, fazem com que os idosos procurem mais os serviços de saúde.^{1,16}

ISOLAMENTO SOCIAL

A imagem corporal, principalmente a aparência física determinada pela evolução da doença, é algo que aparece como uma queixa comum entre os idosos deste estudo. Essa condição física é causada pela lipodistrofia, em decorrência da perda da gordura corporal e pela ação dos medicamentos anti-HIV, e pode ser um condicionante do isolamento das relações sociais cotidianas.¹⁷

Além disso, a AIDS também vem acompanhada de outras manifestações clínicas, como diarreia, pneumonia e febre em decorrência da imunossupressão do vírus, que podem levar à desidratação, perda de peso e configurar ao portador um aspecto físico desconfortante, como se fossem fatores denunciadores da doença. Essa condição ficou marcada nos relatos abaixo transcritos:

Eu me acho emagrecida... Perdi muito peso, eu era gorda, eu vejo gente mais velha do que eu e não é assim... (S3)

Eu era vaidosa... trabalhava, gostava de me arrumar... (S5)

Eu não uso saia curta... eu uso saia longa [...] as veias ficaram acentuadas. (S9)

Eu não uso manga curta... porque eu gosto de esconder meu defeito[...] Eu não gosto que ninguém me aponte. (S12)

Eu me sinto envergonhada... Aqui não, porque todos tem a doença, mas em casa, quando chega alguém... de me verem assim velha e acabada...(S9)

O sofrimento decorrente de ter um corpo diferente leva a uma baixa da autoestima, conduzindo a sentimentos de inferioridade em relação aos seus pares e, conseqüentemente, ao abandono da vida social. Estudos com idosos portadores de AIDS citam que a nova figura não é familiar à própria pessoa nem aos que convivem com ela. A lipodistrofia leva o doente a

não reconhecer seu próprio corpo, como se a consciência corporal e a identidade elaborada desde a infância não existissem mais.^{9,17}

Este não reconhecimento de si mesmo afeta a convivência dos idosos, pois eles envergonham-se de sua condição corporal, o que os limita na intimidade conjugal, como trocar de roupa na frente do outro. Assim como a falta de apoio do parceiro ou parceira, a falta de desejo pelo outro leva ao isolamento e à tristeza.

A tristeza é um sentimento intrínseco ao ser humano, é a ausência de satisfação pessoal quando o indivíduo se depara com sua fragilidade. O aspecto físico da pessoa nessa condição é de um alongamento da face, como se tivesse sendo puxada para baixo, a cabeça pode inclinar-se um pouco em um dos ombros, a palidez às vezes está presente, além das rugas que se tornam mais visíveis na testa e os cantos da boca levemente caídos.^{2,18}

Nesse contexto, entende-se que o apoio familiar e dos profissionais de saúde, em uma visão multidisciplinar, sejam fontes de recursos para essas pessoas, pois as estratégias devem ser discutidas na equipe, para que o conforto e apoio necessários sejam ofertados, no intuito de melhor conduzirem o acompanhamento individual e grupal.

A tentativa de suicídio foi outro aspecto que observamos nas falas dos idosos, como se fosse um refúgio para enfrentar a realidade, muitas vezes emergida de uma solidão profunda, descrita nos discursos a seguir.

Olha, teve uma época que eu já pensei em me envenenar... Eu comprei refrigerante para tomar com chumbinho... (S2)

Eu queria tomar veneno... me jogar debaixo de um carro... (S5)

O sentimento de suicídio foi um fato revelado pelos entrevistados, e, sobre isso, pesquisadores informam que não é um ato aleatório ou sem finalidade. Pelo contrário, trata-se do escape de um problema que está causando um sofrimento intenso, associado a necessidades frustradas ou a desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre sobrevivência e um estresse insuportável, um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga que geralmente estão associados a outros sentimentos, como a inutilidade e impotência.^{2,13,17-18}

