

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO
VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**SEXUALIDADES INVISÍVEIS - EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE PESSOAS
ACIMA DOS 50 ANOS PORTADORAS DE HIV/AIDS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE
EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS**

Autora: Pricila Borges Jaskowiak

Orientador: Me. Victor Cauê Lopes

JUÍNA-MT, 2015

PRICILA BORGES JASKOWIAK

**SEXUALIDADES INVISÍVEIS - EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE PESSOAS
ACIMA DOS 50 ANOS PORTADORAS DE HIV/AIDS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE
EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS**

Trabalho apresentado como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena.

Orientador: Me. Victor Cauê Lopes

JUÍNA-MT, 2015

PRICILA BORGES JASKOWIAK

**SEXUALIDADES INVISÍVEIS - EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE PESSOAS
ACIMA DOS 50 ANOS PORTADORAS DE HIV/AIDS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE
EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS.**

BANCA EXAMINADORA

Orientador Profº. Me. VICTOR CAUÊ LOPES
FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. ALICE DE CARVALHO LINO
FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. WLADIMIR RODRIGUES FAUSTINO
FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E DE ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais que lutaram juntamente comigo todos os dias desta longa jornada, me proporcionando motivos para continuar, sem medir esforços, acreditando e investindo em meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Registrar os agradecimentos é contraditório; sinaliza que se está no final do trabalho e depois de tomar tantos cuidados, e ainda assim cometer tantos erros, deve-se ter mais um: não esquecer as pessoas sem as quais teria sido mais difícil concretizá-lo. Mais do que um tópico que faz parte de um trabalho acadêmico, os agradecimentos são uma das formas de se dizer *Muito Obrigado* às pessoas que, de certa forma, ajudaram muito neste longo e difícil percurso. Assim, agradeço:

A Deus, que me concedeu forças para permanecer e chegar até aqui.

À minha querida família, em especial minha mãe *Joana* e meu pai *Valdir*, que sempre se fizeram presentes nestes quatro anos e meio, em todos os momentos, alegres e tristes. Obrigado pelo amor e confiança depositada em mim. Foi através do esforço de vocês que hoje eu concluo mais essa etapa em minha vida.

As minhas duas companheiras e amigas *Layhanna* e *Maryana*, que persistiram comigo durante todo o período de graduação. Vocês foram e sempre serão um dos grandes incentivos para que eu persista e progrida. Sentirei falta de estar com vocês todos os dias.

Ao meu querido professor e orientador *Victor Cauê Lopes*, por quem possuo imensa admiração e respeito, se mostrando além de um ótimo profissional um excelente companheiro durante todo o período de desenvolvimento deste trabalho. Professor, obrigada pela paciência, disposição, dedicação e principalmente por ter acreditado em mim. Você será sempre o meu exemplo, sou sua fã número 01.

A todos os meus professores, que contribuíram imensamente em meu aprendizado, em especial a professora *Valéria Melki Busin*, que me proporcionou muitas inspirações quanto ao meu tema, obrigado por ter me recebido e me auxiliado até o último momento.

Em geral, só tenho a agradecer a todos que direta ou indiretamente fazem parte desta conquista.

Muito Obrigada!

“Os sonhos não determinam o lugar que você vai estar, mas produzem a força necessária para o tirar do lugar em que está”

(Augusto Cury)

SEXUALIDADES INVISÍVEIS - EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE PESSOAS ACIMA DOS 50 ANOS PORTADORAS DE HIV/AIDS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS.

RESUMO

Introdução: A sexualidade é erroneamente ligada ao ato sexual, e quando relaciona-se ao idoso é perceptível à condição de invisibilidade dessa situação. A incidência de AIDS em idosos vem aumentando e uma das respostas para esse aumento é a falta de conhecimento dos idosos em relação aos métodos de prevenção e proteção, bem como a falta de conhecimento do profissional de saúde com relação ao risco em que este grupo está exposto. **Objetivo:** Identificar as evidências científicas qualitativas sobre as experiências de pessoas acima dos 50 anos com HIV/AIDS. **Metodologia:** Trata-se de revisão sistemática de literatura de evidências qualitativas, com formulação da seguinte pergunta de pesquisa: **Quais as evidências científicas qualitativas sobre as percepções e experiência de pessoas acima dos 50 anos portadoras de HIV/AIDS?** Os descritores utilizados foram HIV/AIDS AND idoso, HIV AND idoso e AIDS AND idoso, HIV/AIDS AND Old Man/Elder/Elderly/Aged, HIV AND Old Man/Elder/Elderly/Aged e AIDS AND Old Man/Elder/Elderly/Aged, nas bases de dados BDENF (Base de Dados da Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e no portal PUBMED, que inclui a MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra em português e inglês, estudos originais, que abordavam o tema proposto, sem data limite de publicação. Os níveis de evidência foram identificados por meio da classificação de Melnyk e Fineout-Overhold, no qual os 8 (oito) artigos foram classificados em nível 6. **Resultados:** As vivências de pessoas acima dos 50 anos foram divididas em 8 (oito) categorias, sendo elas: a descoberta, saindo do armário, até que a morte nos separe, impacto na família, impacto social, resiliência, limitações de saúde e sexualidades invisíveis. Através dessas categorias foi possível elencar as principais vivências dos portadores de HIV/AIDS na terceira idade. **Conclusão:** Com base nesses artigos foi possível observar que ainda faltam profissionais adequados para a intervenção com a pessoa acima dos 50 anos, assim como a educação destas pessoas em relação ao HIV/AIDS, e sobretudo, a educação da sociedade em geral sobre a condição e qualidade de vida da pessoa idosa, incluindo sua sexualidade e demais fatores.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade. Idosos. HIV/AIDS. Vivências.

**SEXUALITIES INVISIBLE - EXPERIENCES AND PERCEPTIONS OF PEOPLE
ABOVE 50 YEARS OF CARRIER HIV / AIDS: SYSTEMATIC REVIEW OF
EVIDENCE QUALITY .**

ABSTRACT

Introduction: Sexuality is erroneously linked to the sexual act, and when related to the elderly is noticeable to the condition of invisibility that situation. The incidence of AIDS in the elderly is increasing and one of the answers to this increase is the lack of knowledge of the elderly in relation to methods of prevention and protection as well as the lack of health professional knowledge regarding the risk in this group is exposed. **Objective:** To identify the qualitative scientific evidence on the perception experiences of people above 50 years with HIV / AIDS. **Methodology:** This is a systematic literature review of qualitative evidence, with formulation of the following research question: What qualitative scientific evidence on the experience of people over 50 living with HIV / AIDS? The descriptors used were HIV / AIDS AND elderly, HIV elderly AND and AIDS AND elderly, HIV / AIDS AND Old Man / Elder / Elderly / Aged, HIV AND Old Man / Elder / Elderly / Aged and AIDS AND Old Man / Elder / Elderly / Aged, in the databases BDENF (Nursing Database), LILACS (Latin American Literature in Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and PUBMED portal, which includes MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval Online System). Inclusion criteria were articles available in full in Portuguese and English, original studies, which addressed the theme proposed without publication date limit. Levels of evidence were identified by classification and Melnyk Fineout-overhold in which eight (8) items were classified as level 6. **Results:** The above experiences of persons 50 years were divided in eight (8) classes, these being: the discovery, coming out of the closet, till death do us part, impact on family, social, resilience, health limitations and invisible sexualities. Through these categories was possible to list the most important experiences of HIV / AIDS in old age. **Conclusion:** Based on these articles was observed that still lack adequate professionals for assisting a person over 50, as well as the education of these people in relation to HIV / AIDS, and above all, education of society in general about the condition and quality of life of the elderly, including their sexuality and other factors.

KEYWORDS: Sexuality. Elderly. HIV / AIDS. Experiences.

LISTA DE FÍGURAS

Figura 1 Fluxograma de inclusão e exclusão. Juína-MT, 2015 -.....	30
Figura 2 - Metassíntese dos estudos incluídos na revisão. Juína-MT, 2015.....	68

LISTA DE TABELA

Tabela 1- Apresentação dos estudos incluídos na revisão sistemática. Juína-MT, 2015.....	33
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Níveis de Evidência, segundo a classificação de Melnyk BM, Fineout-Overhold E.....	29
Quadro 2 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 01 que compõem esta revisão. Juina-MT, 2015.	34
Quadro 3 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 02 que compõem esta revisão. Juina-MT, 2015.	34
Quadro 4 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 03 que compõem esta revisão. Juina-MT, 2015.	35
Quadro 5 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 04 que compõem esta revisão. Juina-MT, 2015.	35
Quadro 6 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 05 que compõem esta revisão. Juina-MT, 2015.	36
Quadro 7 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 06 que compõem esta revisão. Juina-MT, 2015.	36
Quadro 8 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 07 que compõem esta revisão. Juina-MT, 2015.	37
Quadro 9 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 08 que compõem esta revisão. Juina-MT, 2015.	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BDENF	Base de Dados da Enfermagem
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da saúde
DSTS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 ENFERMAGEM E A PREVENÇÃO DE HIV/AIDS	19
3.2 OS/AS ENFERMEIROS/AS E A SEXUALIDADE	20
3.3 ENFERMAGEM E SEXUALIDADE DE PESSOAS COM MAIS DE 60 ANOS	21
3.4 ENFERMAGEM E A PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM PESSOAS ACIMA DE 60 ANOS.....	23
4 MATERIAL E MÉTODO	25
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2 POPULAÇÃO	26
4.3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	27
4.4 BANCOS E BASE DE DADOS	27
4.5 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	28
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
5. RESULTADO E DISCUSSÃO	32
5.1 A DESCOBERTA	39
5.2 SAINDO DO ARMÁRIO	43
5.3 ATÉ QUE A MORTE OS SEPARE	45
5.4 IMPACTO NA FAMÍLIA	46
5.5 IMPACTO SOCIAL	48
5.6 RESILIÊNCIA.....	52
5.7 LIMITAÇÕES DE SAÚDE	60
5.8 SEXUALIDADES INVISÍVEIS	64
6 CONCLUSÃO.....	69
REFERÊNCIAS	71

1 INTRODUÇÃO

A vida de um indivíduo é composta de várias necessidades, entre elas se encontram as físicas, biológicas e as psicológicas, como alimentar-se e viver em comunidade. O que muitos se esquecem é que existem necessidades que são erroneamente ignoradas por falta de conhecimento ou por terem a concepção de que certos assuntos não estão relacionadas a nenhuma dessas necessidades citadas (MORAIS; PENNA; PROGIANTI, 2010).

Nesse contexto destaca-se a necessidade sexual, que é tratada com tanta rigidez e constrangimento que acaba sendo esquecida e ignorada diante tantas outras, o que não se sabe é que a sexualidade está relacionada tanto com a necessidade física e biológica e principalmente com a psicológica, pois, a sexualidade é caracterizada como um fenômeno que proporciona emoção, prazer, comunicação, afetividade dentre outros, ou seja, a sexualidade nada mais é do que o segmento de um processo que se iniciou desde a infância e que faz parte integrante da personalidade de cada indivíduo até a sua morte (RODRIGUES, 2008).

Mesmo com todos os avanços científicos e tecnológicos que aconteceram nas últimas décadas, nota-se que a evolução dessa questão não se processa de maneira homogênea, sendo a sexualidade um tema contextualizado em cima de mitos, preconceitos e desconhecimento. É um assunto que sempre se encontrara contradições, tabus e ignorância, e dessa forma, o que se vê nos dias atuais é que muitas pessoas ainda consideram este tema como exclusivo para adultos, não aceitando a ideia de estudos sobre sexualidade no âmbito da educação, por exemplo (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000).

Cabe acrescentar a diferença entre a palavra sexo e a palavra sexualidade que possuem seguimentos diferentes, pois sexo é equivocadamente tratado como uma questão biológica que classifica um ser humano, e a sexualidade que se aprofunda na vivência de pensamentos, relacionamentos, atitudes, crenças, tendo como influencia fatores sociais, culturais, econômicos, psicológicos entre outros (FOUCAULT, 1998; MORAIS; PENNA; PROGIANTI, 2010).

Morais, Penna e Progianti (2010), afirmam que devido a está perspectiva podemos considerar a sexualidade como um fator típico do ser humano, tendo o conhecimento de seu próprio corpo e de suas sensações como contribuinte para a compreensão de uma nova forma de se ver a sexualidade, auxiliando num melhor atendimento em relação às práticas de saúde.

Apesar de muitas mudanças no comportamento das pessoas, e de uma evolução absurdamente rápida, a sexualidade continua sendo um retrocesso de questionamentos e saberes culturais, mesmo estando presente desde o momento do nascimento até a morte de um indivíduo (LEITÃO, 2014). Os conceitos de sexualidade são abrangentes e acabam sempre esbarrando em obstáculos, porém, a conduta de sempre tentar clarear as ideias e demonstrar outros pontos de vistas, pode ser um fator preponderante para que as pessoas comecem a ver a sexualidade sem preconceitos.

Se já existe preconceito quando tratamos de sexualidade no geral, quando focamos a uma faixa etária, em específico a de idosos/as, vemos que ela se propaga de uma maneira mais repressiva, pois, muitos acreditam que acima dos 50 anos não exista mais o ato sexual, ou a atribuição à sexualidade, tratando-se do assunto como algo desnecessário. Mas não é bem assim, atualmente o envelhecimento passou a ser um fator corriqueiro da sociedade, pois a população idosa está se tornando cada vez mais ativa, prolongando ainda mais a expectativa de vida, que até pouco tempo era considerado como um fenômeno, que hoje passou a fazer parte de um processo não patológico que é referenciado como a deterioração de um organismo maduro. Devemos considerar que para os países em desenvolvimento como o Brasil, passa-se a tornar idosos/as pessoas com 60 anos ou mais (MARQUES; et al., 2014; CATUSSO, 2005).

As pesquisas que integram o envelhecimento e a saúde, normalmente não abrangem a vida sexual dessas pessoas, apenas visam as possíveis doenças dessa fase do desenvolvimento (SOCCI; MELLO, [ca. 2011]). Isso vem de um longo processo, onde pode-se atribuir a influência da falta de conhecimento sobre o envelhecimento e seus processos, a falta de compreensão da vida sexual em idosos/as e a necessidade de um conhecimento amplo em relação ao comportamento sexual dessas pessoas, podendo ter como uma das resistências os princípios culturais, religiosos e educacionais que lhes foram inseridos (BERNARDO; CORTINA, 2012).

Do ponto de vista de Mello e Socci ([ca. 2011]), a quantidade de anos deve ser acrescentada com a qualidade de vida, seja ela na parte física e biológica ou na questão afetiva emocional, ou seja, deve-se pensar na qualidade de vida que esse indivíduo possui, portanto, a sexualidade acaba se tornando um ponto importante na qualidade de vida. E independente de ser vista com preconceito pela sociedade e até mesmo pelos/as idosos/as, a sexualidade e a velhice precisam começar a ser tratadas juntas, para que haja uma mudança no padrão de

comportamento tanto da sociedade e dos profissionais de saúde quanto dos/as próprios/as idosos/as.

Por se tratar de uma situação onde há o entrelaçamento de sexualidade e pessoas idosas, não é nenhum absurdo se pensar nos riscos a que eles estão exposto devido ao ato sexual, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e, conseqüentemente, o desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), são questões que devem ser observadas. O HIV/AIDS tem um papel destruidor nas pessoas com mais de 50 anos, sendo considerado já como um acometimento global, que está relacionado ao comportamento individual e coletivo de um indivíduo (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

Segundo Parker e Camargo Jr (2000) e Paiva et al., (2011), o Brasil tem sido identificado como um motor da epidemia, uma vez que, é um território marcado pela opressão e desigualdade, juntamente ligadas a elementos estruturais e ambientais. Soma-se a tudo isso a carência de uma política eficaz de prevenção, que vise o comprometimento com a sociedade em geral, contribuindo para uma intervenção da infecção pelo vírus do HIV.

Para “minimizar” o foco na falta de prevenção, o Brasil passou a investir no tratamento gratuito de antirretrovirais e medicamentos para doenças oportunistas, sendo reconhecido mundialmente pela diminuição da morbidade e mortalidade de infectados no país. É válido ressaltar, que vale mais a prevenção contra a contaminação e transmissão, do que o tratamento da mesma (SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011). Continuando nessa linha de pensamento, Paiva, Pupo e Barbosa (2006), sustentam a ideia de que os indicadores de saúde estão sendo voltados para a promoção, prevenção e violação dos direitos humanos. Um exemplo dessa violação são os indicadores ou a forma como se referencia às pessoas que possam vir a se contaminar, pessoas que já possuem o vírus ou a doença, transformando pessoas em grupos e generalizando toda uma sociedade.

