

Vulnerabilidade do idoso que vive com HIV/AIDS

Vulnerability of older persons living with HIV/AIDS

Vulnerabilidad del anciano que vive con el VIH / SIDA

Aline Pedrosa
Arina Marques Lebrago

RESUMO: Despertar o olhar para as vulnerabilidades possíveis, quanto ao contexto histórico e social em que o idoso se encontra, remete-nos aos impactos do diagnóstico e as marcas do intenso sofrimento vivenciado em seus processos, mudanças e estruturas. Envelhecimento e vulnerabilidades são os termos centrais deste estudo, abordando o contexto do HIV/Aids e os impactos e demais fatores que emergem neste processo.

Palavras-chave: Vulnerabilidades; Envelhecimento; Aids.

ABSTRACT: *Awakening the look at possible vulnerabilities regarding the historical and social context in which the elderly person finds us refers to the impacts of the diagnosis and the marks of the intense suffering experienced with their processes, changes and structures. Aging and vulnerability are the central terms of this study, addressing the context of HIV/aids and the impacts and other factors that emerge in this process.*

Keywords: *Vulnerabilities; Aging; Aids.*

RESUMEN: *Despertar la mirada hacia las vulnerabilidades posibles en cuanto al contexto histórico y social en que el anciano se encuentra nos remite a los impactos del diagnóstico y las marcas del intenso sufrimiento vivido con sus procesos, cambios y estructuras. Envejecimiento y vulnerabilidades son los términos centrales de este estudio, abordando el contexto del VIH / SIDA y los impactos y demás factores que emergen en este proceso.*

Palabras clave: *Vulnerabilidades; Envejecimiento; SIDA.*

Introdução

As reflexões sobre o envelhecimento, e como os idosos se percebem neste processo, despertam o olhar para as vulnerabilidades possíveis, quanto ao contexto social, econômico, biológicos, demográficos entre outras áreas associadas. Considerar a pessoa idosa e suas singularidades nos leva ao pensamento da não existência de um padrão para a velhice, mas múltiplas velhices (Medeiros, 2004). Esta complexidade sobre os modos de envelhecer demonstra novos enfrentamentos diante de transformações tanto subjetivas quanto coletivas.

O Brasil, e as complexidades que encontramos em cada uma de suas regiões, reservam à população diversidades importantes quanto às questões político-sociais e de saúde pública, no sentido de dinamizar o atendimento diante das vulnerabilidades e fragilidades que emergem na fase longeva da vida. Observamos limitações quanto à qualidade de informação, prevenção e promoção da saúde, principalmente relacionadas ao autocuidado.

Neste artigo, é importante ressaltar que adotaremos o termo velho/idoso como referência às pessoas com 60 anos ou mais de idade, segundo o acordo adotado em Brasília (DF), Brasil, que faz referência à “Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento”, elaborada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010), além de nos basearmos na relação de conquista dos direitos com a instituição do Estatuto do Idoso, instrumento de referência central para adequação de criação de políticas públicas. A realidade conceitual dos termos idoso, velho e pessoa idosa abrangem inúmeras abstrações subjetivas acerca da experiência de cada um com o termo.

A importância desta contextualização da pessoa quanto ao envelhecimento favorece uma clareza sobre seu próprio olhar diante da velhice, seus processos, mudanças e estruturas, pois não é o mesmo para todos e cada um dispõe de uma percepção pessoal.

Outro termo importante a ser tratado com especial atenção é o de vulnerabilidade, ou melhor, vulnerabilidades, em modalidades diversas: social, programática, institucional e individual.

Quanto à dimensão individual da vulnerabilidade, esta se refere ao princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela Aids. Entende-se, pois, ambos a partir dos aspectos e graus quanto à qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre a Aids e suas formas de transmissão, bem como sobre a sexualidade, uso de drogas e serviços, a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las a seus repertórios cotidianos de preocupações e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas de prevenção (Ayres, Calazans, Saletti Filho, & França-Júnior, 2006).

A respeito da vulnerabilidade social, verifica-se que o processo saúde-doença implica a possibilidade de acesso a informações, conteúdos e significações sobre valores e interesses acerca das práticas nos contextos relacionados à vida em sociedade, como a cultura, a política entre outros aspectos, como o acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, aspectos estes que devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade (Ayres, Calazans, Saletti Filho, & França-Júnior, 2006, 2006).

Finalmente, no caso da vulnerabilidade programática, esta se encontra relacionada à vida das pessoas nas sociedades, mediada sempre por instituições sociais diversas: famílias, escolas, serviços de saúde, dentre outras, conforme os dizeres de Ayres, Calazans, Saletti Filho, & França-Júnior (2006).

Para que os recursos sociais de que as pessoas precisam, para não se exporem ao HIV e se protegerem de seus danos, estejam disponíveis de forma efetiva e democrática, é necessário que existam esforços programáticos (institucionais) nesta direção...

O plano de análise da dimensão programática (ou institucional) da vulnerabilidade busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo *aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade*. (Ayres, *et al.*, 2006, p. 379).

Levando-se em consideração o segmento idoso brasileiro, os indicadores demográficos atestam, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente, e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, representando hoje mais de 12% da população idosa (Brasil, 2010).

Entre os fatores mencionados anteriormente, a temática desta pesquisa observa a pessoa idosa que vive sob o aspecto da vulnerabilidade programática, com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), um retrovírus, classificado na subfamília dos Lentiviridae, que compartilha período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune (Brasil, 2013). Os aspectos do processo epidemiológico do HIV/Aids e as características do processo atual de envelhecimento populacional possibilitam novas investigações neste campo de pesquisa.

A Aids é a síndrome da imunodeficiência adquirida e o agente causador da Aids, o HIV. Ao atingir indiscriminadamente os segmentos sociais, a Aids configura, na Saúde Pública, uma temática de relevância altamente significativa, considerando-se a problemática do acometimento do organismo por uma imunossupressão profunda.