Em estudo realizado com 75 idosos portadores do vírus HIV, estes relataram que a descoberta da soropositividade afetou seu relacionamento com o(a) parceiro(a) sexual. Vivências de estigma e discriminação foram informados por 18,7% dos entrevistados, e as dificuldades apontadas pelos idosos em viver com HIV não se restringiram às limitações físicas, necessidade de acompanhamento clínico ou o uso contínuo dos medicamentos e suas eventuais consequências.^{7,10}

No entanto, foram apontados também sentimentos de solidão, isolamento e receio de discriminação da família e no serviço de saúde. Os autores ressaltam, igualmente, que a

identificação de particularidades nos aspectos psicossociais de viver com AIDS nessa fase da vida pode ser um aspecto considerável para subsidiar políticas públicas de cuidado, tendo em conta os aspectos preventivos nas ações voltadas à saúde do idoso.^{10,17}

REDES DE APOIO

A busca por meios de ajuda ou apoio é considerada uma reação natural do ser humano que está passando por uma situação complicada ou sob forte estresse, na procura por um conforto emocional; ou seja, essa busca forma-se a partir da necessidade de quem possa ajudá-lo a encontrar formas de resolver seus problemas e a sair de sua crise.

Redes de suporte ou apoio social são definidas como conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber, e existem ao longo do ciclo vital, atendendo à motivação básica do ser humano à vida gregária; no entanto, sua estrutura e funções sofrem alterações, dependendo das necessidades das pessoas.^{2,18}

Pela ótica da psicogerontologia, as principais funções dos relacionamentos e do suporte social baseiam-se nas premissas de dar e receber apoio emocional; ajuda material, serviços e informações; manter e afirmar a identidade social; estabelecer novos contatos sociais; permitir às pessoas serem cuidadas, amadas e valorizadas, em momentos de alguma necessidade; dar-lhes garantia de que pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas; ajudar as pessoas a interpretar expectativas pessoais e grupais, entre outras.^{2,18}

O suporte social torna-se importante na medida em que for percebido como adequado, isto é, na medida em que corresponder às necessidades experienciadas pelo próprio idoso; dentro dessa perspectiva, o suporte social inclui uma rede ampla de suporte, emocional, informacional e instrumental.^{2,18}

Nesse sentido, a gerontologia classifica os sistemas de apoio social em formais e informais; os formais seriam serviços de atendimento ao idoso que incluem hospital, atendimento domiciliar, instituições de abrigo, programas de capacitação de recursos humanos, e os informais compõem redes de relacionamento entre membros da família, amigos e vizinhos e, assim, deverão constituir-se em redes de ações de referência, informação, orientação e encaminhamento, e outra de inclusão e proteção social.^{2,18}

Nesse pensamento, percebe-se que os sujeitos deste estudo buscavam uma rede de apoio não só para suas necessidades materiais e de saúde, mas também espirituais, o que fazia emergir deles uma confiança extrema no sobrenatural, em algo superior que os fizesse recuperar sua saúde, como revelado a seguir.

Olha, a melhor coisa que tem é orar ou rezar [...] Dia de domingo, eles fazem uma prece tão forte... tem médicos, enfermeiros, mas quem cura é Ele... (S6)

Eu penso em Deus para ter força... (S7)

Deus é muito bom para mim, viu? Tudo que eu peço, ele me atende... Temos é que agradecer todo dia. (S5)

Ainda sobre essa questão, a psicogerontologia atual considera a espiritualidade/religiosidade como uma variável mediadora entre os eventos estressantes e as respostas dos idosos aos eventos negativos da velhice, ou como um recurso de enfrentamento tanto para as perdas sociais como para as situações de saúde/doença.^{2,18}

O apoio religioso ou de instituições religiosas a pessoas doentes é citado historicamente como um importante suporte de apoio emocional e social, e também considerado como um aspecto positivo para saúde mental de mulheres afro-americanas portadoras de HIV/AIDS, para conseguirem viver e enfrentar a doença.¹⁷