Percebe-se, contudo, que há um crescimento nos programas de prevenção, na oferta de preservativos masculinos e femininos, e no conhecimento da população sobre as formas de transmissão, os métodos de prevenção e acesso ao tratamento, todos esses fatores possuem total relevância na diminuição da contaminação individual pelo vírus do HIV/Aids. O único problema é que esses programas não voltam-se para a comunidade idosa, fazendo com que o problema só aumente. (PAIVA; PUPO; BARBOSA, 2006).

É nítido que há uma preocupação maior com os nossos idosos, que estudos sobre a contaminação do HIV nessa faixa etária já existe e que estão contribuindo para que a prevenção dessa população passe a ser pensada. O que pouco se vê é questões que apontem para a vivência dessas pessoas que contraíram o HIV, e hoje vivem com a doença (AIDS) já desenvolvida na velhice. Pouco se sabe sobre os quadros causados aos idosos/as que convivem com a AIDS, muitos desenvolvem situações de afastamento do convívio social, quadros depressivos e o sofrimento pelas situações preconceituosas e discriminatórias existentes (MACHIESQUI; et al., 2010).

O processo pelo qual as pessoas idosas passam com o descobrimento da doença na velhice é caracterizada como um enfrentamento duplo, uma vez que, muitas destas pessoas passam a conhecer a doença a partir de seu próprio diagnóstico. Ao saber do que se trata, muitos geram sentimentos de impotência, pensamentos suicidas, medo de rejeições, e consequentemente a dificuldade de enfrentar a doença nessa fase da vida (MACHIESQUI; et al., 2010; SERRA; et al., 2013).

A população idosa infelizmente é mais susceptível a contração do HIV devido a todas as questões de vulnerabilidade pelo seu envelhecimento. A doença por sua vez, consegue atingir mais facilmente esse organismo, devido ao sistema de defesa do idoso não ser tão eficaz como já fora (ANDRADE; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Em contrapartida, os idosos que convivem com a AIDS podem manter uma vida saudável e com qualidade, e isso depende apenas do seu enfrentamento em relação à doença. O processo de adaptação é um dos pontos de partida, já que mudanças no hábito de vida, entre outros fatores, modificam o cotidiano da pessoa (MACHIESQUI; et al., 2010). Devido a esta questão, o presente estudo tem como objetivo buscar evidências científicas sobre as percepções e experiências de idosos portadores de HIV/AIDS.

A maior dificuldade de enfrentamento do/a idoso/a portador da AIDS é lutar contra o sua dor, que mais precisamente pode ser especificada em duas dores: a dor que é relacionada estritamente a doença e ao seu quadro enfermo, e a causada pela dor dos olhos dos outros, sendo o estigma social, umas das maiores barreiras a ser enfrentada por esses idosos (SERRA; et al., 2013).

Analizando como a saúde está distante de prestar um serviço de qualidade para a nossa população acima dos 50 anos em relação à sexualidade, é necessário que os profissionais de saúde comecem a se adequar a esse processo, já que como constatado pelo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) o Brasil terá um aumento significativo desta população até o ano de 2025, sendo assim, os principais usufrutos do sistema serão as pessoas idosas (SILVA; TAVARES, 2015).

Deve-se pensar na promoção da saúde da mais alta qualidade de atendimento independente ao paciente. Isso se trata de uma questão muito importante, pois, com o aumento da sexualidade, o que se vê é que muitos idosos não conhecem os métodos de prevenção, nunca fizeram o uso, ou ainda não sabem da importância que eles têm sobre a saúde. Devido a isso, hoje já se é relevante o número de casos de HIV/AIDS na população acima dos 50 anos de idade (VERAS, 2012).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde, em especial o/a enfermeiro/a devem proporcionar um atendimento adequado, englobando o paciente como um todo, ou seja, observando o/a idoso/a no geral. Contudo, a base para o cuidado da população idosa e a prevenção contra o HIV/AIDS já se iniciou, o que falta é uma abordagem adequada e conhecimentos específicos para os profissionais de enfermagem, para que possam se desligar de preconceitos, tabus e desconhecimentos sobre o assunto e passar a atuar realmente em todas as necessidades da pessoa idosa (MARQUES; et al., 2014).

Portanto, levando-se em consideração que estudos sobre este tema ainda são escassos na literatura e que terão relevância no contexto social e na discussão do assunto na comunidade científica, estima-se que o estudo possa fornecer informações úteis para o desenvolvimento de políticas de prevenção de saúde em relação à infecção pelo vírus HIV e vivência de idosos com AIDS, e contribuir para que os profissionais de enfermagem passem a ver essa população com uma visão mais abrangente (SILVA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2012; BASTOS; et al., 2012).

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as evidências científicas qualitativas sobre as percepções e experiências de pessoas acima dos 50 anos com HIV/AIDS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A prevenção tem sido desde o início da epidemia pelo HIV, um método crucial para os programas de controle. Contudo, passados já mais de 40 anos e com todos os avanços da ciência, a prevenção continua tendo a mesma importância nos dias de hoje. Essa necessidade de intensificar e renovar traz para a prevenção um novo cenário, sujeito, experiências, valores, tornando-a ainda mais complexa (MARSHIO, et al., 2011; AYRES, 2002).

Torres e Ruffino (2001), consideram que a evolução com que o HIV/AIDS vem se disseminando na sociedade mostra-nos que a transmissão do HIV torna-se preponderante quanto se trata de uso de drogas injetáveis e práticas sexuais, sendo o principal meio de transmissão do HIV o exercício da sexualidade, podendo atingir qualquer indivíduo, independente de características sociais ou pessoais. Considerando essa realidade atual, visamos à importância do profissional de saúde na atuação contra essa doença (BEZERRA; et al., 2013). Dessa forma observa-se a necessidade de atividades educativas que envolvem a promoção e a prevenção do HIV nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como também, a solicitação de exames, apoio na adesão ao tratamento e diagnóstico precoce (MORAES, 2011).

3.1 ENFERMAGEM E A PREVENÇÃO DE HIV/AIDS

O HIV é uma doença transmissível, que até o momento, não possui uma cura, em contrapartida, os índices de contaminação na população crescem a cada ano, independente de classe social. Portanto, os únicos meios que se mostraram eficazes na sua prevenção e controle são o conhecimento e a educação da população em relação ao assunto (THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005). Devido ao grande número de casos, é imprescindível levar em conta que as unidades de saúde terão um aumento crescente desses pacientes, sendo necessário que os profissionais de saúde, em especial o/a enfermeiro/a, que possuam conhecimento e competência em atividades educacionais, que visem o controle e a prevenção e a transmissão da doença (SILVA, et al, 2008).

[...] para que o enfermeiro possa orientar seus clientes/ comunidade, necessita possuir conhecimentos e habilidades técnicas, pedagógicas e de planejamento sobre as práticas educativas em HIV/AIDS, a fim de desenvolver e administrar tal processo educativo. (TORRES; RUFFINO, 2001, p. 08).

Nessa perspectiva, o/a enfermeiro/a precisa conhecer todos os métodos de abordagem para que essa prevenção seja eficaz. Segundo PAIVA (2002), o trabalho com a noção já existente das pessoas e a implementação de novas técnicas de abordagem pode aumentar a qualidade de prevenção e cuidado integral em HIV/AIDS, incluindo todos os cidadãos, sejam eles homens e mulheres, soro negativos ou soro positivos.

Contudo, as práticas de prevenção ainda não são completas, a existência de preconceito, tabus e falta de conhecimento faz com que a abordagem seja complexa. O fato de a grande maioria das políticas de prevenção se voltarem para os grupos focais erroneamente identificados como mais vulneráveis, ajuda a reforçar a crença de que ser do sexo masculino, heterossexual e não fazer uso de drogas injetáveis são sinais de imunidade. É preciso então, ampliar a noção de conhecimento dos profissionais de saúde, tendo assim um sistema de educação sexual e educação preventiva de qualidade que abordem as necessidades, os desejos e inibam ou superem o medo (ZAMPIERI, 2004).

3.2 OS/AS ENFERMEIROS/AS E A SEXUALIDADE

A sexualidade vem de uma construção da história, da sociedade e da cultura progressivamente, e apesar de ser associada ao sexo, a sexualidade se baseia em emoções, prazer, comunicação, entre outras formas de se expressar (FOUCAULT, 1998; MORAIS; PENNA; PROGIANTI, 2010). Contudo, quando inserida no meio da saúde, em especial na área da enfermagem vemos que o conhecimento sobre o assunto é escasso, não se trata da incapacidade dos profissionais e sim de nível acadêmico que não optou pelo aprofundamento no estudo da sexualidade (RESSEL; GUALDA, 2004; COSTA; COELHO, 2011).

De certa forma os profissionais de enfermagem, principalmente os que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), seriam os profissionais mais indicados para trabalhar a sexualidade já que atuam dentro de uma comunidade específica, com o conhecimento do meio socioeconômico e cultural, porém, devido a essa falta de conhecimento, o que vemos ainda são lacunas que interferem no atendimento adequado (SILVA; MELO, 2011). Segundo Garcia e Lisboa (2012), o conhecimento da enfermagem sobre sexualidade apresenta-se em um contexto apenas biológico, revertendo-se o conceito defendido de sexualidade apenas para uma questão biológica do corpo humano.

Já foi observado em alguns estudos de pesquisa, que os/as enfermeiros/as tentam fugir de situações que envolvam questões de sexualidade. É devido a isso que muitas vezes pacientes que necessitam que algum atendimento relacionado a esta questão se distanciam das unidades, pois na maioria das vezes as repostas que eles procuram não são respondidas devido ao mal esclarecimento do assunto pelo profissional enfermeiro (RESSEL; GUALDA, 2004).

Sabendo que a vida sexual quando prazerosa se torna uma base para a saúde, o certo seria o incentivo ao trabalho com a sexualidade pelo/a enfermeiro/a, para que o atendimento deixe de ser incorreto, e comece a ser prestados cuidadosa e adequadamente (GARCIA; LISBOA, 2012).

[...] é fundamental procurar os significados da sexualidade, junto ao sujeito do cuidado, ao mesmo tempo, pensar e interpretar os próprios significados, para tentar entender a condição singular de cada um (RESSEL; GUALDA, 2004, p.332).

É fácil admitir que a assistência de enfermagem necessita melhorar, mas também precisamos entender que trata-se de um contexto que ainda levará certo tempo para ocorrer, são muitos “poréns” que ainda precisam ser esclarecidos. De fato, precisamos que todos os/a enfermeiros/as, sem especificidade de área tenha conhecimento sobre o assunto, pois fará diferença no atendimento ao paciente (RESSEL; GUALDA, 2004).

3.3 ENFERMAGEM E SEXUALIDADE DE PESSOAS COM MAIS DE 50 ANOS

A terceira idade como é referenciada por muitos está em um desenvolvimento crescente, nota-se que a população idosa já aumentou, e que a tendência é aumentar ainda mais. (SILVA; TAVARES, 2015). É diante desta perspectiva que devemos avaliar melhor nossos/as idosos/as e as suas necessidades reais, não é raro vermos idosos em centros de saúde, pelo contrário, eles estão lá para realizar tratamento, ser educados em saúde, e prevenirem a doença ou o agravamento dela. Pois muito bem, já sabemos que os idosos possuem atendimento eficaz (MOURA; LEITE; HILDEBRANDT, 2008). Mas será que esse atendimento abrange todos os contextos que esses/as idosos/as necessitam? A pergunta é clara, mas a resposta, não.

Ainda possuímos muitas dificuldades na integralidade da saúde do/a idoso/a. Possuem inúmeras dificuldades para se prestar o total atendimento que um/a idoso/a necessita, os programas de saúde estão muito mais voltados para as doenças sistêmicas do que para a saúde no geral do paciente (TEIXEIRA, et al., 2012). A sexualidade, por exemplo, é um tema

pouco abordado com os idosos, independentemente de lugar ou classe social, devido ao pouco conhecimento dos profissionais sobre o assunto, o constrangimento de abordar o mesmo e não saber lidar diante de certas situações, ou apenas por não verem necessidade, deixam com que o atendimento não seja completo, interferindo no atendimento integral desse/a idoso/a. Pascual, p.11 (2000), acredita que “o idosos não é um ser enfermo, e a sexualidade constitui fator muito importante para gozar de uma saúde integral”, ou seja, a sexualidade faz parte de um bem estar social dos/as idosos/as e necessita de atenção assim como todas as outras.

Devido ao tema sexualidade ser tratado com preconceito, e na maioria das vezes não ser discutido por haver tabus, o que se encontra hoje na área da enfermagem é um tema com invisibilidade. E apesar da enfermagem se relacionar com todo tipo de questão sexual, por atuar em vários âmbitos onde não se há definição de paciente, o assunto continua sendo oculto quando se trata de pessoas com mais de 50 anos de idade (RESSEL; GUALDA, 2004).

Segundo França e Baptista (2007), necessita-se de profissionais que adquiriram embasamento suficiente para compreender o processo da sexualidade, tendo o conhecimento dos diferentes ciclos da vida, para que possam separar o normal do patológico, conhecendo consequências que advém de enfermidades, interagindo em conjunto com outros profissionais para que haja uma resolutividade do problema do paciente. É necessário ainda que os profissionais enfermeiros comecem a olhar ainda para as situações que englobam esses pacientes, como a necessidade de um acompanhamento mútuo que os proporcione bem-estar como, por exemplo, dar um tratamento digno onde o paciente possa se expressar dando máxima atenção ao presente, e incentiva-lo para o futuro (TEIXEIRA; et al., 2012). Muitos acreditam que o idoso procura a unidade de saúde apenas para tratar de suas doenças físicas, mas não é bem assim, muitos idosos precisam de atenção, carinho e paciência, pois este acaba sendo o único tratamento necessário no momento.

Desta mesma forma, Teixeira et al., (2012), acredita que os/as enfermeiros/as deveriam abrir seus pensamentos quanto à sexualidade e considerar um espaço para ouvir. O problema talvez não esteja na dificuldade que os idosos têm de procurar um serviço de saúde para falar sobre esse assunto, mas talvez por não conseguirem se expressar diante de um profissional que não abre portas para que ele se sinta confiante e acolhido em uma unidade.

Diante disto é possível reconhecer que a sexualidade é sim um campo invisível na enfermagem, é necessário que o/a enfermeiro/a se adeque a esse contexto de atuação. Contudo, é imprescindível que os profissionais enfermeiros tenham que se empenhar em desenvolver estes cuidados, isso porquê, não se trata de algo simples, é preciso muito

conhecimento sobre o assunto, sobre a abordagem com o paciente e com a maneira de intervir de alguma forma para melhorar a saúde deste/a idosos/a. O grande problema nesta questão é devido à forma de ver a sexualidade, muitos idosos possuem constrangimento em falar sobre o assunto, ou logo voltam-se para um sentimento de negação, por isso, devemos ter cuidados extremos, cada idoso/a encara a sexualidade de uma forma, e é necessário que o/a enfermeiro/a possa saber trabalhar com cada uma delas (TEIXEIRA; et al., 2012).

3.4 ENFERMAGEM E A PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM PESSOAS ACIMA DE 50 ANOS

Estima-se que a população idosa terá um grande crescimento durante os próximos 20 anos, e que passaram a representar 13% da população brasileira, sendo essa nova população alvo de uma indústria médica e farmacêutica, que renova seus tratamentos cada dia mais, proporcionando uma longevidade maior, e conseqüentemente, retardando as dificuldades na velhice (LAZZAROTO, 2008). Um exemplo claro são os fármacos que estimulam a vida sexual, fazendo com que o ato sexual e a sexualidade não se restrinjam a idade. O grande problema destas indústrias é que com o aumento destes produtos e uma vida sexual prolongada sem o preparo adequado, acaba levando esses idosos a terem novos problemas, como a infecção pelo vírus HIV, que acaba se tornando uma doença alarmante nesta idade, sem o conhecimento adequado para evita-la (SOUZA; SABINE; MAGALHÃES, 2011).

Em alguns países os índices de HIV em idosos aumentaram preponderantemente nos últimos anos, nos Estados Unidos (EUA), por exemplo, o índice da doença já chega a 10% em indivíduos com 50 anos ou mais. Se compararmos com dados passados, os valores de hoje são alarmantes. Outros países estão no mesmo caminho, a cada dia os índices de infecção pelo HIV se tornam maiores e mais presente na vida das pessoas idosas (BORGES; PEREIRA, 2010)

Segundo Almeida e Andrade (2008), o HIV e a Aids em idosos/as ainda é considerado invisível aos olhos da sociedade, dos próprios idosos e dos profissionais da saúde em geral. E devido ao aumento da sexualidade, as pessoas idosas estão mais expostas à contaminação do HIV, porém, devido à falta de conhecimento pelos profissionais de saúde, isso acaba contribuindo para essa exposição, já que a sociedade em geral possui a concepção de que o sexo é prioritário da juventude, fazendo com que essa parcela da população

mantenha-se desassistida. Crenças como o avanço da idade e o declínio na atividade sexual estão erroneamente ligadas para as pessoas, inclusive para muitos idosos/as, e é devido a isso a pouca responsabilidade destinada à atenção dada à saúde, como a pouca importância em se prevenir doenças ou uma educação em saúde eficaz (MOTA; et al., 2007).