O vírus ataca um receptor do linfócito T, o CD4+, responsável pela resposta imunológica no combate a infecções. Entra no linfócito multiplicando seu DNA, surgindo bilhões de novos vírus, compartilhando um período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da Aids, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune (Brasil, 2013; Freitas, Cunha, Barroso, & Galvão, 2013).

O perfil epidemiológico do HIV/Aids sofreu mudanças ao longo dos anos; na década de 1980, nos primórdios da epidemia no Mundo e no Brasil, a crença inicial era de que a Aids estaria circunscrita a determinados grupos intitulados de “risco” (os chamados “grupos de risco”) e posteriormente para “comportamento de risco”, que segregava e revelava o preconceito diante da vida social para com os que precisassem de tratamento. Culpabilizava comportamentos individuais sem levar em conta os fatores políticos, sociais e culturais que permeavam a epidemia de Aids. Verificou-se que ambos os conceitos relacionavam-se ao caráter de exclusão, abandono, e culpa, bem como aos julgamentos de ordem moral para o processo de infecção do HIV/Aids, tornando-os obsoletos rapidamente (Schaurich, 2004; Bacchini, 2012; Moreira, Francês, Bacchini, & Silva, 2013).

Na tentativa de superar os estigmas¹ construídos, a infecção e o contágio eram atribuídos a pessoas com práticas sexuais consideradas desviantes ou a grupos marginalizados socialmente, de onde surge o conceito de vulnerabilidade, na década de 1990, que reconhece a sobredeterminação de fatores individuais, políticos, sociais e culturais como favorecedores da disseminação do HIV/Aids, desvinculando a noção culpabilizadora individual. A crescente vulnerabilidade dos idosos ao HIV/Aids destaca que o aumento da população idosa nos últimos anos, vem exigindo esforços no sentido de desenvolver a integralidade no que diz respeito a atenção à saúde a esta população, conforme preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2010).

A vigilância epidemiológica tem registrado seu perfil variável que, entretanto, não cessa de crescer como uma pandemia (Lebrego, 2008). O agravante, encontrado na literatura científica e especializada na área, é o de os idosos, em sua maioria, não se considerarem vulneráveis ao HIV/Aids, crença sustentada pelo mito de que o idoso passaria, com os anos, a apresentar falta de interesse sexual, fato que vem contribuindo para a disseminação do HIV e Aids. De acordo com os dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população total do Brasil figura em torno de 190 milhões de pessoas, sendo aproximadamente 20 milhões de idosos. No Brasil, em 2011, para a faixa etária de 60 anos e mais, foram encontrados aproximadamente 962 mil casos de HIV/Aids.

¹ A partir da Sociologia, segundo Erving Goffman (1922), na obra *Stigma - Notes on the Management of Spoiled Identity*, de 1963, que mostra que o termo estigma, entre os antigos gregos, designava “sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou de mal acerca do estatuto moral de quem os apresentava”. (p. 82). Estigma refere características visíveis que podem ou não ser físicas, mas que servem para evocar um determinado ato que discrimina, que segrega as pessoas vitimadas por tais sinais.

No Estado brasileiro do Pará, os índices também são crescentes, estimando-se em torno de 13.998 casos de pessoas vivendo com HIV/Aids, com sua capital, Belém, ocupando o quinto lugar na taxa de incidência com 40,8/100.000 habitantes, valendo destacar ainda as subnotificações nesta população. Diante desse cenário, e diante da magnitude com que a epidemia vem acometendo a população idosa, o presente estudo tem como objetivo identificar, nas subjetividades de pessoas idosas, os componentes de vulnerabilidade individual, e que estratégias de enfrentamento vêm sendo empregadas por esta população, visando a contribuir com dados de pesquisa na área em questão, que possam subsidiar a elaboração e fundamentação de políticas públicas eficazes e direcionadas a esta população.

Idosos vulneráveis

Quando se fala em prevenção, em informações sobre formas de contaminação, não se inclui a população idosa, na maioria das vezes. O indivíduo torna-se vulnerável a infecções oportunistas, que podem ser transmitidas através de relações sexuais desprotegidas, por compartilhamento de seringas contaminadas, ou durante o parto ou amamentação, no caso de não haver um acompanhamento especializado. Pensar sobre o segmento idoso diante da epidemia da Aids, mais especificamente junto ao idoso que vive com Aids, nos leva ao interesse de conhecer quais as características deste em relação ao processo de prevenção de contaminação e re-infecção, vida social e sexualidade.

Assim, a hipótese levantada por esta pesquisa refere-se à sexualidade velada e/ou negada dos idosos que poderia contribuir para o desenvolvimento da vulnerabilidade individual dos mesmos. Pensar sobre o segmento idoso diante da epidemia da Aids, mais especificamente junto ao que vive com Aids, desperta-nos para o conhecimento relacionado, como dito, às características deste em relação ao processo de prevenção de contaminação e reinfecção, vida social e sexualidade.

Para uma melhor visualização sobre os participantes da pesquisa, apresentamos os seguintes quadros:

NOME (FICTÍCIO)	IDADE	SITUAÇÃO CONJUGAL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO /SITUAÇÃO OCUPACIONAL
Paulo	67	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Marítimo
Inácio	69	Divorciado	Ensino Fundamental Incompleto	Lavrador (aposentado)
Thiago	73	casado	Analfabeto	Lavrador (aposentado)
Renato	74	solteiro	Ensino Fundamental Incompleto	Cabelereiro (aposentado)
José	76	casado	Ensino Fundamental Incompleto	Sapateiro (aposentado)

Quadro 1: Homens entrevistados

Fonte: AP

Os homens entrevistados, nesta pesquisa, possuem entre 67 e 76 anos de idade. Dos cinco homens, três são casados, um divorciado, e um solteiro. Declararam-se heterossexuais. Quatro possuem o ensino fundamental incompleto, e um é analfabeto. Quatro são aposentados formalmente, e um mantém o ritmo de trabalho como marítimo.