Outro fator revelado pelos sujeitos é quanto à busca por um tipo de apoio que os ajude a aderir e controlar o tratamento, diante de tantas drogas que precisam ingerir. Entre eles estão a ajuda psicológica, o controle da carga viral e a adesão aos medicamentos, tornando-se um dos desafios para eles e para a equipe de saúde que os acompanha. Esses desafios são bem desvelados nas seguintes falas:

O problema mais sério é tomar remédio todo dia... é chato. [...] às vezes a gente até falha, mais a doutora e a psicóloga dizem que esse vírus é... parece um ladrão que se encontrar brecha... Já tomei 14 por dia. Agora tomo seis às 3 da manhã e 3 da noite, diariamente. (S8)

Pra mim, é uma tristeza saber que tenho uma doença que nunca mais vou ficar boa... (S9)

A gente faz o tratamento e, se fizer direito, ainda dura muito tempo. (S9)

Em estudo realizado com mulheres sobre o enfrentamento aos valores da experiência em aderir ao tratamento, elas revelaram que essa experiência consiste na busca da aceitação do diagnóstico, da mudança que ocorre com o corpo, da importância do segredo do diagnóstico mantido nas interações, do estigma marcante de quem vive com HIV/AIDS.⁷

Dessa forma, existe a possibilidade de os profissionais de saúde, entre eles a enfermagem, colocarem em prática várias estratégias recomendadas para a prevenção, aconselhamento e intervenção, podendo ainda serem aplicadas em vários momentos do atendimento ao idoso e em diversos contextos dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS): nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas maternidades, nos centros de

testagem e aconselhamento (CTA) e nos Centros de Referências para DST e AIDS.¹

Durante o acolhimento e aconselhamento, o profissional tem a oportunidade de desenvolver uma relação terapêutica com o idoso, isto é, desenvolver na sua prática uma relação que se fundamenta na interação e no estabelecimento da confiança que pode surgir entre ambos.

Assim sendo, a enfermagem têm um importante papel na sua prática, desenvolvendo a escuta das preocupações e dúvidas que podem surgir sobre os métodos de diagnóstico, tratamento, redes de apoio, entre outros, assim como poderá buscar estratégias para investigar sobre situações que envolvam a intimidade do usuário, sem causar-lhe constrangimentos, e sempre propondo questões que possam facilitar a reflexão e superação das dificuldades envolvidas nesse momento, utilizando para isso formas de comunicação acessível.¹

TRABALHO E APOSENTADORIA

A condição que envolvia trabalho e aposentadoria foi um tema que surgiu nas falas dos idosos entrevistados, quando questionados sobre o que havia mudado na vida deles após saberem que estavam contaminados pelo vírus HIV. Eles consideravam que, até antes de descobrirem que estavam doentes, sentiam-se aptos para desenvolver suas atividades laborais, seja no domicílio ou fora dele. Então, a doença veio como um corte em seus sonhos, que ainda se sentiam capazes de ter, em relação às suas vidas.

Eu era uma pessoa esperta, gostava de trabalhar como servente numa escola, mas agora... (S5)

Em contraposição, para alguns, com a aposentadoria ou a cessação das obrigações laborais, por serem portadores de uma doença sem perspectiva de cura, a dinâmica de vida mudou, e, a partir disso, passaram a aproveitar mais, participando de bailes para terceira idade ou outra forma de diversão. Sobre essas condições, as falas revelavam que:

Me aposentei... Aprendi a mexer com conta no banco, tenho cartão de crédito... Estou agora aproveitando a minha vida. (S7)

Me aposentaram pelo HIV... Eu não tenho do que me queixar... sou normal e não tenho revolta de nada. (S2)

Eu faço agora o que não fazia antes. Tomo minha cerveja e vou para o baile da saudade. Antes eu era empregado e passava mais tempo em Carajás. De repente, eu pensei que tinha que aproveitar a vida... (S 13)

Percebe-se, nesses depoimentos, que os sujeitos encontraram várias maneiras de enfrentamento diante da

situação que envolvia o benefício da aposentadoria. O que para uns tornava-se uma barreira, para outros passou a ser uma possibilidade de viver da melhor forma que lhes era possível, mesmo tendo um problema de saúde.