A dificuldade dos profissionais de saúde em falar sobre a sexualidade do idoso é evidente, pois conhecimento e comportamento em relação às DST/AIDS são, em geral, tratados apenas para alguns grupos específicos, que excluem os idosos. (LAROQUE; et al., p. 776, 2011).

É evidente que as pessoas idosas também possuem preconceitos em relação à própria sexualidade e ao HIV/Aids, por serem questões altamente particulares e embaraçosas de se falar. É em questão disso que o profissional de enfermagem deve possuir um conhecimento abrangente, e um método de abordar a situação de maneira não constrangedora para os/as idosos/as. (ALMEIDA; 2004). A dificuldade em se falar sobre sexualidade na terceira idade não é uma tarefa fácil, segundo uma pesquisa realizada por Mota et al., (2007), a sociedade possui ideias como:

[...] pessoas idosas não estão mais interessadas em sexo. [...] se acaso estiverem interessadas, ninguém estará interessado nelas. [...] não são usuárias de drogas. (MOTA; et al., p.22, 2007).

É devido a essas e outras concepções, que se torna tão difícil o acesso ao tratamento do/a idoso/a em relação à prevenção do HIV, e ao tratamento da Aids. Esse pensamento citado não se refere a pessoas leigas completamente, se refere a uma população no geral que apagou da mente a necessidade que esses/as idosos/as possuem. Nesse sentido de deixar de lado essa população em especial, notamos que os exames de HIV são poucos solicitados nos exames de rotina, e quando os sintomas da doença se afloram são associadas a outras doenças, dessa maneira, o diagnóstico se torna tardio, e o tratamento quase que desnecessário nesta etapa (MOTA; et al., 2007).

A prevenção é a única maneira de se conseguir um resultado eficaz com os/as idosos/as, essas questões que ligam a doença, a promoção e a prevenção devem ser abordada com mais frequência, para que as informações cheguem ao público alvo. Tendo como maior desafio contribuir para que essas pessoas se redescubram, e que as limitações que possam vir a ocorrer não interfiram na qualidade de vida e em sua autonomia, sendo possível que a sociedade em geral comece a ver as potencialidades da pessoa idosa, assim como uma vida ativa após os 50 anos de idade (MALLMANN; VASCONCELOS, 2014; BRASIL, 2009).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de revisão do tipo Sistemática de dados qualitativos com metassíntese que consiste em uma avaliação rigorosa de evidências já publicados. Esta pesquisa atua como um instrumento para identificar sumarizar trabalhos já publicados sobre um tema específico, além de evidenciar o estado na arte, indicando possíveis lacunas no conhecimento. É através desta que podemos alcançar melhores resultados na revisão de um determinado tema (CONFORTO; AMARAL; SILVA, 2011). Lopes e Fracolli, p.772 (2008), ressaltam que “a revisão bibliográfica sistemática é definida como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível”.

Os estudos baseados em revisão sistemática de literatura fundamentam-se em evidências ou então em pesquisas baseadas em evidências. As principais características desta pesquisa são as fontes de buscas abrangentes e a seleção e obtenção primários através dos critérios aplicados e avaliação da amostra reproduzida criteriosamente (LOPES; FACOLLI, 2008).

Ao se tratar de revisões sistemáticas não devemos nos esquecer do tratamento dos dados possíveis de serem empregados nesta pesquisa, que permite, durante a análise de dados qualitativos, a utilização da metassíntese (LOPES; FACOLLI, 2008).

Metassíntese qualitativa é uma integração interpretativa de resultados qualitativos que são, em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições, coerentes e integradas, ou explicações de determinados fenômenos, eventos, ou de casos que são marcas características da pesquisa qualitativa. Tais integrações vão além da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados. Essas interpretações não podem ser encontradas em nenhum relatório de investigação, mas são inferências derivadas de se tomar todos os artigos em uma amostra, como um todo (LOPES; FRACOLLI, p.774, 2008).

Portanto, a metassíntese qualitativa por sua vez tem o objetivo de criar e desenvolver traduções interpretativas observadas e ampliadas em todos os artigos e estudos examinados especificamente em determinado tema ou domínio, fazendo com que os resultados sejam fiéis à tradução interpretativa de cada estudo (LOPES; FACOLLI, 2008).

4.1.1 Formulação da questão de pesquisa

Para a realização deste estudo formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: **Quais as evidências científicas qualitativas sobre as experiências e percepções de pessoas acima de 50 anos portadoras de HIV/AIDS?**

4.2 POPULAÇÃO

Todos os artigos referentes às experiências dos idosos com HIV/Aids, nos idiomas português, inglês, identificados em portais e bases de dados, selecionados para análise segundo os critérios de inclusão.

4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Nesta revisão optou-se por não estabelecer um período de tempo ou datas dos artigos, sendo assim não haverá datas pré-determinadas na filtragem dos artigos selecionados.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a revisão foram:

- a) artigos sem data limite;
- b) artigos nos idiomas português e inglês;
- c) estudos originais;
- d) artigos que abordam o tema em questão;
- e) artigos com abordagem qualitativa.

4.2.2 Critérios de Exclusão

- a) Teses, Dissertações, estudos publicados em anais congresso.

4.3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

A revisão sistemática, assim como qualquer outra revisão que utiliza a literatura como fonte de dados para determinado tema. Através da revisão sistemática é possível um apanhado de evidências associada a uma tática de intervenção específica, por meio da utilização de métodos objetivo e sistematizado de busca, análise crítica e síntese dos dados selecionados. Essas revisões sistemáticas são especificamente úteis para integrar e associar os dados de um conjunto revisões/estudos efetuados isoladamente sobre determinada intervenção/terapêutica, que podem se assemelhar nos resultados ou serem extremamente conflitantes, assim como verificar estudos que necessitam de comprovação, ajudando na orientação para estudos futuros (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

4.4 BANCOS E BASE DE DADOS

Para a produção das buscas foram empregados os termos DeCS (Descritores em Ciências da saúde) que instituem um vocabulário estruturado disponível em três idiomas: português, inglês e espanhol, elaborado pela BIREME para sistematizar e estruturar de maneira eficaz a indexação de periódicos científicos e palavras-chave para conduzir e ampliar as buscas e recuperação de assuntos da literatura disponível na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

Em relação aos operadores de pesquisa (booleano) foram utilizados: *and*, *or* e *and not*, para combinar os descritores e palavras-chave de diversas maneiras, aumentando ou diminuindo os resultados de acordo com a necessidade. Os termos DeCS foram utilizados entre aspas e empregado os parênteses para permitir a formação de agrupamentos e delimitação da ação de cada booleano.

Assim sendo, os descritores escolhidos foram: Idosos, HIV e Aids, que foram acompanhados pelas palavras chaves em:

Português: Idoso, HIV e Aids.

Inglês: Old Man, Elder, Elderly, Aged, HIV, AIDS.

Nas buscas foram utilizadas importantes bases de dados da área da saúde, acessadas via portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), como *BDENF* (Base de Dados da

Enfermagem), *LILACS* (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), além de bibliotecas virtuais como a *SciELO* (Scientific Eletronic Library Online) e no portal *PUBMED*, que inclui a *MEDLINE*. Com o intuito de facilitar a localizar os estudos publicados no exterior. Para complementação das buscas foi utilizado o Google Acadêmico na obtenção que se apresentam inativos nas bases de dados citadas. Este meio de auxílio e ferramenta acadêmica vem se tornando cada vez mais importante, facilitando e ampliando as buscas iniciais, a partir dos autores, e mesmo as originais, com uso de descritores.

4.5 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

O movimento da Prática baseada em evidências foi criado na década de 80 no Canadá associado à medicina com a finalidade de propiciar melhorias na assistência de saúde (DRUMMOND, 1998).

O PBE é um termo utilizado para a implantação de pesquisas que estejam disponíveis na literatura para que sejam utilizadas como suporte para o início de novas decisões na prática clínica. As evidências de qualidade se tornam um aspecto de suma importância na PBE, sendo indispensável a análise criteriosa do profissional, com base na metodologia empregada (CLOSS; CHEATER, 1999). Desta maneira, é relevante conhecer as diversas metodologias para que o pesquisador avalie e utilize a evidência de forma crítica, identificando os pontos fortes e fracos (HUMPRIS, 1999).

A enfermagem por se tratar de uma ciência baseada em evidências, não utiliza de experiências clínicas remotas, opiniões infundadas, tradição ou rituais para aprimorar o cuidado. Em contrapartida, é preconizado a assistência baseada em achados provindos de estudos, dados adquiridos de maneira sistemática através do acordo de especialistas conhecidos e de precisão suficiente para reafirmar sua utilização na prática (STETLER, et al., 1998)

Na enfermagem o método da PBE consiste em cinco etapas: produção de questões da prática profissional, verificação da literatura a procura de evidências, análise das evidências, utilização da melhor evidência acessível de acordo com as escolhas do cliente na implantação e planejamento do cuidado e análise do enfermeiro em relação a sua prática profissional (MCSHERRY; PROCTOR-CHILDS, 2001).

Através de uma hierarquia e de um desenho de pesquisa que as evidências se caracterizam. Neste estudo se utilizará da classificação de Melnyk e Fineout-Overhold que analisa a qualidade das evidências em 7 (sete) níveis descritos no quadro 1 (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Nível de Evidência	Tipo de Estudo
Nível 1	Revisão sistemática, metanálise ou diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
Nível 2	Pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
Nível 3	Ensaio clínico bem delineado sem randomização
Nível 4	Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
Nível 5	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
Nível 6	Único estudo descritivo ou qualitativo
Nível 7	Opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas

Quadro 1 - Níveis de Evidência, segundo a classificação de Melnyk BM, Fineout-Overhold E.

A **FIGURA 01**, representa o total de artigos encontrados nestas bases de dados, e o método de inclusão e exclusão utilizados para se ter chegado ao total de 8 (oito) artigos utilizados na discussão.

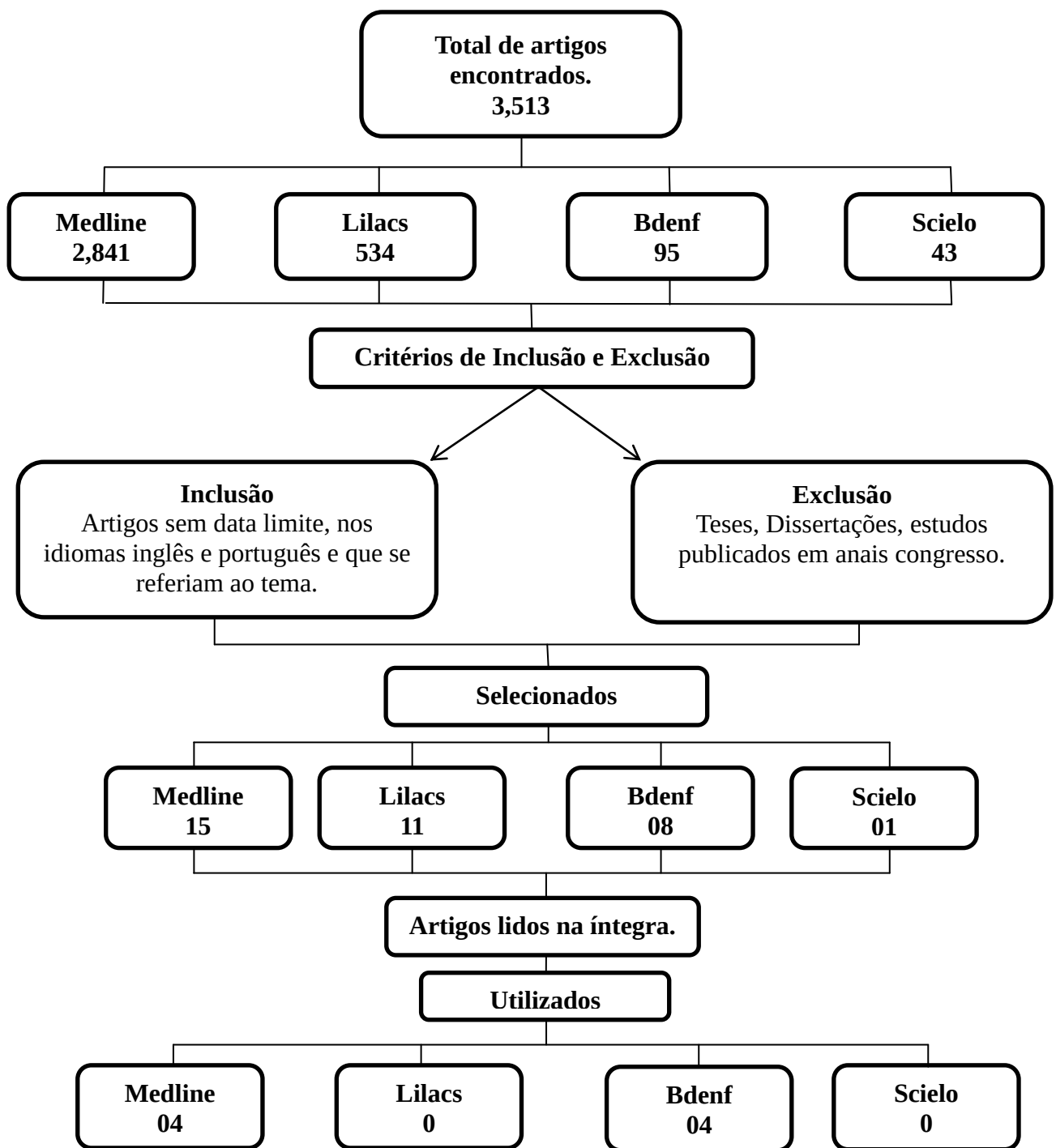


Figura 1 Fluxograma de inclusão e exclusão. Juína-MT, 2015 -

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa não se submeterá ao comitê de ética, conforme a resolução 466/2012 de Conselho Nacional de Saúde, por não se tratar de uma pesquisa em seres humanos, sendo utilizadas apenas literaturas.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

A AIDS é considerada uma questão de reflexão filosófica, pois evidencia em seu contexto aspectos e formas subjetivas em grau de diversidade elevada. Para a compreensão deste fenômeno é necessário ouvir e compreender essas situações que só podem ser referidas por aqueles que vivem com a doença (SERRA; LIMA; SARDINHA, 2011). Diante disto, o que se fundamenta através da discussão a seguir é a compreensão destes fenômenos e significados, juntamente com a busca de experiências individuais de cada pessoa vivendo com a AIDS na terceira idade.

É importante considerar as dificuldades encontradas ao atribuir o nível de evidência aos estudos incluídos nesta revisão, tendo em vista o caráter hierárquico das classificações de evidências utilizada (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005). Todos os estudos receberam nível 6 que corresponde a estudos qualitativos observacionais. No entanto, novas classificações rompem com o paradigma hierárquico estabelecido conforme o método adotado, pois sabe-se que estudos observacionais, descritivos e exploratórios podem, por vezes, gerar evidências de maior relevância se comparados com ensaios clínicos, randomizados e controlados mal conduzidos (Joanna Briggs, 2014).

A fim de facilitar a análise dos achados, estes foram numerados individualmente e são apresentados conforme título, ano de publicação e periódico na Tabela 01. Os aspectos metodológicos, resultados e nível de evidência são apresentados em quadros (Quadro 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 e 08).

Nº	TÍTULOS	ANO DE PUBLICAÇÃO	REVISTA
1	“I’m Not Going to Die from the AIDS”: Resilience in Aging with HIV Disease.	2010	The Gerontologist
2	Representações sociais sobre AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV.	2006	Revista Latino-americana de Enfermagem
3	Pessoas acima de 50 anos com aids: implicações para o dia-a-dia.	2010	Esc. Anna Nery
4	AIDS em idosos: Vivências dos doentes.	2010	Esc. Anna Nery
5	Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual.	2013	Saúde em Debate
6	Experiences of HIV-related stigma among HIV-positive older persons in Uganda – a mixed methods analysis.	2014	SAHARA J.
7	Intimacy and sexual decision making: Exploring the perspective of HIV positive women over 50.	2012	AIDS Patient care STDS
8	“You’re Awfully Old to Have This Disease: Experiences of Stigma and Ageism in Adults 50 Years and Older Living With HIV/AIDS.	2006	The Gerontologist

Tabela 1- Apresentação dos estudos incluídos na revisão sistemática. Juína-MT, 2015.