NOME (FICTÍCIO)	IDADE	SITUAÇÃO CONJUGAL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO /SITUAÇÃO OCUPACIONAL
Neusa	63	Mora com companheiro	Ensino Fundamental Incompleto	Costureira (Pensionista)
Vitória	63	Divorciada	Ensino Médio Completo	Doméstica
Regina	67	Viúva	Ensino Fundamental Incompleto	Cozinheira (Pensionista)
Janete	67	Separada	Ensino Fundamental Incompleto	Serviços Gerais (aposentada)
Lúcia	70	Viúva	Ensino Médio Completo	Professora (Pensionista)

Quadro 2: Mulheres entrevistadas

Fonte: AP

As mulheres entrevistadas possuem entre 63 e 70 anos de idade. Das cinco mulheres, duas são viúvas, uma é divorciada, uma mora com companheiro, e uma é separada. Três possuem o ensino fundamental incompleto e duas o ensino médio completo. Três são pensionistas, uma é aposentada formalmente, e uma mantém trabalho como doméstica.

Método

Esta pesquisa objetivou identificar, a partir das subjetividades das pessoas idosas entrevistadas, os componentes de vulnerabilidade individual, e quais estratégias de enfrentamento são empregadas por esta população, bem como o período, e as circunstâncias de suas vidas de quando foram contraíram o HIV/Aids. Além de identificar os fatores que os idosos apontam como vulnerabilizadores, tanto no período anterior à descoberta de seus diagnósticos como em sua vivência com HIV/Aids, além de quais os impactos diagnósticos e seus graus de conhecimento sobre o assunto.

Foi levantada a hipótese de que principalmente a sexualidade poderia apresentar-se velada e/ou negada, o que contribui para o desenvolvimento da vulnerabilidade individual dos participantes da pesquisa, considerando-se que

A influência da cultura sobre a assexualidade dos idosos encontra-se discutida em alguns artigos; preconceitos e tabus estão presentes quando os sujeitos pertencem à faixa etária dos 60 anos. A percepção que a sociedade tem acerca da prática sexual, na terceira idade, ainda transcorre nos moldes de que a pessoa, quando alcança a fase da velhice, deixa de ser sexual, adotando a assexualidade.” (Alencar, Marques, Leal, & Vieira, 2014).

Como instrumentos de coleta de dados, foram elaborados: um roteiro de entrevista semi-estruturado, contendo dados sociodemográficos, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fornecendo informações e esclarecimentos pertinentes à pesquisa. A cada entrevista, o participante e a pesquisadora assinaram o TCLE em duas vias, consentindo a gravação e posterior utilização dos relatos, garantindo-se a confiabilidade da identificação e da fidedignidade dos dados coletados. É importante considerar que, no TCLE, é esclarecido que, ao participante, fica a liberdade de desistir de sua participação em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalidade ou ônus.

Os dados coletados foram tratados de acordo com a resolução 466/2012, de forma a assegurar o sigilo e a privacidade.

A partir deste ponto, as entrevistas foram realizadas no consultório, onde funcionam os atendimentos de psicologia, pelo SAE (Serviço de Assistência Especializada), que se configurou em local adequado, para resguardar a privacidade e o sigilo.

Como critérios de inclusão, foram selecionadas pessoas que vivem com HIV/Aids com idade igual ou superior a 60 anos, em acompanhamento ambulatorial pelo setor de Psicologia do SAE do HUIBB. Excluíram-se da pesquisa pessoas com idade inferior a 60 anos, que não estivessem com soropositividade confirmada para HIV/Aids, ou que não recebessem acompanhamento psicológico pelo SAE do HUIBB, assim como aqueles que não aceitassem o TCLE.

É importante mencionar que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do HUIBB e foi submetido à Plataforma Brasil. Participaram desta pesquisa dez idosos, sendo cinco mulheres e cinco homens em convívio com o HIV/AIDS que estavam em tratamento ambulatorial no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids, que funciona no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), na cidade de Belém, PA, desde 2007, que é composto por uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e técnico de enfermagem. No serviço são oferecidas consultas diárias no turno da manhã com acompanhamento integral. O espaço dispõe de sala de espera para orientar os pacientes sobre questões relacionadas à qualidade de vida, saúde, direitos e deveres. Funciona também com o Grupo de Adesão que funciona às terças-feiras, coordenado pela Psicologia.

Para o SAE, são dirigidas as pessoas que contraem o vírus do HIV e os doentes de Aids, a fim de realizarem o tratamento necessário em uma equipe multiprofissional, objetivando oferecer maior esclarecimento sobre o tratamento e outros assuntos que permeiam o cotidiano das pessoas que convivem com o vírus HIV. Aos pacientes são disponibilizados exames laboratoriais e, quando necessário, encaminhados para outros especialistas que atendem no hospital.

Resultados e Discussões

Os impactos do diagnóstico...

O dia a dia, após a descoberta do diagnóstico, pode significar um grande desafio, pois viver com HIV/Aids é enfrentar o peso do estigma de ser olhado por muitas pessoas como se fosse uma pessoa com “doença terminal”, uma “sentença de morte”, diante dos inúmeros embaraços quanto às reais formas de contágio do vírus.

Há o constrangimento de ir ao médico, fazendo-se uso da mentira ou dissimulações para o uso das medicações, atuando como se clandestinos fossem (Cedaro, 2005).

Foram identificadas diversas reações psicológicas nos sujeitos, como isolamento, medo do futuro e da morte, sensação de perda de controle, negação da finitude da existência e negação do diagnóstico.

O entrevistado Renato (Quadro 1) fala de sua tristeza, e de suas tentativas de esquecer ou negar a gravidade da doença: *“Eu sei que é grave, mas também eu meti na cabeça que eu não ia me acabar com isso. Então, eu acho que não é nada... eu não sei como detectaram o HIV, acho que foi no exame de sangue”*.