A partir da lei 10.741/2003/Estatuto do Idoso, no art.2º, é assegurado ao idoso que goze de todos os direitos fundamentais, sem prejuízo de sua proteção integral em todas as oportunidades para a preservação de sua saúde física e mental, e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.¹⁻²

CONCLUSÕES

Em decorrência do aumento da longevidade e das facilidades de expressão da sexualidade na época atual, as práticas sexuais inseguras tornam os idosos mais vulneráveis a contaminar-se pelo HIV. Porém, isso traz implicações importantes para a saúde coletiva, para enfermagem e demais profissionais de saúde, no intuito de buscar estratégias de informação e proteção desse grupo etário.

O estudo desvelou através de seus próprios sujeitos, que vivenciaram a doença, o quanto é difícil ser idoso e ter uma doença ainda estigmatizada e sem cura, além da própria condição social a ser enfrentada desde a descoberta, a revelação para família e do apoio que irão necessitar dos profissionais, no curso de sua evolução.

Entendemos também que mais estudos devem ser incentivados sobre essa temática ainda pouco explorada em nosso meio, pois poderão contribuir para uma intervenção melhor, no sentido de disseminação de informações tanto para idosos como para os profissionais e para as famílias.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF); 2006
2. Freitas EV, organizador. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.
3. Ministério da Saúde (BR). Bol Epidemiol: DST/AIDS. Brasília (DF); 2007/2008.
4. Ministério da Saúde (BR). Bol Epidemiol AIDS. Brasília: DF; 2005.
5. Marsola L. AIDS: populações excluídas em foco. J CRM, Pará, 2009; 12(80): 3.
6. Araújo VLB, Brito DMS Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do estado do Ceará, Brasil. Rev Bras Epidemiol 2007; 10(4): 544-54.
7. Costa DA, Zago MMF, Medeiros M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência humana. Acta Paul Enferm 2009 mar; 22(5): 631-37.

8. Crane HM, Van Rompaey SE, Kitahata MM. Antiretroviral medications associated with blood pressure among patients receiving highly antiretroviral therapy. AIDS 2006; 20(7): 1019-1026

9. Jaime PC, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade abdominal em indivíduos portadores de HIV/AIDS, em uso de terapia antiretroviral de alta potência. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7(1): 65-72.

10. Castro MP. O viver com HIV/AIDS na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado na cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

11. Silva MM. Polimorfismo da região do fator de necrose tumoral-TNF na síndrome da lipodistrofia associada à terapia antiretroviral em portadores de HIV-1. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.

12. Capodiece S. A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após setenta anos. Tradução de Antonio Angonesse. Bauru (SP): Edusc; 2000.

13. Batista CB, Silva LR. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. Esc Anna Nery 2007 jun; 11(2): 268-75.

14. Bardin L. Análise de conteúdo. Porto (PT): Ed 70; 2008.

15. Abagnano N. Dicionário de filosofia. Tradução de Alfredo Bossi. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2007.

16. Adão VM, Caraciolo JMM. Impacto psicossocial da lipodistrofia. [online]. São Paulo (SP): Centro de Referência e Treinamento em AIDS/DST; 2002. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/impacto-psicossocial-da-lipodistrofia>

17. Soares AM, Matioli M, NPS, Veiga APR. AIDS no idoso. In: Freitas EV, organizador. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2006 p. 870-82.

18. Néri AL. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, organizador. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002, p. 32-37.