A representação dos níveis de evidência dos artigos foram expressas nos quadros 02,03, 04, 05, 06, 07, 08 e 09 a seguir:

Nº : 01	Título: “I’m Not Going to Die from the AIDS”: Resilience in Aging with HIV Disease.	Nível: 6
Objetivo: Adults aging with HIV/AIDS can experience resilience in spite of the deleterious affects of the disease. This study seeks to examine the lived experiences of older adults with HIV/AIDS as it relates to strengths and resilience in dealing with this devastating disease.		
Método: Semistructured in-depth interviews were conducted with 25 adults, 50 years and older, living with HIV/ AIDS. The interview transcripts were analyzed using constant comparative methodology following the tenets of adaptive theory		
Principais Resultados: The majority of informants expressed experiences of resilience and strengths as related to living with HIV/AIDS. Seven major themes emerged from the analysis including self-acceptance, optimism, will to live, generativity, self-management, relational living, and independence.		

Quadro 2 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 01 que compõem esta revisão. Juína-MT, 2015.

Nº: 02	Título: Representações sociais sobre AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV.	Nível: 6
Objetivo: Analisar as representações sociais de pessoas com idade acima de 50 anos, portadoras de HIV/AIDS, compreendendo como a existência dessa infecção está representada pelo sujeito que sofre a doença, com a finalidade de construir subsídios para novas formas de prevenção e controle da infecção.		
Método: Estudo de abordagem qualitativa, mediante entrevista aberta e em profundidade, com o uso de gravador de áudio e com transcrição literal dos depoimentos. As entrevistas foram realizadas em discurso oral face a face.		
Principais Resultados: Os resultados mostram a importância da integralidade dos cuidados pelos serviços de saúde para diminuir o sofrimento psicossocial dessas pessoas.		

Quadro 3 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 02 que compõem esta revisão. Juína-MT, 2015.

Nº: 03	Título: Pessoas acima de 50 anos com aids: implicações para o dia-a-dia	Nível: 6
Objetivo: Descrever as implicações relacionadas ao dia-a-dia de pessoas acima de 50 anos que têm a síndrome da imunodeficiência adquirida.		
Método: Pesquisa qualitativa, na produção de dados foram utilizadas as Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS), fundamentadas no Método Criativo e Sensível (MCS), gravação e transcrição dos dados.		
Principais Resultados: Das produções artísticas e depoimentos, emergiram os efeitos decorrentes da descoberta do diagnóstico; da compreensão de que tem uma vida normal apesar da doença; da fé em Deus; do preconceito e discriminação e do silêncio da condição sorológica. Conclui-se que as ações de cuidado devem contemplar as dimensões biológicas, clínica, social e subjetiva de modo corresponsável vislumbrando a autonomia para o cuidado com a sua saúde e para as escolhas de sua vida.		

Quadro 4 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 03 que compõem esta revisão. Juína-MT, 2015.

Nº: 04	Título: AIDS em idosos: Vivências dos doentes.	Nível: 6
Objetivo: 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.		
Método: Abordagem 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 2 meses a 15 anos. As categorias de análise são as relações afetivas, isolamento social, redes de apoio e aposentadoria e trabalho.		
Principais Resultados: O estudo desvelou a complexidade de uma doença sem cura para o idoso, sentimentos foram revelados além de transtorno da autoimagem e solidão, que implicaram a revelação à família. Essa vulnerabilidade também traz implicações importantes para a saúde coletiva e para a enfermagem, na busca de estratégias de informação e proteção aos idosos.		

Quadro 5 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 04 que compõem esta revisão. Juína-MT, 2015.

Nº: 05	Título: Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual.	Nível: 6
Objetivo: Analisar a percepção dos idosos com AIDS, atendidos em um centro de referência estadual do Maranhão.		
Método: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Foram incluídos 42 idosos com AIDS, entrevistados no período de janeiro-junho de 2010.		
Principais Resultados: Observou-se que quase não havia conhecimento sobre a doença antes de se contaminarem e que várias são as representações sobre a AIDS: “doença do outro”; “incurável”; “fatal”, que pode levar à morte e ao preconceito. O diagnóstico positivo e a convivência com a AIDS são carregadas e permeadas de sentimento negativos por parte do indivíduo portador e de sua família, havendo a necessidade de reestruturação da vida da cada um através do enfrentamento.		

Quadro 6 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 05 que compõem esta revisão. Juína-MT, 2015.

Nº: 06	Título: Experiences of HIV-related stigma among HIV-positive older persons in Uganda – a mixed methods analysis.	Nível: 6
Objetivo: The purpose of this was assess the prevalence of stigma and to illustrate the influence of ART on perceptions of stigma perhaps leading to confidence and least affected well being, as well as im proved health which empowered the individual which was reflected in the way they were treated by others.		
Método: (Qualiquantitative)We examined the experiences of HIV of 25 adults (52% females) using semi-structured, open-ended interviews and monthly oral diaries over one year. Interview transcripts were analysed us ing thematic contente analysis.		
Principais Resultados: Qualitative data revealed that stigma ranges from: perceptions (relatively passive, but leadi ng to behaviour such as gossip, especially if not intended maliciously); to discriminatory behaviour (active or enacted stigma; from malicious gossip to outright discrimination). Despite the relatively high levels of disclosure, older people suffer from high levels os stigma of various forms apart from HIV-related stigma. Efforts to assess for diferente forms of stigma at na individual level desserve greater attention from servisse providers and researchers, and must be contest specific.		

Quadro 7 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 06 que compõem esta revisão. Juína-MT, 2015.

Nº: 07	Título: Intimacy and sexual decision making: Exploring the perspective of HIV positive women over 50.	Nível: 6
Objetivo: The aim of this study was to explore factors that impact intimate partner relationships for older women with HIV.		
Método: Nineteen women (mean age=56.79, SD=4.63 years) referred from Boston-area community organizations and hospitals completed in-depth individual interviews. Forty-seven percent of participants identified them selves as Black/African American, and 37% as White/Caucasian. Average time since diagnosis was 16.32 years (SD=5.70). Interviews continued until saturation of content was reached. Inclusion criteria included: biologically born female; age 50 years or older; diagnosis of HIV/AIDS; and English speaking. Qualitative interviews were coded by two raters and content analyses were conducted using NVivo 9 software.		
Principais Resultados: The findings are described across the following three main themes: (1) stigma; (2)body image concerns; and (3) the disclosure dilemma. The themes and i ssues identified by this study may help guide sexual health-related interventions for older HIV-infected women.		

Quadro 8 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 07 que compõem esta revisão. Juína-MT, 2015.

Nº: 08	Título: “You’re Awfully Old to Have This Disease: Experiences of Stigma and Ageism in Adults 50 Years and Older Living With HIV/AIDS.	Nível: 6
Objetivo: Older adults living with HIV infection may be doubly stigmatized, as they are branded by both age as well as HIV status. Through semistructured interviews, this study sought to examine whether older adults with HIV/AIDS experience both ageism and HIV stigma and how those experiences manifest in their lives.		
Método: This was a qualitative study in which 25 in-depth interviews were completed with adults aged 50 years and older who were living with HIV or AIDS. Purposive sampling was used to recruit these individuals who shared their experiences. Open coding and axial coding of interview transcripts were completed on all interviews, resulting in the development of a framework of these experiences.		
Principais Resultados: The majority (68%) of the respondents experienced both ageism and HIV-associated stigma. ageism, violations of confidentiality, and internalized ageism. All themes fell into four categories: social discrimination, institutional discrimination, anticipatory stigma, and other. Implications: The research identified themes that may be sources of felt as well as enacted stigma and discrimination related to both aging and HIV. This concept of double jeopardy exists in the lives of the majority of people interviewed and has relevance to the creation of appropriate intervention strategies.		

Quadro 9 - Indicação do objetivo, método, nível de evidência e resultado do artigo número 08 que compõem esta revisão. Juína-MT, 2015.

Os resultados e discussão apresentados se referem à análise das categorias elencadas durante o processo de seleção dos artigos em sua íntegra. As categorias identificadas foram: a descoberta da doença (reações positivas, negativas e neutras, sentimento de culpa e solidão), saindo do armário, até que a morte nos separe, impacto na família, impacto social, resiliência, limitações de saúde, e sexualidades invisíveis.

5.1 A DESCOBERTA

A descoberta do diagnóstico traz consigo diversos sentimentos que variam desde a culpa até o desespero. A maioria dos estudos investigados apresentam reações negativas do idoso frente ao diagnóstico, alguns outros reagem de maneira neutra, e alguns atribuem até mesmo caráter positivo na descoberta da doença.

[...] eu tinha vontade de me matar, eu tinha vontade de procurar um rio, me enfiar de cabeça, foi uma coisa muito triste sabe? Uma coisa que eu não esperava [...] (M1) (Artigo 03).

[...] quando eu descobri, entrei em parafuso, em pânico [...] e aí eu tava entrando em depressão [...] (H2) (Artigo 03).

Não é de se surpreender que diante o diagnóstico da soropositividade reações diversas podem surgir, assim como as comportamentais, por exemplo, a vivência de culpa, o medo da doença, e o medo relacionado às respostas sociais. Receber o diagnóstico de HIV em primeiro momento causa grande impacto, desencadeia sentimentos e reações desestruturantes, fazendo com que emergjam sentimentos de angustia e medo (SERRA; LIMA; SARDINHA, 2011). Fenômeno identificado nos relatos de outros participantes, a seguir:

Ah, Deus me livre! [...] Não foi fácil, não [...]. Eu fiquei doida! Vixi! [...] Eu falei “nossa, pelo amor de Deus!”. É duro. [...] A gente fica desesperada, né [...]. Não é fácil, não. Eu pensei “eu vou morrer.” (Sujeito 06) (Artigo 05).

A gente se sente acabando. Nessa idade aqui e ter isso aí [...]. Se Deus me levasse, eu ficaria até mais contente [...]. (Sujeito 07) (Artigo 05).

...[...] Foi muito difícil. Porque eu falava que não poderia ter acontecido isso comigo... Porque eu não fui uma pessoa má. O que eu

fiz pros outros? Não poderia ter acontecido isso comigo. Eu fiquei em pânico. (Sujeito 05) (Artigo 05).

Os relatos de dificuldade e negação na fase da descoberta da doença são nítidos em vários casos, relacionam-se a dificuldade de se ter uma doença incurável, com estigma negativo e preconceituoso (SOUZA, 2008), em uma faixa etária da vida onde os próprios idosos relatam estarem perto da morte. Diante desta perspectiva situações de extremo desespero se tornam frequentes:

Eu fui ao médico, ele pediu um exame, aí constatou [...]. E foi onde minha vida mudou tudo [...]. Se transformou num pesadelo para mim. (Sujeito 03) (Artigo 05).

Olha, meu filho, eu chorei dia e noite quando o médico me falou. Ele falou, eu chorei, chorei, sentimental mesmo. Não esperava isso [...]. Falei “meu Deus do céu! Por que Deus não me deu o caminho para eu ver o que foi, para não pegar isso aí?” [...]. Mas não teve jeito, né? [...] (Sujeito 01) (Artigo 05).

Em contrapartida, nota-se que em alguns estudos, certos entrevistados lidam melhor com a situação do que outros, como por exemplo, é o caso daqueles que utilizam da neutralidade para relatar a sua descoberta do diagnóstico, como é o caso do Sujeito 02, que relata:

A minha reação quando eu soube do resultado? A minha reação não foi nenhuma, nenhuma [...]. A minha mulher sentiu, porque ela tava no dia comigo [...]. Mas eu não me abalei, porque não adiantava mais nada, né? Eu tinha que ter evitado antes [...]. Mas eu não sinto nada. Eu fui no médico buscar os outros resultados de anemia, essas coiseras, sabe? O doutor falou “e aí A. você baqueou?”. Eu falei “Não, normal. Agora tem que tocar o barco para frente porque, se eu baquear, pior para mim” [...]. (Sujeito 02) (Artigo 05).

5.1.1 Culpa

Durante a análise desta categoria emergiram ainda questões como a culpa, tanto do paciente e sua infecção e forma de contaminação, quanto ao fato de assumir sua nova condição. A culpa vem associada a situações que são ligadas à história de vida de cada indivíduo, essa questão diz respeito às formas de contágio, relações ao gênero e o conhecimento sobre a soropositividade (SERRA; LIMA; SARDINHA, 2011). Os idosos ainda atribuem a essa culpa um sentimento perturbador, de tormento que faz com que o mesmo se sinta emergido em seus pensamentos, acarretando em incômodo e desconforto.

Eu penso em tantas coisas: “porque eu fiz isso! Porque eu fui fazer? Porque eu não presto, eu fui o culpado [...] Eu vou embora! Eu vou sumir!” E é assim, é assim eu penso nessas coisas. Como é que eu vou tirar isso da cabeça? Não tem jeito. [...] Como é que eu faço? Então, é só chorar, chorar, chorar (suspiro). Fazer o quê? [...] (Sujeito 01) (Artigo 05).

Mas é difícil conseguir viver [...] Porque eu, como eu, o professor, nós sempre falava assim: “Não tem que se julgar culpado”. Mas eu me sinto culpado, ué. Porque culpado fui eu de ter pegado a doença; eu saí preocupado [...] Então, eu não vou culpar outra pessoa. A culpa tem que ser em cima de mim mesmo, então [...] você não tem como melhorar. (Sujeito 03) (Artigo 05).

Ah, você não consegue concentrar nas coisas boas, é difícil [...]. A gente não consegue, parece que tá sempre com aquela culpa, aquele peso na cabeça, que você aprontou, você fez isso, fez aquilo, então [...]. (Sujeito 03) (Artigo 05).

Se eu fosse de uma mulher só, ia falar que era dela [...], mas não foi, cê entendeu? [...] Então fiquei sem saída. Fica sem saída. Vou te culpar você, que você não tem culpa? Culpar a Maria, que não tem culpa? Não posso! Fiquei assim[...]. (Sujeito 01) (Artigo 05).

5.1.2 Solidão

Outro principal fator demonstrado por vários entrevistados que participaram de pesquisas distintas foi a solidão. O medo de estar sozinho aparece como uma das principais dificuldades de se enfrentar a doença. Segundo Provinciali e Figueiredo (2005), os idosos vivenciam maiores sentimentos em situações de isolamento e vergonha, que se comparado com jovens, ou jovens-adultos. A frase de M1, representa esse sentimento:

[...] as horas que eu estou aborrecida eu vou pra lá (na horta) [...] Sei lá, as vezes a gente se acha sozinha né? [...] Tem as coisas, mas as vezes parece que não tem nada [...] é que eu nunca fui uma pessoa sozinha, sabe? Aí agora depois que me aconteceu isso é que eu fiquei assim [...] eu gosto é de estar num canto quieta! Tenho me sentido melhor sozinha, mas as vezes bate uma solidão, que é muito ruim [...]
(M1) (Artigo 03).

Em outras situações, além do estigma ligado a idade, ainda há casos como o de George, que necessita lidar com o preconceito em relação à homossexualidade:

*"Eu estive em um relacionamento por 21 anos e por isso não precisei lidar com a solidão, o estigma da solidão é grande por eu ser gay e mais velho."*¹ George (idade 52) (Artigo 01).

Em situações semelhantes ainda se encontram aqueles que buscam locais de apoio para a sua nova socialização, seja com pessoas que estão passando pelo mesmo problema, ou outros, como é o caso de Wayne, que passou a frequentar um grupo de apoio, e ressalta:

¹ "I've been in a relationship for 21 years and because of that have not had to deal with a lot of the loneliness, the stigma of loneliness that is a very large part of being gay and older." George (idade 52)

Temos este grupo de apoio, se eu não tivesse esse grupo, eu não conheceria ninguém. Mas nós temos este grupo de apoio para heterossexuais com AIDS através da fundação. . . é onde você pode falar sobre coisas que dizem respeito à sua situação e você conhece pessoas como você². Wayne (59 anos) (Artigo 01).

5.2 SAINDO DO ARMÁRIO

Em consequência do medo da solidão, muitos idosos ainda preferem esconder seu diagnóstico. E aí? Contar ou não contar?

Castellani e Moretto (2014), afirmam que a responsabilidade de contar sobre a sua condição a outra pessoa, ainda vem carregada de muito estigma, envolve questões traumáticas para ambos os indivíduos e ainda se ligam a conotações atribuídas aos tabus. A dificuldade em revelar seu diagnóstico a outras pessoas ainda é um fator que envolve muitos sentimentos e vulnerabilidades. Esse fator não está ligado apenas aos idosos, mas também aos jovens e jovens-adultos, que veem a omissão de sua condição como uma proteção de tudo o que pode-lhe acontecer se o disser.