Já Vitória (Quadro 2), não assumiu sua situação para a família, por medo de ser discriminada e incompreendida. Revela seus sentimentos quanto ao medo de ser abandonada:

“Nenhum sabe, porque... nossa!, eles vão entender de uma maneira que eu não faço nem questão de saber, porque às vezes eu fico pensando que a gente precisa até do capim da rua. Não tenho nada. Quando você é velho, pobre e doente, você não tem amigos, né? A pessoa tem que ter dinheiro, geralmente, por mais que seja velho, mas tendo dinheiro você tem, né? Quando não tem, a pessoa é meio descartada. Do meu problema, ninguém sabe, porque as minhas irmãs são muito preocupadas e não podem fazer nada por mim.”

O início do tratamento obriga o sujeito a constatar definitivamente que está doente. Schiliemann, Nacif, e Oliveira (2002) salientam que, quando o paciente recebe o diagnóstico de uma doença, perde a condição de estado sadio para o de doente.

Assim, o paciente começa a lidar com o risco iminente de adoecer, sofrer e morrer. Isso traz sofrimento físico e psíquico e o paciente precisa elaborar essa importante perda.

Janete (Quadro 2) fala de sua conversa com a médica e a relutância em aceitar o diagnóstico: *“Ela me chamou em particular, naquelas enfermarias, e conversando comigo, ela disse:- ‘O seu problema é “este”’; e eu disse’:- ‘Não, é mentira! É mentira sua, eu não tô com nada dessa doença, não pode ser eu, e esse exame tá errado... não é meu exame, não é!”* Janete sente medo do que sua família vai pensar. *“Até hoje eu não tive coragem de falar pra minha mãe...”*. Refere sua dificuldade em aderir ao tratamento:

“Já pensei em parar... antes de começar. Quando a doutora falou:- ‘você vai ter que tomar o remédio’, eu disse:- ‘Pra que tomar remédio? A senhora não sabe que isso não tem cura? Eu vou morrer, não vou morrer? Então, se eu vou morrer, não preciso ficar tomando remédio. E deixa eu morrer logo.’

Inácio (Quadro 1) comenta que se sentiu péssimo com a descoberta do diagnóstico:

“Pelo menos a doença, o nome da doença... eu já tinha ouvido falar, já tinha passado por isso, outros já tinham até morrido. Se matavam... porque não tinha cura, né? E aí a gente que já tá numa idade dessa, com uma doença dessa, que não tem cura. Aí eu fiquei muito... fiquei aperreado...”

A descoberta da existência de uma doença incurável ou crônica como ameaça à vida das pessoas faz com que entrem em contato com a presença da morte na vida. Como diz Neusa (Quadro 2): *“Eu achava assim que eu ia morrer. Era o meio do ano e até o final do ano. Que eu ia morrer e tô até hoje, você vê. Faz mais ou menos uns 10 anos... uns 10 anos!”*

O diagnóstico pode gerar intenso sofrimento, pelo significado e pelas experiências emocionais suscitadas em relação à morte e à sexualidade, bem como ao efeito potencialmente moral.

Observa-se a presença de “ameaças” de morte, pois quaisquer mudanças físicas, do simples ao mais complexo sintoma, significam a fragilidade das defesas do corpo. As inseguranças e os sentimentos de incapacidade emergem. Há um efeito traumático na descoberta do HIV (Moreira, 2011; Flexa, 2013).

No caso da Aids, receber um exame com resultado positivo é o primeiro impacto emocional causado pela doença. Isso faz com que a pessoa se depare com sua finitude. Aparecem fantasias de morte iminente, de intensas transformações corporais e perdas em geral. O paciente convive a inevitabilidade da própria morte quando ainda se encontra relativamente sadio, o que pode ser extremamente angustiante (Souza, 2008).

Lucia (Quadro 2) conta que não sentiu culpa: *“Eu não me senti revoltada, porque eu tive um casamento de 33 anos; então, nesse casamento, houve respeito e fidelidade. Então, se eu peguei, ou se eu tenho, o que tenho eu recebi dele.”*

A família, como lugar de amparo, é imprescindível no processo de tratamento, sofrendo juntamente com seu membro diagnosticado e reorganizando-se para melhor apoiá-lo, quando possível. Entretanto, existem configurações familiares em que ocorrem negligências e discriminação, levando a pessoa com o HIV/Aids a um isolamento social.

Marginalização...

Um aspecto importante que deve ser levado em consideração no contexto da Aids é o medo da reação dos familiares.

Thiago relata que *“tem uma prima que me abandonou, por causa disso aí (Aids). Me abandonou... ela achava que tava errado e me abandonou...”*. Já Neusa refere ao trabalho que pode dar a outras pessoas: *“Eu só me preocupo, assim, em ter uma doença, uma seguida de outra, que eu seja dependente... que seja preciso alguém me limpar, que me asseie, que me dê banho. Porque eu vejo muito e leio como os idosos são maltratados”*. Fala da dúvida sobre o possível cuidado adequado recebido: *“E aí eu digo se uma pessoa que não tem conhecimento que eu tenho, e souber, vai me tratar com carinho? não vai pensar que só de me dar banho, só de me assear vai pegar, e tudo?”*.

Cassorla (1990) considera que o paciente com Aids se sente marginalizado e estigmatizado pela sua condição. Ocorre muitas vezes de sentir-se culpado pelo seu estado e pela existência da doença, caso a tenha contraído em virtude de ações que ele, o portador do HIV, julgue socialmente condenáveis, como podemos visualizar na fala de Thiago (Quadro 1):

“Eu aguento, eu tenho o meu problema de hérnia, eu tenho que operar, tenho um dente pra tirar, mas eu tô aguentando. Porque eu não quero dividir, porque eu sei quanto custa o sofrimento e a discriminação que o camarada tem, porque é muita gente que tem preconceito. Então, eu prefiro ficar sofrendo sozinho.”

Vulnerabilidades e a Sexualidade Velada...

A hipótese eleita foi confirmada através do contexto apontado pelos entrevistados. A sexualidade velada e/ou negada pelos próprios idosos, familiares, rede de apoio social e profissionais de saúde, constitui um fator vulnerabilizador para o HIV/Aids. Temas referentes à sexualidade são considerados tabus e pouco abordados pelos, e com os, idosos.

De acordo com Janete (Quadro 2), a infidelidade provocou um sentimento de inconformidade com o seu estado. Ela diz: *“Eu tinha o companheiro certo, eu vivia com esse homem há treze anos... e de repente apareceu uma coisa dessas... Ah, eu não me conformo... Não fazia o uso do preservativo. Vivi com esse rapaz, tinha treze anos...”*.

A expressão *“de repente...”* desvela de maneira sutil a sexualidade não dita, não falada, mas existente. A sexualidade aparece velada no envelhecimento. Observa-se na fala seguinte a resposta relacionada a um namoro com as coisas boas da vida ou com os remédios. A entrevistada Regina (Quadro 2) refere que o relacionamento com outra pessoa a levará ao esquecimento de si mesma:

“Ainda agora me perguntaram... a senhora não tem namorado? Não... e se aparecer? Não vai me encontrar, porque eu acho que não quero mais... acho que não... 67 anos... o que eu quero da vida hoje como eu to te dizendo.”

Eu to me namorando a mim mesma. Eu vou me meter com outra pessoa que me faça esquecer de mim mesma, não quero mais, assim, eu prefiro sozinha. Eu prefiro namorar como eu namoro com os meus remédios. Com as coisas boas, com a vida. A vida, pra mim, é tudo. E eu não quero deixar ela. E é muito gostoso de se viver.”

A atividade sexual nos idosos é considerada inapropriada por vários segmentos de nossa sociedade, da família à mídia. Alguns entendem a atividade sexual nos idosos até mesmo como “imoral” ou bizarra. Bitelli (2013) ratifica que nossa cultura aceita mal a existência de sexualidade nos idosos e, quando eles apresentam qualquer manifestação de interesse sexual, são frequentemente discriminados. O preconceito da descoberta do HIV/Aids também tem a ver com a sexualidade, tal como fala a participante sobre o medo que pode envolver o relacionamento com uma pessoa portadora de HIV/Aids.

A vulnerabilidade apontada pelos participantes, seja na vivência com a Aids, seja antes da descoberta do diagnóstico, está relacionada ao não uso do preservativo nas relações sexuais e ao desconhecimento acerca da Aids, ou a sua negação.

Diagnósticos de vulnerabilidade e, conseqüentemente, a elaboração de propostas de intervenção, devem sempre considerar a mediação exercida (e a ser exercida) entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis. (Ayres, et al., 2006, p. 379).

Pensar nas três dimensões de vulnerabilidade nos coloca diante de situações que se interligam, e nelas se observam brechas quanto às informações e exposições ao vírus, ainda devido à sexualidade não ser explicitamente falada e esclarecida sobre seus riscos. Na mídia, o controle das informações acerca da Aids, é permeado de preconceitos velados, no que se refere aos assuntos considerados tabus como sexualidade e morte. Vale ainda destacar que o idoso não aparece como figura-alvo de campanhas de prevenção da Aids, com frequência.

Ao conhecer seu diagnóstico, Paulo (Quadro 1) foi conversar com sua mulher e filhos. Assumiu sua infidelidade à família. *“Eu peguei de mulher de rua”*. Tinha medo de ter passado para sua esposa. Dizia: *“Graças a Deus eu não passei, e ela já fez 5 exames e é negativa e eu sou positivo... eu chamei ela... se ela ainda me aceitava... porque eu errei... eu errei e peguei essa doença. Ela, graças a Deus, não”*.

Regina (Quadro 2) assim se justifica:

“Não sei, não tenho nem ideia. O meu marido vai fazer 10 anos de falecido e eu tomei sangue quatro vezes. Tá certo que agora devido até a tecnologia, nós temos essa facilidade de um sangue não ser contaminado, mas no tempo em que eu tomava bastante sangue não tinha essa tecnologia. Então, eu não sei há quanto tempo eu contrái isso. Porque... sintomas eu vim sentir agora... nunca fiz uso do preservativo... Hoje eu sei que é através do sexo, através da transfusão de sangue, que pega, e a outra eu não conheço.”
(Regina, Quadro 2).

Podemos observar pelas falas dos participantes e dos contextos que a Aids pode emergir em relacionamentos estáveis e longos. Oltramari e Otto (2006) destacam que homens e mulheres que vivem em regime de conjugalidade possuem dificuldade no tocante à percepção de risco com relação ao HIV, sendo que o tempo de relacionamento é um componente importante, presente nas respostas dadas pelos casais.

Formas de contaminação...

Observa-se que o conhecimento sobre as formas de contaminação pode ser negado e/ou negligenciado, e apresentar-se como forma de vulnerabilidade programática. O conhecimento científico foi profundamente afetado pelos avanços tecnológicos, fazendo com que ele passasse a ser medido em termos de quantidade de informação: tem maior poder quem sabe mais, e o saber pode ser manipulado. (Ceccarelli, 2010).

O agravante encontrado é que os idosos, em sua maioria, como dito antes, não se consideram vulneráveis ao HIV/Aids, crença sustentada pelo mito de que o idoso passaria, com os anos, a apresentar falta ou diminuição do interesse sexual, o que contribui para a disseminação das mesmas.

No caso do HIV/Aids, identificamos que as campanhas de prevenção em períodos específicos não estão ligadas a um período do ano específico como por exemplo o carnaval, mas à vivência cotidiana da sexualidade e da vida.

Segundo Bacchini, Alves, Cecarelli, e Moreira (2012), na Aids o imaginário ligado ao sexual, o enigma por excelência do ser humano, mostra toda a sua força: por mais que se façam campanhas de prevenção, por mais se insista sobre a necessidade do uso do preservativo para evitar a contaminação do HIV, o resultado obtido não tem sido o esperado: o HIV continua se transmitindo principalmente por contato sexual e isto independentemente da classe social e do nível de informação que se tenha sobre o assunto.