O fato é que todos sofrem com o momento da verdade quando se trata do HIV, o idoso por sua vez sofre dobrado, pois além de estar revelando uma condição que já não é de fácil aceitação, ainda precisa lidar com todo o preconceito e desconhecimento em relação a idade avançada e sexualidade, variáveis que não se entrelaçam socialmente para a maioria da população, que basicamente invisibiliza a sexualidade do idoso. Evidencia-se este fenômeno nas falas a seguir:

[...] Na minha família ninguém sabe que eu sou portador [...] não tenho mais pai, não tenho mais mãe, meus irmãos moram todos fora, só tenho uma filha que não mora aqui também, né? [...] ela não tem preconceito, conviveu no meio, mas enfim, a única pessoa que eu

² We have this support group, if I didn't have that support group, I wouldn't know anybody. But we have this support group for heterosexuals with AIDS through the foundation . . . it's where you can talk about things that pertain to your situation and you meet people like yourself. Wayne (59 anos)

poderia contar seria ela, mas a gente se vê pouco, mais é por telefone [...] (H2) (Artigo 03).

Então, eu procuro não deixar ninguém saber, não [...]. É só eu, vocês aqui (referindo –se aos profissionais do hospital) e lá em casa. [...]. Agora aonde eu tô trabalhando, ninguém sabe, porque se souber dá o fim na gente lá, então [...]. (Sujeito 02) (Artigo 05).

Porque bem pouca gente sabe do meu problema [...]. A situação minha é minha esposa, meus dois filhos, uma nora sabe, a outra não sabe. Só se contaram para ela e eu não tô sabendo. E minha irmã. Por parte da minha esposa, ninguém sabe. (Sujeito 03) (Artigo 05).

De lá pra cá, a gente, meus filhos sabem. Acho que minha irmã não sabe. Tem o meu irmão mais novo que não sabe, mas a maioria sabe [...]. E ela (namorada), da ultima vez que nós fomos, ela chegou e comentou, e eu falei para ela: “aconteceu comigo”. Mas ela não falou mais nada. Só que, mesmo assim, eu não fico contente, eu gostaria de discutir o problema [...]. É, eu gostaria, né? Não sei [...]. Ela não fala nada. Sabe, mas eu gostaria de discutir esse problema, só que [...] toda vez que vai “Oh, põe camisinha”. Ela fala “põe camisinha”. Quer dizer, ela exige mesmo. Então quer dizer que ela tá sabendo mesmo e sabe o risco. (Sujeito 04) (Artigo 05).

[...] se alguém me perguntar se é, vou confirmar, e se não perguntarem, pra mim está bom [...] sinto preconceito, que até acho [...] que claro pessoas que não sabem que eu sou portador, mas: ó fulano ali é portador [...] Isso aí dói na gente! O preconceito existe, e não pouco, porque eu conheço, a gente se conhece aqui. Às vezes vê um passar na rua, ah, aquele lá é portador, aidético, termo bem [...] vulgar (H2) (Artigo 03).

"Agora que eu estou vivendo na casa dele (os pais) e nosso relacionamento melhorou muito, eu estive desfrutando de ficar com

eles para conhecê-los melhor, e agora pode ser um bom momento para falar com eles sobre isso [o diagnóstico].”³ Mary (55 anos) (Artigo 01).

5.3 ATÉ QUE A MORTE OS SEPARE

A AIDS ainda carrega muitos preconceitos históricos, dentre eles a questão dos grupos de riscos, onde as pessoas tendem a associar a doença com a promiscuidade, homossexualidade, com profissionais do sexo, uso de drogas injetáveis, entre outros. Essa crença fez com que os indivíduos casados passassem a pertencer a um grupo imaginário de imunidade, o grande problema é que esse conceito ainda existe, a maioria da população acredita que estar casado ou possuir relações sexuais apenas com um parceiro fixo não traga nenhum risco de contaminação. As mulheres na maioria dos casos se sentem invulneráveis ao HIV, por sentirem-se confiantes em relação à fidelidade do companheiro (NEVES; et al., 2010).

Outro aspecto que emerge dentre as evidências investigadas tem relação com o impacto da descoberta da soropositividade nos relacionamentos afetivos/conjugais, sobretudo no casamento após o diagnóstico da doença. A necessidade de se procurar um “culpado” pela situação, a dificuldade em admitir questões de infidelidade ou mesmo a revolta contra o companheiro/a, são situações descritas a seguir.

[...] antes, no começo, eu culpava ele (companheiro), dizia que era ele que tinha me transmitido [...] nessa cirurgia que eu fiz [...] precisei de transfusão de sangue, foi aí que eu descobri que foi onde eu fui contaminada [...] eu entrei num desespero [...] (M1) (Artigo 03).

³ “Now that I’m living in their house and our relationship has really improved, I’ve been enjoying staying with them [and] getting to know them better, that now might be a good time to talk with them about it [diagnosis].” (Mary, 55 anos)

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, pra eu pegar isso... (S3) (Artigo 04).

Aí eu fiquei revoltada...se ele tivesse vivo, eu tinha comprado um revólver e ido lá matar ele. (S3) (Artigo 04).

Minha mulher chorava o dia inteiro. Dia e noite [...]. Chorava [...]. (Sujeito 07) (Artigo 05).

Em outros casos, o indivíduo tenta achar lacunas que façam com que sua culpa seja amenizada, se vitimizando para que todo o sofrimento não recaia sobre seus ombros. Neste caso expresso pelo sujeito 04, nota-se que através da vitimização ele sustenta o seu amparo psicológico, recorre à identidade de provedor da família como meio para suavizar o sentimento culpa, dizendo:

Quer dizer: eu fui uma vítima também. Só que, de vítima, fiz vítima [...]. Então, por isso, embora eu perdi minha esposa [...], mas eu tenho a consciência tranquila, porque eu sempre fui um bom pai, me sacrifiquei, batalhei muito, dei tudo para eles, dei condições que eu não tive. Eu sou um cara que trabalhei desde os sete anos de idade [...]. (Sujeito 04) (Artigo 05).

5.4 IMPACTO NA FAMÍLIA

A família possui um papel fundamental nesta nova vivência, a participação dos membros para a diminuição do impacto da descoberta e a reeducação assim como o incentivo no uso contínuo das medicações, faz com que este seja um ponto importante de apoio de produções de cuidados diários (SILVA; TAVARES, 2015). Nos relatos de alguns entrevistados (**artigo 01 e 06**), a família foi considerada como única esperança para seguir adiante com a vida.

*Sem o apoio do meu filho, eu provavelmente estaria morta agora porque eu estava morrendo de estigma e da miséria em casa.*⁴ (Faith, feminino, 70 anos de idade) (Artigo 06).

*"Meus dois filhos e meu irmão, nada mudaram [desde que souberam do meu status de HIV]. Eles estão comigo, eles me perguntam como os medicamentos estão funcionando"*⁵ Louis (idade 64) (Artigo 01).

*"Meus netos sabem. Sentei com eles e contei sobre o avô. Eles não se importam."*⁶ Taleef (idade 56) (Artigo 01).

A descoberta da soropositividade não trás reações diferentes apenas para o portador, mas sim para todos aqueles que com ele convivem em seu âmbito e principalmente sua família. Assim como o idoso, sua família também possui dificuldades em adaptação, sendo este um fenômeno que advém da cultura a que essa família foi inserida e as crenças que são seguidas (SERRA; LIMA; SARDINHA, 2011). Segundo Provincially e Figueiredo (2005), as famílias não assumem a sexualidade dos idosos, fazendo com que a descoberta e vivência com a doença se torne ainda mais difícil. Diante disto, os depoimentos abaixo retratam as percepções com relação ao enfrentamento familiar:

[...] a minha família sabe [...] mas eu fui recriminado (pela família) [...] mas no meu caso, a minha família sabe, milhares de pessoas sabem [...] (H1) (Artigo 03).

Ah, quando ficou sabendo, cortou relação, né? Comigo. E graças a Deus, não pegou. [...] Meus filhos, quando ficaram sabendo [...], minha mulher, os dois [...] me mandaram embora de casa. Eu falei: "Eu vou embora, sim [...]". [...] Aí meu filho mais velho falou: "pai,

⁴ Without my son's support, I would probably be dead by now because I was dying of stigma na misery in the house. (Faith, 70 anos)

⁵ "My two sons and my brother, nothing has changed [since learning his HIV status]. They're with me, they ask me how the medicines are doing." (Louis, 64 anos)

⁶ "My grandkids know. I've set them down and I've told them about Grandpa. They don't care. (Taleef, 56 anos)

não vai fazer besteira, não. Isso é coisa da vida, isso é coisa que acontece. Fica quietinho aí “. Aí a mulher falou; “Fica aí, não tem problema, não [...] Só que você para mim acabou”. Falei: “tudo bem”, eu aceitei. Aceitei, porque eu tava errado. Eu tô errado. Aí eu aceitei. (Sujeito 01) (Artigo 05).

Aí eu falei pra minha filha, minha filha ficou meio desorientada também, mas ela se acostumou. Hoje, ela me ajuda com muita coisa, falando comigo. E tem o meu filho do meio, que ele também não apavorou [...]. Ele fica meio assustado, com medo das coisas, porque não tem orientação [...]. Ficou meio com medo das coisa, por exemplo, talheres, copos, essas coisas, coisas de casa [...]. Até que, enfim, ele caiu em sim, foi ouvindo eu acho que alguma [...], a televisão explicando alguma coisa, aí ele parou de ficar meio assustado. E o caçula, até hoje, não falou nesse assunto comigo. Eu falei para a mulher dele e ela falou para ele, e ele não aceitou e não aceita. [...]E não falou comigo, e até hoje não puxou assunto. (Sujeito 05) (Artigo 05).

"Meus irmãos descobriram e eles se distanciaram de mim por algum tempo Eu diria que por uns três anos."⁷ Cricket (Artigo 08).

5.5 IMPACTO SOCIAL

O impacto social em relação ao HIV/AIDS vem desde os anos 80 com os primeiros casos de HIV, e posteriormente, em 1990, com as primeiras terapias de controle da doença começaram aparecer. O impacto social é o efeito ampliado da implementação ou descoberta de algo novo, como no caso da AIDS, cujo impacto social correlaciona-se com uma doença nova e desconhecida, sem cura e com atribuições errôneas de grupos de risco (SILVA; et al., 2013; CRUZ; COÊLHO, 2005).

⁷ “My brothers found out and they was just like distanced from me for awhile I'd say for about three years.” (Cricket)

5.5.1 Estigma da Comunidade

O descontentamento devido ao estigma da comunidade ainda é muito grande, muitos portadores descrevem o sofrimento através de vivências no dia-a-dia, ou então como revelado no **artigo 07**, através da percepção que cada um possui do que é o estigma.

Acho que vou ser julgado. O estigma está lá fora. Mas muitas pessoas não sabem que eu sou HIV e elas tem me convidado para sair ou o que quer que seja, e eu tenho mencionado que eu sou HIV positivo e eu posso automaticamente ver isso. Então, eu não me importo.⁸ (Artigo 07).

É uma situação em que você está pedindo pela rejeição. Você realmente esta. Quero dizer, se você pode conseguir um cara que te ache razoavelmente atraente ... você diz a ele que você tem o vírus e é como se você tivesse dito a ele que você tem lepra.⁹ (Artigo 07).

Outro participante ainda associa que em sua faixa etária o estigma acontece em dobro, pois ele precisa lidar com o estigma da comunidade em relação à doença e sua idade. Os idosos se preocupam muito com a questão do estigma da sociedade, pois atribuem isso a um caráter da moral (GUIMARÃES; et al., 2013).

Com caras de 50 anos ou da minha idade, ou mesmo por volta dos 40 anos, eu simplesmente, não sei. Eu acredito que o estigma é maior nessa faixa etária. Provavelmente seria diferente se eu fosse mais

⁸ I believe I'll be judged. The stigma is out there. But a lot people don't know that I'm HIV and they have asked me to go out or whatever and I've mentioned that I was HIV and I can automatic ally see it. So I don't even bother. (Artigo 07)

⁹ It's a situation where you're asking for rejection. You truly are. I mean if you can get a guy to find you reasonably attractive...you tell him you got the vírus and you might as well tell him you got leprosy. (Artigo 07)

*jovem, 20 ou 30 anos. Porque as pessoas da minha idade ou faixa etária, ainda tem esse estigma.*¹⁰ (Artigo 07).

*A equipe, quando eles descobriram que eu tinha HIV eles realmente se afastaram de mim. Eles não me deram nenhum pouco de atenção, como faziam com os outros idosos que ali estavam. Este coisa é eterna, você é tratado diferente. Você sente como um estranho.*¹¹ (Taleef) (Artigo 08).

*"Eu acho que na maioria das vezes eles [os homens mais jovens] querem lidar com pessoas da sua própria idade, sua própria faixa etária, você sabe, você se sente como um estranho quando você é um pouco mais velho."*¹² Terry (Artigo 08).

*"sim, preconceito de idade, é uma espada muito mais poderosa do que o HIV."*¹³ George (Artigo 08).

5.5.2 Religião

Outro fator ligado ao estigma e impacto social é a religião, questões abordadas nos **Artigos 03 e 04**. Na maioria dos estudos observados a fé e a crença foi ferramenta importante para o enfrentamento da doença, mas existem casos em que a pessoa vê a doença como uma forma de punição para algum pecado cometido (SILVA; et al., 2009). Nas frases em que a crença foi inserida, a religião apresentou-se como um suporte emocional, em que um poder superior transmite esperança, fazendo com que muitas vezes a fé se torne o seu único conforto (NEVES; et al., 2010).

¹⁰ With guys or my age, or maybe even in their 40s, it's just, I don't know. I do think possibly there's more of a stigma with that age group. It probably would be diferente if I was younger, 20 or 30. Because people my age and age group, there's still that stigma.

¹¹ The staff, when they found out I had HIV they really stayed away from me. They didn't pay me any attention as they did the other seniors that were there. This stuff is everlasting, you're treated differently you know. You feel like you're outcast. (Taleef)

¹² "I think most of the time they [younger men] want to deal with their own people, their own age group, you know, you feel like an outcast when you're a little bit older." (Terry)

¹³ "yeah, ageism, it's a far mightier sword than HIV." (George)

[...] naquela época eu era católico, a primeira coisa que eu procurei foi a igreja evangélica, hoje eu sou evangélico, eu sirvo ao Senhor, ao meu Deus, eu sou diácono numa igreja [...] curado (H1) (Artigo 03).

[...] Deus sempre está comigo. Eu acredito muito nele, se não fosse ele eu não tava aqui. (M1) (Artigo 03).

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) (Artigo 04).

Eu penso em Deus para ter força... (S7) (Artigo 04).

Deus é muito bom para mim, viu? Tudo que eu peço, ele me atende... Temos é que agradecer todo dia. (S5) (Artigo 04).

5.5.3 Trabalho

O trabalho também foi associado ao ato de viver, uma vez que, o mesmo proporciona condições de sobrevivência própria e também familiar. A atribuição da doença é relacionada a incapacidade de manter-se auto-suficiente bem para exercer as funções de trabalho. A debilitação do indivíduo é umas dessas dificuldades, porém, como relatado por Neves, et al (2010), a sociedade em geral não vê um portador de AIDS como um doente qualquer, julgamentos e exclusões sociais fazem com que esses indivíduos sejam frequentemente retirados de suas funções. Muitos indivíduos diagnosticados com a doença permanecem em seu trabalho, mas não revelam sua condição.

Eu era uma pessoa esperta, gostava de trabalhar como servente numa escola, mas agora... (S5) (Artigo 04).

As pessoas que trabalham lá vão falar: 'eu não vou, ele vai me contaminar. (E1) (Artigo 02).

Eu estou com a doença e o preconceito é muito grande. Trabalho, mas tenho contrato provisório, se descobrem, amanhã ou depois posso ser mandado embora e aí como é que eu vou sobreviver com essa idade, com essa doença e sem trabalhar? Não é fácil (E5). (Artigo 02).

5.6 RESILIÊNCIA

O modo como se aceita uma condição tão difícil é um dos principais passos para se passar a conviver com a doença. Sá; Callegari e Pereira (2007), afirmam que conviver com a AIDS após o seu diagnóstico é algo que causa sofrimento, desconforto e perturbação, porém, em alguns casos as estratégias de enfrentamento melhoram sua saúde e qualidade de vida.