É importante destacar que, entre as dez entrevistas, apenas duas mulheres falaram da sexualidade diretamente. Mencionaram que contraíram a doença através do contato sexual e apesar da descoberta mantiveram seu relacionamento:

“Hoje eu não faço o uso do preservativo porque eu não tive mais parceiro e eu não quis. A gente fica assim... é difícil pra você ir com uma pessoa que é doente... a gente entende... mas ir com uma pessoa que não é portador da doença ele vai ficar com medo. Muita gente tem preconceito, vai ficar com medo e mesmo com o preservativo a pessoa vai ter medo. Então, hoje, eu não tive mais.” (Janete, Quadro 2).

Neusa (Quadro 2), por sua vez, comenta que contraiu HIV do companheiro, que saiu de casa, retornando quando ficou doente:

“Eu tava há uns 3 anos com ele... e ele foi embora... quando ele retornou, foi justamente do tempo que eu fui fazer... eu não tive nada com outro homem... Se eu fosse mandar ele embora, ia ficar pior pra mim, eu podia entrar em depressão. Olha, eu fiz muita cirurgia, mas eu acredito mesmo, que tenha sido mesmo desse parceiro que eu tenho. Aí, ele ficou muito doente, muito doente... Eu ficava falando pra ele: vai se tratar, porque eu já estou me tratando. Mais ou menos, não me ligo, assim, muito não. Mas eu sei mais ou menos que pode pegar... tem agora uma outra doença que é transmissível. Sei que tem o preservativo.”

No caso das mulheres, Flexa (2013) pontua que as restrições impostas à conduta sexual, tal como ocorreram a ela, tiveram um papel relevante em quase toda a história da humanidade; pressupõe-se que sua vida sexual ainda esteja cerceada pelos ditames da moral sexual em que sexualidade e pecado caminham juntos, com a presença da angústia e da culpa a relacionarem sua própria vida sexual ao fato de ter contraído a Aids.

Desmistificar a ideia do mito do idoso assexuado, sem desejos e demandas pelo outro, torna-se importante para que se possa lidar com os tabus que daí emergem. Expressar a sexualidade refere-se à importância de demonstrar e receber afeto em sua forma, duração, intensidade, revelando o desejo da importância para o outro, e do outro. Observam-se toques, sorrisos, abraços, olhares, bem como a cumplicidade e o uso da palavra e que, para alguns idosos, a sexualidade não é um componente da vivência atual, seja por não possuírem companheiro(a), seja por não terem mais interesse (Almeida, & Lourenço, 2008; Moura, Leite, & Hildebrandt, 2008).

A vivência da sexualidade, no processo de envelhecimento e velhice, de maneira velada ou negada, revela o preconceito absorvido pelo pensamento sobre a ideia de dissociar o tempo da velhice aos desejos que acompanham a pessoa que envelhece. Entre os próprios idosos, há a percepção da sexualidade com um preconceito velado. Lidar com os mesmos e suas histórias proporciona um novo olhar para si diante das possibilidades que se apresentam. Um caminho a ser descoberto.

A resignificação da vida...

Foram determinantes como fontes de apoio e motivação, na reorganização de suas vidas, a família, a religião e os profissionais de saúde.

O amparo da família foi apontado como uma das principais fontes de segurança para o processo de aderência ao tratamento. Para Inácio, a família reuniu-se com um propósito:

“Marcaram uma reunião. Filhos, irmãos, todos foram lá pra casa(...) primos, afilhados...uma porção de gente que sabia. Nunca tive problema, nunca sofri preconceito nenhum sobre isso.”

Já com Lúcia, apenas os filhos ficaram a par de seu problema: *“Meus filhos me apoiam, porque só eles que sabem”*.

Além dos sentidos atribuídos a esse viver, a necessidade de lutar, seguir em frente, “levantar a cabeça” significa a possibilidade de agir, refletir e sentir, com força para perseverar na existência (Vavassori, 2007).

Apreender quais os recursos de cada sujeito e família é importante para o processo de aderência ao tratamento. Os sentimentos relacionados e as tomadas de decisões consensuais, ou não. Quando há uma significativa qualidade de relacionamento com os familiares, apresenta-se uma boa aderência quanto ao tratamento (Cardoso, Marcon, & Waidmani, 2008).

A manutenção da união conjugal, apesar de possíveis infidelidades, foi apontada como fator importante para o enfrentamento da vivência com Aids. Como relata Paulo sobre sua esposa:

“Eu me senti assim... eu chamei ela... Se ela ainda me aceitava... porque eu errei e peguei essa doença... Se ela ainda ia me aceitar... Mas não, não teve diferença nenhuma em casa. Ela disse que não. Ela não ia me abandonar... pra onde a gente vai é junto... E aí a gente vai vivendo, né? Se eu tivesse passado pra ela... mas graças a Deus...”

Os vínculos familiares, e seus organizadores psíquicos, o sucesso ou falha dentro do seio familiar, na vida do sujeito no que diz respeito a seus investimentos libidinais futuros, e perspectivas de vida demonstram a extrema relevância, no processo de transformação, da vida familiar, uma vez que é a partir dela que o sujeito se constitui enquanto tal. Sob este ponto de vista, mesmo deparando-se com a morte, presente em seus discursos, puderam olhar para si e ressignificar suas vidas (Santos, 2006).

O apoio da equipe de saúde e o sentimento de pertença desenvolvido nos grupos de apoio da adesão, em que ocorre a troca de experiência da vivência com a Aids e tratamento pode se constituir como uma estratégia de enfrentamento.

Desta forma, Janete refere a respeito:

“A psicóloga começou a cuidar de mim, me aturar, que eu chorava muito. Protestava com ela... Pra que tá tomando remédio se eu ia morrer...”

Eu disse que ia parar de tomar o remédio, porque eu não estava vendo melhora nenhuma... aí, uma doente igual eu, falou assim:

- 'Não, não para de tomar, ela tá tomando o remédio e tá bem'. Eu tava lá na porta da farmácia; aí, ela falou assim pra um senhor:- 'Conversa com ela porque ela quer parar de tomar o remédio'... Aí, quando eu vim pras reuniões, eu já conheci os outros. Eu fui ficando... Que eu não sei quando é que eu vou morrer, porque quando eu morrer, vou morrer satisfeita. Mas hoje eu tenho um objetivo na vida.'