5.6.1 Auto aceitação

A doença torna-se mais um fator a ser vivenciado, pois as pessoas soropositivas adaptam-se a sua nova condição e referem ter uma vida normal (**Artigo 03**). Em consonância com isso, o **artigo 05** revela que apesar da grande dificuldade de se possuir uma doença como a AIDS, e até mesmo sendo considerada pelos próprios participantes como mortal, tem tratamento e a vida pode ser levada em frente.

[...] eu já desconfiava de mim, já estava até esperando [...] (H3). (Artigo 03).

[...] eu me sinto feliz da vida, hoje eu sou aposentado, trabalho, não tenho tempo de pensar besteira, e estudo a noite ainda [...] a minha vida, é cada vez melhor [...] pra mim a vida minha é normal [...] (H1). (Artigo 03).

[...] eu me sinto bem, trabalho, como bem, não bebo, raramente tomo alguma taça de alguma coisa, tomo uma cervejinha sem álcool as vezes [...] minha vida é normal [...] (H2). (Artigo 03).

Porque você sabe que é uma doença que não tem cura. Não tem cura. Perigoso. [...] Antigamente, eu morria de medo disso daí. Nossa! Isso daí era uma coisa! Hoje, vamos supor, tem gente que é muito discriminado. [...] Eu vou olhar para trás, é uma doença como outras, que mata também. (Sujeito 04). (Artigo 05).

Bom, agora, com o pouco que eu sei, eu acho que é uma doença como outra qualquer... É só você se cuidar. [...] É triste? É. Você tem cura? Não tem. Mas você, sabendo levar, se controlar, você vive bem, sossegado. [...] O preconceito atrapalha um pouco, porque a gente percebe que [...] quando a pessoa sabe, fica meio te olhando de lado, então é com isso aí que a gente fica magoado [...]. (Sujeito 05). (Artigo 05).

[...] Estou acostumado com a doença e estou pronto para seguir em frente com a vida ... meu relacionamento com meus vizinhos é bom e não há nenhum estigma ... ninguém aponta para mim, ou ri de mim ... isso me dá coragem para continuar a tomar os meus remédios [...] talvez Deus virá em meu socorro e me curar.¹⁴ Teddy (masculino, 66 anos de idade) (Artigo 06).

Eu mudei ao longo dos anos. É como, se eu não me importa-se com quem sabe, todo mundo pode saber. Eu comecei a perceber que é um desperdício de tempo se preocupar com que os outros pensam, porque então eu não estou sendo, como diz Shakespeare: "Ser fiel a ti próprio".¹⁵ Taisong (57 anos) (Artigo 01).

¹⁴ [...] am used to the disease and am ready to move on with life... my relationship with my neighbours is good and there is no stigma... no one pin points at me, or laughs at me... this gives me courage to continue taking my ARTs and septrin [...] maybe Gog will come to my rescue and heal me. (Teddy)

¹⁵ I've changed over the years. It's like, I don't care who knows, everybody can know. I started to realize it is such a waste of time to worry about what anyone else thinks in respect to how they think about me, because then I'm not being, as Shakespeare says: "To thine own self be true." (Taisong)

Outros participantes atribuem à doença há algo mortal, sem volta, tendo como único remédio o auto cuidado. No **artigo 05** a representação que a AIDS possui para os participantes é extremamente ligada com a situações extremas, como por exemplo, o fim, como ressaltado nessas duas frases:

Eu achava, achava não, ela mata. Se a pessoa não se cuidar, ela mata. (Sujeito 02) (Artigo 05).

[...] Porque fala “ah, é uma doença que não tem retorno. Você pegou essa doença, acabou”. De fato, não acabou, não acaba. Mas derruba a pessoa, assim mentalmente. [...] Você não consegue se concentrar. (Sujeito 03). (Artigo 05).

5.6.2 Mecanismos de aceitação e enfrentamento

Muitos idosos tentam manter uma linha de enfrentamento diferente, preferem comparar a AIDS com outras patologias que consideram de maior gravidade e letalidade, dessa forma aceitam melhor a soropositividade. Como relatado no **artigo 02** a comparação com outras doenças é uma forma de se construir esperança para essa nova situação, fazendo com que em seu imaginário a o câncer se torne menos aceitável que a AIDS. Assim como representado no **artigo 05**, onde as falas se demonstram racionais, permitindo ao indivíduo que processe e elabore sua nova condição social.

Então, eu procuro viver, não lembrar essas coisas na cabeça, entendeu? [...] Olha, eu vou falar uma coisa para você, o que eu ponho na minha cabeça é que tem coisa pior. Eu fui vítima, fui. Eu prejudiquei minha esposa, eu que tirei a vida dela [...]. É duro de mais, mas tem pior. Tem sempre que pensar nisso: tem pior. (Sujeito 04). (Artigo 05).

Desde que descobri que estava doente, procuro me conscientizar que agora não tem mais jeito. Tenho que viver minha vida nessa nova condição. (Sujeito 05) (Artigo 05).

“AIDS não é câncer” (Artigo 02).

“Cê tem que levantar a cabeça e continuar, porque isso não é o fim do mundo, pior é o câncer que te mata de uma hora prá outra, né?” (E1) (Artigo 02).

Pelo menos num câncer. Porque esse trem é o seguinte, a doutora falou que se eu tomar os remédios direitinhos, o coquetel, eu num saro, mais tem cura. Posso viver de dez a vinte anos, agora se fosse um câncer, cê mexeu acabou, o câncer é fatal.” (E7) (Artigo 02).

“Não é um câncer, né, mas se fosse eu podia até falar disso mais fácil!” (E1). (Artigo 02).

AIDS é uma doença que as pessoas não devem temer, porque é como sofrer de malária.¹⁶ (Artigo 06).

5.6.3 Otimismo

A percepção que cada indivíduo tem, conta muito em sua recuperação. Seidl et al., (2007), acreditam que o otimismo contribui na recuperação e em outras maneiras de se prosseguir, pois, auxilia nas condições psicológicas fazendo com que as habilidades de enfrentamento apareçam com maior facilidade se comparado com pessimistas. Essa condição melhora o estado de saúde do paciente, assim como, sua condição psicológica. Como pode-se observar no **artigo 05**:

¹⁶ AIDS is a disease people should not fear because it is like suffering from malaria.

Mas que, para mim, eu acho que existe gente em pior situação do que eu. Então, é isso aí que eu procuro alimentar [...]. Uma esperança, e viver com essa esperança. (Sujeito 02). (Artigo 05).

Eu tô querendo aproveitar o que eu posso. O que eu posso eu tô querendo aproveitar, o máximo que eu puder. (Sujeito 03). (Artigo 05).

Então, é assim [...]. O resto eu vou forçando para levar a vida bem. Porque não adianta, agora, chorar pelo leite derramado [...]. Tem que lutar, né? Enquanto tá vivo, tem que lutar [...]. (Sujeito 05). (Artigo 05).

Não, não mudou nada. [...]. Eu continuo trabalhando. E eu trabalho de um jeito que, se botar um menino no meu lugar, não faz o que eu faço. Tenho certeza que não. Se for preciso, eu pego peso [...]. Comigo não tem esse negócio de nhenhenhe, não [...]. (Sujeito 02). (Artigo 05).

O fato de estar doente não afetou em nada o meu dia a dia. Continuo fazendo tudo igualzinho antes. Não me sinto, de forma alguma, como uma incapacitada ou como doente (Sujeito 05). (Artigo 05).

5.6.4 Independência

O **artigo 01** traz consigo visões notórias de qualidade de vida com a AIDS, os participantes expressam o desejo de continuar vivendo. Em suas percepções o que mais conta para ter essa visão é pensar e gostar de si mesmo, é tentar observar os outros lados da doença, e não a caracterizar como “uma sentença de morte”.

*"Você tem que amar a si mesmo, você tem que querer fazer o que você precisa fazer para si mesmo."*¹⁷ Taleef (56 anos) (Artigo 01).

*" Eu apenas tento gostar de mim mesmo. . Eu estou bem sendo eu mesmo"*¹⁸ Louis (64 anos) (Artigo 01).

*" Tem sido bom para mim, porque eu simplesmente aceitei a envelhecer. Eu não quero agir ou pensar como uma pessoa de 25 anos ou alguma do tipo"*¹⁹ Bob (idade 52) (Artigo 01).

*". Quanto mais velho mais refinado você fica. A muitos pontos positivos nisso"*²⁰ Paul (idade 53) (Artigo 01).

*" Seja quem você é, seja grato por ainda estar aqui"*²¹ Ohms (56 anos) (Artigo 01.)

*De certa forma, isso me deixou para baixo, eu sempre fui o tipo de homem que tentou transformar uma situação ruim em algo brilhante e bom. . . Faço isso basicamente por mim. Eu olho para isso e vejo que ainda existem pessoas que possuem problemas maiores que o meu."*²² Taleef (56 anos) (Artigo 01).

¹⁷ "You got to love yourself, you got to want to do what you need to do for yourself." (Taleef)

¹⁸ "I just try to like myself. I'm ok with being me." (Louis)

¹⁹ "It's been fine for me because I just accept growing older. I don't wanna act like or think that I'm still 25 or some- thing." (Bob)

²⁰ "The older you get, the better, the more refined it is. It's a lot of positiveness about it." (Paul)

²¹ "Be who you are, and be glad you're still here." (Ohms)

²² In one way, it got my spirits down, but then I was always the type of man that tried to turn a bad situation into something bright and good . . . basi- cally for myself because I look at it [as] I may have a problem [but] there's people out there with worse problems than me.(Taleef)

*"Você sabe , há obstáculos na vida de todos. Você sabe, você tem que aprender a superar o obstáculo...Se todos deixassem que os problemas os levassem para baixo, nós não teríamos metade das pessoas que temos aqui agora "*²³ *Pete (51 anos) (Artigo 01).*

*"Aqui estou eu. Eu amo a vida. Eu estou vivendo um bom momento você sabe, o HIV é uma das coisas da minha vida com que eu lido. . Fora isso, a vida é linda e eu não trocaria isso por nada"*²⁴ *Christa (idade 51) (Artigo 01).*

*" Não é realmente uma grande coisa para mim. Quero dizer, eu tomo meu medicamento, eu vou continuar com minha vida. Eu não penso mais na AIDS. "*²⁵ *Carol (52 anos) (Artigo 01).*

*"O mundo vai continuar girando se eu estiver aqui ou não. Então, eu quero ser uma parte disso enquanto eu puder. . . . Ainda vale a pena viver "*²⁶ *Ohms (idade 56) (Artigo 01).*

*" Eu não vou morrer com a AIDS;. . Eu vou viver com isso"*²⁷ *Carol (52 anos) (Artigo 01).*

*". Eu só quero viver até que eu não possa mais"*²⁸ *Barb (57 anos) (Artigo 01).*

²³ "You know, there's gonna be hurdles in anybody's life. You know, you have to learn to get over the hurdle If everybody let every hurdle bring them down, we wouldn't have half the people here that we have now." (Pete)

²⁴ "Here I am. I love life. I'm having a great time you know, its [HIV] one of those things on the side of my life that I cope with. Other than that, life is lovely and I wouldn't trade it for any- thing." (Christa)

²⁵ "It's not really a big thing to me. I mean, I take my medicine, I go on with my life. I don't think about the AIDS anymore." (Carol)

²⁶ "The world's going to keep turning whether I'm here or not here. So, I want to be a part of it as long as I can Life is still worth living." (Ohms)

²⁷ "I'm not going to die with the AIDS; I'm going to live with it." (Carol)

*"Em 57 anos, eu tenho vivido uma vida boa, e eu já estou olhando para a segunda metade da vida. Então, isso me entristecer, mas você sabe, ninguém deixa o planeta sem morrer."*²⁹ Barb (57 anos) (Artigo 01).

*"Ser HIV positivo não é uma sentença de morte. . . . Eu estou vivendo com AIDS, eu estou vivendo com HIV, eu não estou morrendo com ele."*³⁰ Paul (idade 53) (Artigo 01).

5.6.5 Desejo de morte

A presença da AIDS traz reflexões sobre as atribuições ligadas a vida e a morte (CASTELLANI; MORETTO, 2014). Devido ao impacto do diagnóstico muitos pensam em medidas drásticas como o pensamento suicida. No **artigo 04**, o sentimento de suicídio vem elencado como válvula de escape para sentimentos interiorizados que causam sofrimento intenso ao indivíduo. Associam-se também questões como frustrações, desamparo, desesperança e conflitos internos, sendo assim, o suicídio torna-se uma opção de fuga. Tais achados relacionam-se com o exposto no **artigo 05**.

Olha, teve uma época que eu já pensei em me envenenar... Eu comprei refrigerante para tomar com chumbinho... (S2) (Artigo 04).

Eu queria tomar veneno... me jogar debaixo de um carro... (S5) (Artigo 04).

²⁸ "I just want to live until I can't." (Barb)

²⁹ "At 57 years old, I've had a good life, and I'm already looking at the second half of life. So, it does sadden me, but you know, no one leaves the planet without dying." (Barb)

³⁰ "Being HIV positive is not a death sentence. . . . I'm living with AIDS, I'm living with HIV, I'm not dying with it." (Paul)

E por aí vai [...]. Vou vivendo enganado, tô me enganando a eu mesmo [...]. Tem vez que eu penso em me jogar em baixo de um caminhão [...]. (Sujeito 01) (Artigo 05).

Então, a vida da gente é desse jeito [...] a gente tem que [...] eu tô levando uma vida, até que, razoavelmente, não é das piores, não. Tem hora que dá [...] aqueles pensamentos [...]. Então você fica meio desorientado. [...] Eu já tive em situação pior. Eu já tentei até dar um tiro na cabeça e tudo. Foi logo no começo. (Sujeito 03) (Artigo 05).

5.7 LIMITAÇÕES DE SAÚDE

Após o diagnóstico muitos soropositivos passam a pensar com maior preocupação com relação a sua saúde. As modificações nos hábitos de vida são considerados um ponto forte na manutenção do organismo (GUIMARÃES; et al, 2013).

5.7.1 Condições limitantes da doença

A evolução da doença determina algumas modificações na imagem corporal, principalmente a física, no **artigo 04** essas mudanças aparecem como queixas comuns entre os idosos. Isso acontece por causa da perda da gordura corporal causada pela lipodistrofia, e doenças oportunistas que se instalam devido ao organismo fragilizado. Os participantes sabiam das mudanças que iriam ocorrer com o seu corpo e já começavam a perceber pequenas diferenças, expressavam reações negativas e insatisfação nítida quanto a nova imagem corporal. O sofrimento em ver seu corpo diferente leva muitos desses idosos ao sofrimento e a baixa autoestima, como é relatado a seguir nos artigos **04 e 07**:

Eu me acho emagrecida... Perdi muito peso, eu era gorda, eu vejo gente mais velha do que eu e não é assim... (S3) (Artigo 04).

Eu era vaidosa... trabalhava, gostava de me arrumar... (S5) (Artigo 04).

Eu não uso saia curta... eu uso saia longa [...] as veias ficaram acentuadas. (S9) (Artigo 04).

Eu não uso manga curta... porque eu gosto de esconder meu defeito [...] Eu não gosto que ninguém me aponte. (S 12) (Artigo 04).

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) (Artigo 04).

Eu gostaria de encontrar alguém, mas eu realmente não estou saindo muito agora. Acho que para mim, meu maior problema é a imagem corporal. Eu acho que, em parte, provavelmente, tendo 55 anos e pós-menopausa, mas eu acredito que eu tenho alguns dos efeitos colaterais dos medicamentos do HIV, ou do HIV, o que é muito difícil porque ele muda sua imagem corporal. Eu tenho trabalhado muito duro, entrei para uma academia, eu me sinto melhor, mas, a medida que a minha imagem corporal vai mudando, eu vejo que isso não tem ajudado em nada. É realmente como uma batalha difícil. Isso é uma grande coisa para mim.³¹ (Artigo 07).

Eu vejo a diferença quando alguém da minha idade que não tem o vírus. Eu podia ver as diferenças físicas em uma mulher. As características físicas são diferentes. "Este sentimento foi reforçado por um outro participante, que observou:" Acho que idade conta muito, porque eu olho para mim mesmo quando eu tinha vinte e cinco

³¹ I'd like to meet somebody, but I don't really date that much right now. I think for me, my biggest issue is body image. I think partly, probably, being 55 is post-menopause, but I do believe that I have some of the side effects of either the HIV meds or having HIV, which is very difficult because it changes your body image. I've been working very hard, I joined a gym, and it doesn't – I feel better, but as far as changing my body image, it hasn't done anything. It's really like na upstream battle. That's a big thing for me.

*e é uma grande diferença. Fisicamente como eu olho agora. E eu sei que uma grande parte disso é porque eu sou uma mulher com HIV com mais de 50 anos.*³² (Artigo 07).