O enfrentamento através da fé favorece a minimização do medo e a possibilidade da vida junto à expectativa de cura. Como fala Lúcia:

"Eu oro muito, eu sou evangélica. Pra mim, ter paciência, resignação, força pra lutar(...) não ser queixosa, chorosa. Por tudo, não conversa outra coisa, senão a doença. E eu não procuro conversar, procuro tirar a ideia longe."

Regina é outra entrevistada que diz:

"...Então eu acho que se eu ficar triste, se eu mostrar uma decadência de fragilidade, eu só vou fazer o quê? Eu só vou atrasar o trabalho de quem quer me ajudar. Então eu tenho buscado muito essa força em Deus e, graças a Deus, eu tô aqui."

Renato conta que:

"Envelhecer com HIV/Aids que é o problema, porque eu não sei se isso aqui vai desaparecer. Eu tenho fé em Deus que vai desaparecer isso. Tanto o remédio que eu tomo, como Deus vai me curar também. Eu tenho muita fé em Deus. Eu peço toda a noite pra Deus que me cure um pouco mais da doença... Então, é isso aí. Eu acho que é tão importante. Tenho fé em Deus, então. Tanto no remédio, quanto a fé em Deus. Porque o que cura a gente sempre é Deus, né? Que eu acho que ele não colocou isso por querer... Eu acho que isso apareceu... sei lá."

Aderir ao tratamento ganha grandes obstáculos e resistências, pois no sentido de evitar comentários ou satisfações ao outro sobre sua vida, prefere-se sofrer as consequências, em vez de proporcionar a si mesmo uma melhor qualidade de vida.

Pensar no tratamento em si já é uma forma de enfrentamento, quais as pessoas que serão envolvidas ou não nesse processo, quais as adaptações e mudanças a serem sofridas, a reformulação das próprias ideias sobre a doença.

Incentiva-se a concentração nos resultados do tratamento oferecido, para que se criem expectativas diante das incertezas. Alguns transformam num problema a ser superado e outros se resignam a ele, decepcionados (Cedaro, 2005).

Considerações Finais

A velhice e a diversas maneiras de envelhecer já têm sido fontes de vários estudos. E ainda que seja uma temática voltada para uma fase de desenvolvimento da própria vida, é imprescindível associar outros aspectos e discussões de áreas que se interessam pelo empenho de olhar como um fenômeno que vai do particular ao universal, do subjetivo e particular ao coletivo, como se verifica o desenvolvimento desse conceito, histórica e culturalmente falando.

Da mesma maneira, ao ampliarmos a visão para o processo de envelhecer com o diagnóstico de HIV/Aids, ou contrair o mesmo na velhice, estão intrinsecamente ligados ao enfrentamento das limitações cotidianas, levam a pessoa a diversos desafios.

A importância de nos apropriarmos do direito pleno à saúde vai muito além do desejo de uma vida longa. Alcançar esta não quer dizer que a saúde seja apenas na ausência de doença ou de enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social, tal como nos refere a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ainda para reforçar, vale destacar o que diz a Declaração de Alma-Ata (1978):

I) A Conferência enfatiza que a saúde, estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.” (Alma-Ata, 1978).

A vida ativa com trabalho e lazer, saúde, e a aprendizagem sobre melhores formas de qualidade de vida, geram o desejo de uma vida saudável e menos marginalizada, ou seja, as intervenções precisam ir além dos aspectos profiláticos, etiológicos e terapêuticos. São necessárias também novas perspectivas a partir de políticas públicas que sejam eficazes, ao se dirigirem aos idosos, principalmente os que envelhecem com HIV/Aids.

Sobre o idoso que vivencia seu dia a dia, após a descoberta do diagnóstico, os desafios e enfrentamentos ao peso do estigma¹, dado que passa a ser olhado por muitas pessoas como se fosse uma pessoa com “doença terminal”, “sentenciada à morte”, em diante dos inúmeros embaraços quanto às reais formas de contágio do vírus.

Além de toda a carga sociomoral, estigmas e preconceitos que carregam estas pessoas, na velhice – que, na verdade, são construções sociais - contribuem para o aumento das dificuldades enfrentadas pelo idoso como o fato de ser considerado erroneamente como ser assexuado.

Emergem novas circunstâncias e desconstruções de conceitos para a abertura de novos olhares que se lançam a um modo de envelhecer, em que nenhuma informação é suficiente; são necessários investimentos maiores em Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de desenvolver e problematizar cada vez mais a situação do idoso e as vulnerabilidades tanto individuais e sociais como as programáticas.

As vulnerabilidades do idoso, que se desvelam com o HIV, levam-no a uma certa exposição à moralidade imposta pela sociedade. A sexualidade e a moral relacionam-se, independentemente de gênero, gerando um estado de negação inicial, dado que contrair o vírus faz surgir, em muitos casos, o medo do abandono por parte das pessoas que cercam o vitimado.

Ainda ficaram em suspensão questões de suma importância como os aspectos econômicos e sociais, a discussão mais aprofundada sobre as diferenciações de gênero que podemos encontrar à medida que pensarmos neste enfoque, significando que esta pesquisa não visa a esgotar as temáticas que emergiram durante o processo de pesquisa, mas de proporcionar e despertar novas possibilidades para que se desenvolvam mais pesquisas voltadas para a mesma proposta com um olhar mais amplo.

O autocuidado deve tomar proporção quanto à aderência ao tratamento como resposta à vida, envolvendo a responsabilidade diante das mudanças e adaptações necessárias.

Para que isto seja possível, é importante a valorização dos conhecimentos, das informações sobre o HIV/Aids com a finalidade da tentativa de estratégias de diminuição da vulnerabilidade individual pela social.