*Quando me mudei, na clínica havia uma mesa que era uma brochura, uma página xerocada lembrando-nos que é um crime e que você pode ser preso, por exemplo, ter uma relação sexual e não divulgá-la. Então, sim, há muitas proibições. Muitas preocupações com a abstinência. Ou se você não está abstinente*³³. (Artigo 07).

5.7.2 Mudanças nos hábitos de vida

Os portadores da AIDS não conseguem associar essa nova figura de seu corpo como familiar, ou seja, não reconhecem o seu próprio corpo. Essa dificuldade de associação foi reconhecida no **artigo 04** e se comparado com o **artigo 05**, podemos observar a diferença no reconhecimento de seu novo corpo e a adaptação a um novo estilo de vida que surge para melhorar o seu enfrentamento e sua qualidade de vida com a doença.

Então, a minha saúde é boa, tá tudo controlado. Eu tomo os remédios tudo direitinho, sabe? Quer dizer que eu acho que [...] eu vou tocando a vida desse jeito aí até [...]. [...]Eu achava, achava não, ela mata. Se a pessoa não se cuidar, ela mata [...]. Eu me alimento bem, sabe? Eu não bebo [...]. Mas se você não se cuidar, ela mata mesmo [...]. (Sujeito 02). (Artigo 05).

³² I see the difference when someone that doesn't have the vírus that's my age. I could see the physical differences in a woman. The physical features are diferente. This sentimento was reinforced by another participant, who noted, "I think age plays a lot because I look at myself when I was twenty five and it's a big difference. Physically how I look now. And I know a lot of it is because I'm a woman with HIV that is over 50.

³³ Where I moved from, on the table in the clinic was a brochure, a Xeroxed page reminding us that it's a felony—you can be arrested --- if you, for example, have a sexual relationship and you do not disclose it. So yeah, there are lots of prohibitions. Lots of worries about abstinence. Or if you're not abstinent.

O que eu posso dizer, que com a minha idade que eu tô hoje, com sessenta e três anos, e com essa doença, até que eu tô indo longe de mais. Porque eu tenho, eu forço as coisas [...]. Então, eu evito das coisas. [...]. Eu procuro melhorar no sentido, assim, procurar me alimentar, tomar meus remédios certo, tudo, não tomar bebida alcoólica, não fazer extravagância, para ver se a gente vai dando mais uns passos. (Sujeito 03). (Artigo 05).

Antes disso, tomava uma cerveja, uma pinga, tomava um vinho [...]. Agora já não. De quatro anos para cá, só tomo refrigerante. "Assim cê atura", assim fala o médico, "assim, cê vai longe". Como na hora certa, descanso bastante, isso aí vale muito. [...]. (Sujeito 01). (Artigo 05).

Eu não tomo cerveja com álcool. Depois que eu comecei com o medicamento, parei. [...]. A única coisa que eu me preocupo é se um dia eles não fornecer mais esse medicamento, porque ele tá indo tão bem que eu tenho medo de ficar sem ele. Então, eu me preocupo, não deixo faltar, porque eu acho importante. Depende do tratamento a qualidade de vida. (Sujeito 04) (Artigo 05).

É, mudou, né? [...] Como eu disse para você, eu era baileira, né? Eu só não ia na segunda porque não tinha (risos), mas [...]. Eu larguei de ir ao baile, larguei de sair à noite para não tomar friagem, para não tomar um chuveiro [...]. Já tenho bastante idade, né? Agora, se eu não me cuidar um pouco [...]. E vivendo, eu tô vivendo bem, né? Não ligo porque eu tenho AIDS, eu só me cuido. Eu só me cuido, não faço extravagância [...]. [...] eu nunca mais tomei chuva, larguei de fumar, larguei de beber, porque eu bebia, né? Viajava [...]. Larguei tudo isso [...], procurando manter um pouco mais da minha saúde. (Sujeito 05). (Artigo 05).

"Eu mantenho um estilo de vida muito saudável, [I] dieta, exercício, a coisa toda e fazendo bem é o que conta. Então, eu estou em boa

forma por ter chegado tão longe, com esse diagnóstico. O que você está fazendo em quanto indivíduo para lidar com a condição? Eu acho que é como uma pessoa lida com ela mesma. Você pode entrar nisso ou combater isso".³⁴ Eric (idade 72) (Artigo 01).

5.8 SEXUALIDADES INVISÍVEIS

Atualmente, a grande dificuldade da AIDS em idosos esta na sua detecção. Nossos idosos estão cada vez mais expostos a situações de vulnerabilidade e riscos, e contribuindo para isto está a sociedade que enxerga a terceira idade como um grupo assexuado, estimando que os mesmos sejam monogâmicos, façam pouco sexo ou mesmo que não possuam nenhuma atividade sexual. Auxiliando na dificuldade para o diagnóstico ainda estão todas as múltiplas patologias ao qual o idoso está vulnerável (SERRA; LIMA; SARDINHA, 2011).

5.8.1 Diagnóstico tardio

Os sintomas da AIDS associam-se inúmeras vezes a outras doenças, o que dificulta e retarda o diagnóstico correto deste paciente. O profissional de saúde ainda possui dificuldade em associar a sexualidade com os idosos, ou mesmo saber reconhecer que este grupo necessita de cuidados específicos com relação a promoção e proteção de sua saúde sexual (SERRA; LIMA; SARDINHA, 2011). Essa maneira como os profissionais de saúde ainda veem e se portam diante da sexualidade dos idosos torna a experiência de diagnóstico ainda mais árdua, assim como referidos nos **artigos 02 e 08**, os participantes relatam a dificuldade que os médicos possuem em diagnosticar o HIV/AIDS.

“Médico nenhum pensa, primeiro, que a gente pode ter AIDS” (Artigo 02).

³⁴ “I maintain a very healthy lifestyle, [I] diet, exercise, the whole thing and doing well is what counts. So, I’m in pretty good shape for being this far along with the diagnosis. What are you doing as an individual to cope with the condition? I think it’s how a person handles it himself. You could either give in to it or you can fight it.” (Eric)

Ninguém desconfia que velho tem (AIDS) (E6) (Artigo 02).

Aí internei, depois saí do hospital e continuava a mesma diarreia e perda de apetite [...] o médico não achava nada [...] não pedia nada. Médico nenhum pensa primeiro que a gente pode ter AIDS. (E1); (Artigo 02).

Fui num médico, fui noutro, ele tirou radiografia. O remédio que eu estava tomando parece que era errado [...] Disseram que era de herpes e que precisava de otorrino. Aí foi que eu fui no otorrino e ele me indicou para o doutor que pediu o exame desse trem que ocois fala. Eu fiquei no hospital onze dias, eu não vi o exame, a doutora só falou, não me mostrou. Eu também nem podia imaginar que tinha. (E7). (Artigo 02).

"Os médicos não olhariam se você fosse susceptíveis de ter HIV, mesmo se eles estivessem vendo os mesmos sintomas." ³⁵Christa (Artigo 08).

5.8.2 Estereótipos

Quando diagnosticados com a doença os próprios idosos possuem a dificuldade de associar a AIDS à idade avançada. No **artigo 04** os sujeitos não conseguem conceber a questão de serem idosos e portadores de um vírus/doença incurável ou que é característico de outros grupos jovens. Procuram buscar explicações que auxiliem no enfrentamento da situação, e que diminuam a sensação de impressão que os outros vão ter sobre a sua nova condição.

³⁵ "Doctors would not even have looked at you as being likely to have HIV even if they saw the same symptoms." (Christa)

O estereótipo é essa impressão, que é considerada como uma forma de discriminação social bastante vista, assim como referida no **artigo 08**, as pessoas não conseguem envolver a sexualidade na terceira idade, e muito menos a vulnerabilidade que este grupo corre.

*Eu acho muito esquisito alguém na minha idade ter esse vírus... (S1)
(Artigo 04).*

*Olha, eu não gosto muito desse negócio não... tô muito confusa. (S2)
(Artigo 04).*

Mudou pra mim mesmo...Me sinto outra pessoa. (S1) (Artigo 04).

*Ele vai ser velho e ele vai ficar doente e ele vai ficar no hospital e, você sabe o que vai fazer para você. Você deve realmente estar comigo. Eu sou mais jovem e podemos ter bons momentos juntos.³⁶
Paul (Artigo 08).*

"Em alguns casos, eu acredito que as pessoas mais velhas são tratadas em um padrão diferente que, bem, pelo amor de Deus, você deveria conhecer melhor."³⁷ Christa (Artigo 08).

5.8.3 Negligência social

Tratar de sexualidade na terceira idade ainda é um tema de difícil aceitação, pois a população em geral, sejam os próprios idosos, os profissionais de saúde, a família ou a comunidade em geral tendem a negligenciar esta questão. A ideia de que a pessoa idosa avança na idade e declina na atividade sexual, tem sido um dos fatores pelo qual a saúde do idoso em relação a sua sexualidade tem sido deixada de lado (PROVINCIALI; FIGUEIREDO, 2005). A insatisfação expressa pelos participantes (**artigos 04 e 08**)

³⁶ He's going to be old and he'll get sick and he'll be in the hospital and, you know what that will do to you. You should really be with me. I'm younger and we can have a far better time together. (Paul)

³⁷ "In some cases I believe older people are held to a different standard that, well, for crying out loud, you should have know better." (Christa)

demonstra a falta de conhecimento que as pessoas têm sobre o assunto, e conseqüentemente, a impossibilidade de associar o idoso à AIDS.

Eu achava esquisito tudo que meu marido sentia eu sentia [...] Eu dizia pra minha filha [:] por que não me levam para fazer exame de AIDS? E ela dizia que isso era impossível...] (S3) (Artigo 04).

*"O fato de que nós somos cinquentões, de que nós somos velhos e avó de alguém, isso não pode ser você."*³⁸ *Juanita (Artigo 08).*

*" há um grande número de pessoas que dizem -- você é muito velho para ter esta doença."*³⁹ *Wayne (Artigo 08).*

A sexualidade em idosos ainda se trata de algo invisível diante dos profissionais de saúde e da população em geral. O HIV/AIDS em idosos já se tornou uma questão de saúde pública, necessitando de medidas de prevenção que alcance cada vez mais esse grupo. Levar informação é algo extremamente importante, porém, ainda mais necessário é que essas pessoas sejam educadas em relação à doença e exercício de sua sexualidade. Desmistificar o caráter proibido da sexualidade na população idosa é o primeiro passo para a quebra de tabus e reconhecimento da real vulnerabilidade que este grupo, enquanto ignorados socialmente, apresenta. Esforços que deveriam começar por autoridades da saúde pública, até mesmo pelo incentivo a educação do profissional desde sua formação inicial até o desenvolvimento de estudos no tema por programas de pós graduação, estas medidas são o ponta pé inicial para a mudança no pensamento coletivo que discrimina e invisibiliza o óbvio.

As evidências deste estudo foram sintetizadas e apresentadas em metassíntese, de acordo com as categorias e frases utilizadas. É importante ressaltar que os níveis de evidência foram acessados, porém por se tratar de estudo de conclusão de curso, a força da evidência não foi analisada por outros aspectos metodológicos, passo que deverá ser feito em estudo posterior de pós-graduação.

³⁸ "The fact we [are] 50, we're old and somebody's grandma, it can't be you." (Juanita)

³⁹ "there's a lot of people that go—'you're awfully old to have this disease.'" (Wayne)

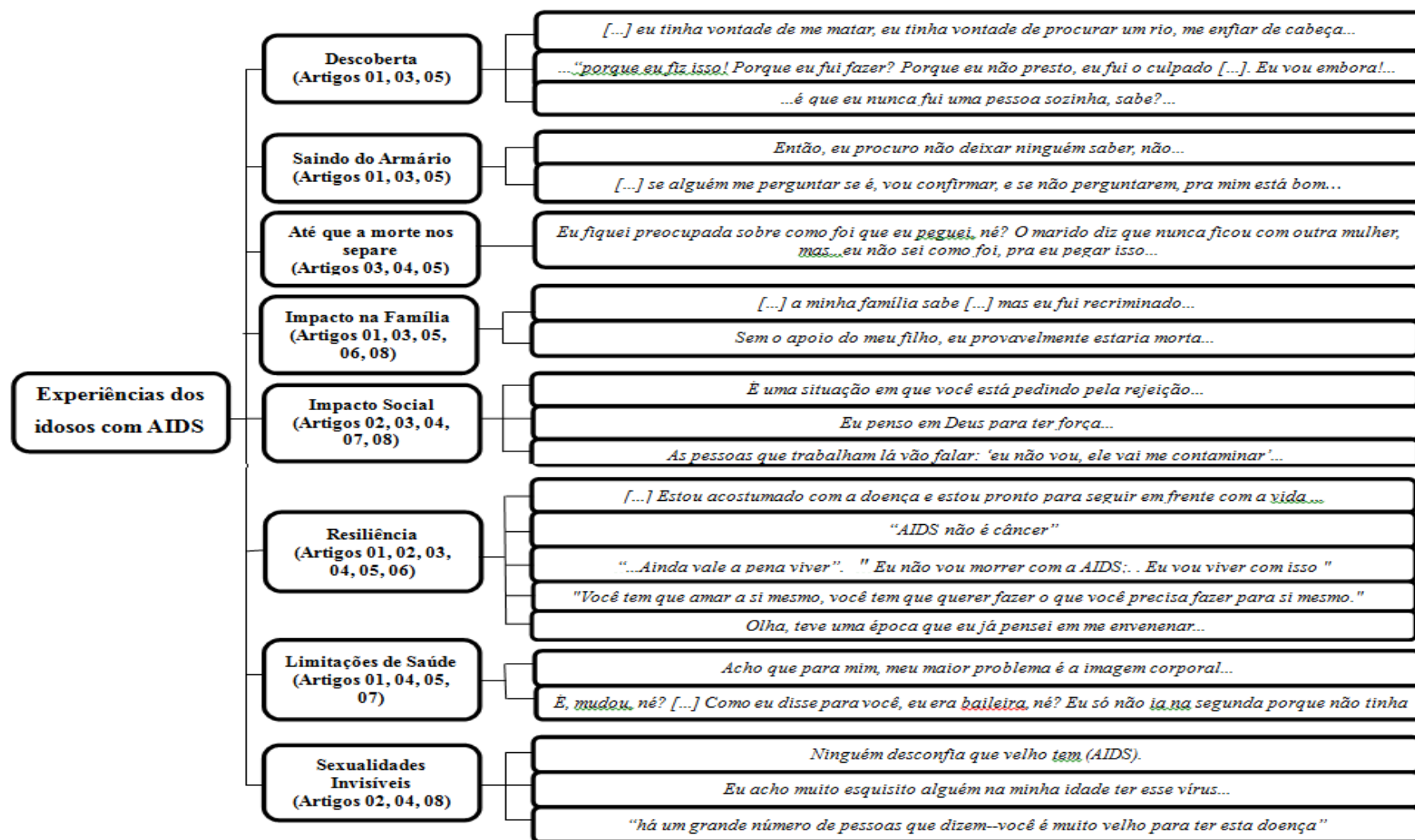


Figura 2 - Metassíntese dos estudos incluídos na revisão. Juína-MT, 2015

6 CONCLUSÃO

Este estudo propôs a seguinte questão norteadora: **Quais as evidências científicas qualitativas sobre as experiências de idosos portadores de HIV/AIDS?**

Os achados foram divididos em 8 (oito) categorias principais: a descoberta da doença, saindo do armário, até que a morte nos separe, impacto na família, impacto social, resiliência, limitações de saúde e sexualidades invisíveis. Essas oito categorias ainda foram subdivididas para representar os sentimentos e experiências mais relatados por portadores de HIV/AIDS na terceira idade.

A análise das evidências disponíveis deixam claro que o conhecimento acerca do HIV/AIDS, neste grupo, ainda é insuficiente e que as únicas representações que essa população tem sobre a doença, é a ideia errônea de que a doença é incurável e indubitavelmente mortal. Utilizam fatores como a associação a outra doença (câncer ou outras doenças potencialmente letais) como forma de aceitar a infecção pelo vírus HIV, e quando isso não se torna suficiente para aceitar essa nova condição a culpa e a solidão se manifestam.

A descoberta da doença não é algo fácil de se aceitar, muitos pacientes relatam desespero com o novo diagnóstico, e esse sentimento não é algo restrito ao paciente, envolve também sua família. As tensões familiares em torno da nova condição, gera conflitos e a mesma sensação de desespero frente ao “diagnóstico mortal”, em alguns casos estes inclusive se afastam do soropositivo.