Referências

Alencar, D. L. de, Marques, A. P. de O., Leal, M. C. C., & Vieira, J. de C. M. (2014). Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3533-3542. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03533.pdf>.

Almeida, T., & Lourenço, M. L. (2008). *Amor e Sexualidade na Velhice: direito nem sempre respeitado*. Passo Fundo, RGS: RBCEH, 5(1), 130-140. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/104/187>.

Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., & França-Júnior, I. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, G. W. S., et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*, 375-417. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz. Recuperado em 01 junho, 2014, de: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade%20Ayres%20e%20cols.pdf.

Bacchini, A. M. (2012). *Ser portadora de HIV/Aids: Reflexões sobre sexualidade feminina e ideais do eu*. Belém, PA: Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Pará. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://ppgp.ufpa.br/dissert/Alessandro.pdf>.

Bacchini, A. M., Alves, L. H. da S., Cecarelli, P. R., & Moreira, A. C. G. (2012). Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/Aids. Rio de Janeiro, RJ: *Tempo psicanalítico*, 44(2), 271-284. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0101-48382012000200002&script=sci_arttext.

Bitelli, F. S. P. G. (2013). *Sexualidade e Velhice: as vozes dos idosos do ponto de vista da Gerontologia Social*. São Paulo, SP: Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia. PUC-SP. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/12443/1/Flavia%20Settanni%20Pinto%20Goncalves%20Bitelli.pdf>.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais.

Cardoso, A. L., Marcon, S. S., & Waidmani, M. A. P. (2008). O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de HIV/Aids e sua família. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Enferm., Uerj*, 16(3), 326-332. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a05.pdf>.

Cassorla, R. M. S. (1990). Lidando com AIDS: uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional. Campinas, SP: *Revista Fac Ciên Med Univ*, 2, 24-29.

Ceccarelli, P. R. (2010). A Nova Ordem Repressiva. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(4), 738-751. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n4/v30n4a06.pdf>.

Cedaro, J. J. (2005). *A Ferida na Alma: os doentes de Aids sob o ponto de vista psicanalítico*. São Paulo, SP: Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-01062006-182253/pt-br.php>.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946). (OMS/WHO). Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.

Flexa, J. P. (2013). *A Sexualidade de mulheres vivendo com Aids: contribuições da psicanálise*. Belém, PA: Dissertação de mestrado em Psicologia. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará. Recuperado em 01 junho, 2014, de: http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/5196/1/Dissertacao_SexualidadeMulheresAids.pdf.

Freitas, J. G., Cunha, G. H. da, Barroso, L. M. M., & Galvão, M. T. G. (2013). Administração de medicamentos para crianças nascidas expostas ao vírus da Imunodeficiência Humana. São Paulo, SP: *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 44-49. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v26/n1/v26n1a0.pdf>.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London, England: Penguin.

Lebrego, A. M. (2008). *Estudo Psicanalítico sobre a Feminização da Epidemia do Hiv/Aids com usuários do Hospital Universitário João de Barros Barreto*. Belém, PA: Dissertação de mestrado em Psicologia. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.ppgp.ufpa.br/dissert/Arina.pdf>.

Medeiros, S. A. da R. (2004). O lugar do velho no contexto familiar. In: Py, L., Pacheco, J. L., Sá, J. L. M., & Goldman, S. N. (Orgs.). *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*, 185-192. Rio de Janeiro, RJ: Nau.

Moreira, A. C. G. (2011). Travessia em análise: dois eus e um saquinho de culpas. [Editorial]. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 14(4), 595-598. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a01.pdf>.

Moreira, A. C. G., Francês, I., Bacchini, A. M., & Silva, R. D. C da. (2013). Cuidados no Hospital Geral: desdobramentos psicanalíticos na clínica da Aids. *Polêm!ca*, 12(1), 31-38. LABORE-Laboratório de Estudos Contemporâneos. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/viewFile/5273/3864>.

Moura, I. de, Leite, M. T., & Hildebrandt, L. M. (2008). Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. *Passo Fundo, RGS: RBCEH*, 5(2), 132-140. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/146/254>.

Oltramari, L. C., & Otto, L. S. (2006). *Conjugalidade e Aids: um estudo sobre infecção entre casais. Psicol. Soc.* [online], 18(3), 55-61. Recuperado em 01 junho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000300008>.

Santos, K. R. dos. (2006). *AIDS X Vida: A doença como uma possibilidade de transformação para o sujeito*. Assis, SP: Dissertação de mestrado. Ciências e Letras de Assis UNESP-Universidade Estadual Paulista. Recuperado em 01 junho, 2014, de: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97654/santos_kr_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Schaurich, D. (2004). Dos grupos de risco à vulnerabilidade: Reflexões em tempos de HIV/Aids. *Revista Contexto & Saúde*, 6, 115-127. (Ano 03). Recuperado em 01 junho, 2014, de: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1325/1097>.

Schiliemann, A. L., Nacif, M. R. G., & Oliveira, M. C. (2002). Luto e saúde. In: Franco, M. H. P. (Org.). *Estudos Avançados Sobre o Luto*, 131-150. São Paulo, SP: Livro Pleno.

Souza, T. R. C. (2008). *Impacto Psicossocial da Aids: Enfrentando perdas: Ressignificando a vida*. São Paulo, SP: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids.

Vavassori, M. B. (2007). *Potencializando a Vida: Sentidos de conviver com HIV para jovens portadores do vírus*. Florianópolis, SC: Dissertação de mestrado. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Pós-Graduação em Psicologia.

Recebido em 25/06/2016

Aceito em 30/11/2016

Aline Pedrosa – Psicóloga Clínica. Mestre em Gerontologia, com concentração em Gerontologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual do Pará (UEPA). Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde. Licenciatura em Música, UEFA, Belém, PA.

E-mail: alinespedrosa@gmail.com

Arina Marques Lebrege - Professora de Psicologia da Saúde e Hospitalar. Mestre em Psicologia Clínica, Universidade Federal do Pará (UFPA).

E-mail: arinalebrege@yahoo.com.br