Contar sobre a doença não é uma escolha simples de se fazer, alguns idosos relataram esconder sua situação, outros contavam apenas para a família, e poucos abriam sua condição para a sociedade. Esse comportamento não é difícil de ser entendido, o medo da discriminação e do preconceito é um dos fatores mais preponderantes quando se trata do HIV e da AIDS. Diante do exposto, o impacto expressado pela comunidade em relação a idosos soropositivos é ainda maior que em outros grupos.

Apesar de ser uma doença cercada por estigmas complexos, muitos idosos apresentaram-se tranquilos em relação a doença, com bom enfrentamento, mantendo um estilo de vida saudável e qualidade de vida adequada.

Os grandes vilões dessa história ainda são o preconceito, o desconhecimento e o tabu. Questões que fazem com que os idosos fiquem a mercê de cuidados e vulneráveis. Há

dificuldade em associar o HIV/AIDS com os idosos, está barreira social alcança inclusive profissionais da saúde que por vezes também ignoram esta população, fator que retarda a detecção precoce do diagnóstico e aumenta o risco de complicações relacionadas à doença.

Invisibilizados, estes, que tanto contribuíram para construção do nosso presente seguem negligenciados por família, amigos e saúde pública. Tratados como seres assexuados, como se esta doença, cercada por estereótipos e clichês, fosse moderna demais para atingi-los.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, CF; ANDRADE, M. **Promoção da Saúde na prevenção de Hiv/Aids em pessoas com 60 Anos ou mais**. Rio de Janeiro, v.4, n.2.p.22-24, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/prevenhiv2.2.2008.pdf>>. Acesso em: 04 de abril de 2015.

ALMEIDA, MRCB. **A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral**. Curitiba, 2004. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oAlmeida.pdf>>. Acesso em: 02 de junho de 2015.

ANDRADE, HAS; SILVA, SKS; OLIVEIRA, MIPO. AIDS EM IDOSOS: VIVÊNCIAS DOS DOENTES. **Esc Anna Nery**, Pará out-dez; 14 (4):712-719, 2010.

AYRES, JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo v.6, n.11, p.11-24, 2002.

BASTOS; CC; CLOSS, VE; PEREIRA, AMVB; BATISTA, C; IDALÊNCIO, FA; CARLI, GA; GOMES, I; SCHNEIDER, RH. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a auto percepção de saúde e o sentimento de felicidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. Rio de Janeiro, vol.15 no.1, 2012.

BERNARDO, R; CORTINA, I. Sexualidade na terceira idade. **Rev Enferm UNISA.**; 13(1): 74-8, 2012.

BEZERRA, IMP, MARTINS, AAA; VIEIRA, GF; ALBUQUERQUE, GA; ANTÃO, JYFL; ABREU, LC; MACHADO, MFAS. **Atuação Dos Enfermeiros Da Saúde Da Família Na Promoção E Prevenção Do Hiv/Aids**: Desvelando O Processo De Trabalho Em Saúde. [S.I.:s.n.], 2013. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/71/2013_71_7463.pdf>. Acesso em: 27 de março de 2015.

BORGES, CI; PEREIRA, GS. Conhecimento sobre HIV/Aids de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. **Esc Anna Nery**, out-dez; 14 (4):720-725, 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2009. Disponível: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2015.

BRASILEIRO, M; FREITAS, MIF. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AIDS DE PESSOAS ACIMA DE 50 ANOS DE IDADE, INFECTADAS PELO HIV. **Rev Latino-am Enfermagem**, setembro-outubro; 14(5), 2006.

BRITO, AM; CASTILHO, EA; SZWACWALD, CL. Aids e infecção pelo vírus HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Vol. 34, nº 2 Uberaba Mar/Apr. 2001.

CASTELLANI, MMX, MORETO, MLT. **Contar ou não contar, eis a questão: um olhar psicanalítico sobre a experiência da revelação diagnóstica de HIV, em jovens infectados por transmissão vertical.** São Paulo, 2014. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-16032015-102901/pt-br.php>>. Acesso em: 15 de agosto de 2015.

CATUSO, MC. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 4, dez. 2005.

CLOSS, SJ; CHEATER, FM. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. **J. Adv. Nurs.**, vol 30, n 1, p 10-17, 1999.

CONFORTO, E. C.; AMARAL, D. C.; SILVA, S. L. D. Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. 8o Congresso Brasileiro de Gestão de Desenvolvimento de Produto - CBGDP. **Anais.** p.1-12,. Porto Alegre, 2011.

COSTA, LHR; COELHO, EC. Almeida de. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 19(3), maio-jun, 2011.

CRUZ, FS; COELHO, AEL. **Famílias vivendo com HIV/AIDS em Campo Grande:** Estratégias de enfrentamento, apoio social e qualidade de vida. Campo Grande – Mato Grosso do Sul, 2005. Disponível em: < <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/7748-familias-vivendo-com-hiv-aids-em-campo-grande-estrategias-de-enfrentamento-apoio-social-e-qualidade-de-vida.pdf>>. Acesso em: 17 de novembro de 2015.

DRUMMOND, J. P. Introdução. In: DRUMMOND J. P., Silva E. **Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico.** São Paulo: Atheneu. p. XI-XII, 1998.

EMLET, CA. “You’re Awfully Old to Have This Disease”: Experiences os stigma and ageism ins adults 50 years and older living with HIV/AIDS”. **The Gerontologist**, 46 (6): 781-790, 2006.

EMLET, C A; TOZAY, S; RAVIES, VH. “I’m Not Going to Die from the AIDS”: Resilience in Aging with HIV Disease. **The Gerontologist**. Vol. 51, No. 1, 101–111, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Grall. Do original em francês: Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir, 1988.

FRANÇA, ISX, BAPTISTA, RS. A construção cultural da sexualidade brasileira: implicações para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, mar-abr; 60(2):202-6, 2007.

GARCIA, ORZ; LISBOA, LCS. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para a assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; 21(3): 708-16, 2012.

GIR, E; NOGUEIRA, MS; PELÁ, NTR. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 8 - n. 2 - p. 33-40 - abril 2000.

GUIMARÃES, DA; SILVA, LC; AZEVEDO, EE; CASSÉTTE, JB; SOARES, LA; MORAIS, RA; PRADO, TS. **Envelhecimento e HIV: Impactos psicossociais do diagnóstico de pacientes idosos atendidos no SAE _ Serviço de Assistência Especializada – do Município de Divinópolis, Minas Gerais**. Minas Gerais, 2013. Disponível em: <<http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=24&id=5816>>. Acesso em: 17 de novembro de 2015.

HUMPRIS, D. **Types of evidence**. In: HAMER, S.; COLLINSON, G. Achieving evidence-based practice: a handbook for practitioners. London: Baillière Tindall. p.13-40, 1999.

Joanna Briggs Institute .2014. **Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Best Practice: Evidence Based information sheets for health professionals**. Disponível em: <<http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-SupportingDocuments.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2015.

KUTEESA, MO; WRIGHT, S; SEELEY, J; MUGISHA, J; KINYANDA, E; KAKEMBO, F; MWESIGWA, R; SCHOLTEN, F. Experiences of HIV-related stigma among HIV-positive older persons in Uganda – a mixed methods analysis. **SAHARA J**, Jan 2; 11(1): 126–137, 2014 .

LAROQUE, MF; ALFFEDT, AB; CARDOSO, DH; SOUZA, GL; SANTANA, MG; LANGE C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/ AIDS. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) dez;32(4):774-80, 2011.

LAZZAROTTO, AR; KRAMER, AS; HÄDRICH, M; TONIN, M; CAPUTO, P; SPRINZ, E. O conhecimento de HIV/Aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6):1833-1840, 2008.

LEITÃO, IB. **A importância da sexualidade na constituição do psiquismo um olhar psicanalítico**. Espirito Santo, 2014. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0825.pdf>>. Acesso em: 30 de março de 2015.

LOPES, ALM; FRACOLLI, L Aparecida. Revisão Sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 771-8, 2008.

MACHIESQUI, SR; PADOIN, SMM; PAULA, CC; RIBEIRO, AC; LANGENDORF, TF. Pessoas acima de 50 anos com aids: implicações para o dia-a-dia. **Esc. Anna Nery** vol. 14 nº 4, Rio de Janeiro Oct/Dec. 2010.

MALLMANN, DG; VASCONCELOS, EMR. **Necessidades De Educação Em Saúde Dos Idosos À Luz Da Teoria De Madeleine Leininger**. Recife, 2014. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/ppgenfermagem/images/danielli.pdf>>. Acesso em: 23 de março de 2015.

MARQUES, AP; MONTILLA, DER; ALMEIDA, WS; ANDRADE, CLT. Internação de idosos por condições sensíveis a atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**;48(5):817-826, 2014.

MARSHIO, MBM; BALBINO, AP; SOUZA, PFR; KALINKE, LP. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm**. Vol. 32, nº3 Porto Alegre. Sept, 2011.

MCSHERRY; R, PROCTOR-CHILDS T. Promoting evidence-based practice through an integrate model of care: patient case studies as a teaching method. **Nurse Educ Pract**;1(1):19-26, 2001.

MELNYK, B.M; FINEOUT-OVERHOLT E. Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based practice in the 21st century. **J Prof Nurs**. Nov-Dec;21(6):335-44, 2005.

MORAIS, FRC; PENNA, LHG; PROGIANTI, JM. **A construção do conceito da sexualidade no contexto da enfermagem**. [S.l. : s. n.], 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/538/pdf_44>. Acesso em: 23 de abril de 2015.

MORAES, ACF. **Prevenção ao HIV/Aids para idosos: um desafio programático**. São Paulo, 2011. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gerencia-de-prevencao/trabalhos-curso-nepaids/moraes_acf.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2015.

MOURA, I; LEITE, MT; HILDEBRANDT, LM. Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 132-140, jul./dez. 2008.

MOTA, M; (org). **HIV-AIDS 7 Virtual Congress: O HIV/SIDA na criança e no idoso**. Santarém-PA, 2007. Disponível em: <<http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/consultoria/LIVRO%20VII%20CONGRESSO%20VIRTUAL%20HIV%20AIDS%20o%20hiv%20aids%20na%20crian%C3%A7a%20e%20no%20idoso.pdf#page=21>>. Acesso em 22 de abril de 2015.

NEVES, RLRM; MORAIS, LT; MENDES, PMS; SOUSA, MCP; SANTO, ACGE; Sentimentos vivenciados por mulheres infectadas pelo HIV por meio do parceiro fixo. **Revista Interdisciplinar NOVAFAP**, Teresina. v.3, n.3, p.26-32, Jul-Ago-Set. 2010.

PAIVA, V; AYRES, JRCM; SEGURADO, AC; LACERDA, R; SILVA, NG; SILVA, MH; GALANO, E; GUTIERREZ, PL; MARQUES, HHS; NEGRA, MD; FRANÇA-JR, I. A sexualidade de Adolescentes Vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciênc. saúde coletiva** vol.16 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2011.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.11, p.25-38, 2002.

PAIVA, V; PUPO, LR; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev Saúde Pública**;40(Supl):109-119, 2006.

PARKER, Richard; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):89-102, 2000.

PASCUAL, CP. **A sexualidade do idoso vista com novo olhar**. Editora Loyola, São Paulo, Brasil, 2000.

PROVINCIALI, RM; FIGUEIREDO, MAC. **O convívio com HIV/AIDS em pessoas da terceira idade e suas representações: vulnerabilidade e enfrentamento**. Ribeirão Preto - SP, 2005. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CEkQFjAFahUKEwig5vHSvJbJAhVCGh4KHW4YBX4&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F59%2F59137%2Ftde-09022007->>

155352%2Fpublico%2FRenataMariaProvinciali.pdf&usg=AFQjCNHn4C2_Phqq6qy_515Go sEKL7VMYw&sig2=9FpeU7hxSnYmuXplo-S_EA&cad=rja>. Acesso em 16 de novembro de 2015.

PSAROS, C; BARINAS, J; ROBBINS, GK; BEDOYA, CA; SAFREN, AS; PARK, ER. Intimacy and Sexual Decision Making Exploring the Perspective of HIV Positive Women Over 50. **AIDS Patient Care STDS**. Dec; 26(12): 755–760, 2012.

RESSEL, LB; GUALDA, DMR. A Sexualidade Na Assistência De Enfermagem: Reflexões Numa Perspectiva Cultural. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) dez;25(3):323-33, 2004.

RODRIGUES, LCB. **Vivência da Sexualidade de Idosos (as)**. Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: <http://www.argo.furg.br/bdtd/tde_arquivos/9/TDE-2009-01-30T111651Z-130/Publico/Luiz.pdf>. Acesso em: 29 de março de 2015.

SÁ, AMS; CALLEGARI, FM; PEREIRA, ET. **Conviver com HIV/AIDS: Concepções de pessoas com idade acima de 50 anos**. Ser Social, Brasília, n.21, p. 259-284, jul/dez, 2007.

SAMPAIO; RF E MANCINI; MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.

SEIDL, EMF; MELCHIADES, A; FARIAS, V; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2305-2316, out, 2007.

SERRA, A; SARDINHA, AHL; PEREIRA, ANS; LIMA, SCVS. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde debate** vol.37 no.97 Rio de Janeiro Apr./June 2013.

SERRA, A; LIMA, SCS; SARDINHA, AH. **Conhecimentos, aspectos comportamentais e percepções de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos em um centro de referência estadual do Maranhão**. São Luís, 2011. Disponível em: <http://www.tedebr.ufma.br/tde_arquivos/16/TDE-2011-12-09T113414Z-603/Publico/Dissertacao%20Allan.pdf>. Acesso em: 16 de novembro de 2015.

SILVA Jr, FJG, MARQUES, ACS; MACEDO, LM; BARBOSA, TDN; ROCHA, FCV. **A visão do idoso sobre sua sexualidade: uma contribuição da Enfermagem**. Fortaleza, 2009. Disponível em: < http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00036.pdf>. Acesso em: 24 de março de 2015.

SILVA, L.C; FELÍCIO, E.E.A.A; CASSÉTTE, J.B; SOARES, L.A; MORAIS, R.A; PRADO, T.S; GUIMARÃES, D.A. envelhecimento e hiv: impactos psicossociais do diagnóstico de pacientes idosos atendidos no sae – serviço de assistência especializada – do município de divinópolis, minas gerais. Minas Gerais, 2013. Disponível em: <
<http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=24&id=5816>>. Acesso em: 17 de agosto de 2015.

SILVA, LMS; TAVARES, JSC. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão de literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(4):1109-1118, 2015.

SILVA, MM; VASCONCELOS, ALR; RIBEIRO, LKNP. **Caracterização Epidemiológica dos casos de Hiv/Aids em pessoas com 60 anos e mais, Residentes no Estado de Pernambuco, entre os anos de 1998 a 2008**. Recife, 2012. Disponível em: <
<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012silva-mms.pdf>>. Acesso em: 30 de março de 2015.

SILVA, EM, MELO, GL; CARVALHO, MM; SILVA, JC; LUZ, VLES O significado da sexualidade para o idoso assistido pela estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.4, p.30-35, Out-Nov-Dez. 2011.

SILVA, AA; SOUZA, MR; FLORES, MFS; LIMA, NB. **AIDS NA TERCEIRA IDADE: uma revisão da literatura**. Governador Valadares, 2008. Disponível em:<
[http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Aidsnaterceiraidadeumarevisaodaliteratura.p](http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Aidsnaterceiraidadeumarevisaodaliteratura.pdf)
[df](http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Aidsnaterceiraidadeumarevisaodaliteratura.pdf)>. Acesso em: 27 de março de 2015.

SOCCI, V; MELLO, GM. **A importância da vivência da sexualidade: opinião de mulheres com mais de 60 anos**. São Paulo, Mogi das Cruzes, [ca. 2011]. Disponível em:
 <http://www.umc.br/_imgs/XV_congresso/artigos/Gisele%20Maria%20de%20Mello.pdf>.
 Acesso em: 04 de abril de 2015.

SOUZA, LAF; SABATINE, TT.; MAGALHÃES, BR. **Michel Foucault. Sexualidade, corpo e direito**. Marília, 2011. Disponível em: <
http://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/foucault_book.pdf>. Acesso em: 30 de março de 2015.

SOUZA, TRC. **Impacto psicossocial da AIDS. Enfrentamento perdas... Ressignificando a vida**. São Paulo, 2008. Disponível em: <
http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/tese_impacto_psicossocial_da_aids_alt_31-10-08.pdf>. Acesso em: 19 de novembro de 2015.

STETLER, C.B. et al., Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **JONA**, v. 28, n. 7-8, p. 45-53, 1998.

SZWARCWALD, CL; CASTILHO, EA. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 Sup 1:S4-S5, 2011.

TEIXEIRA, MM; ROSA, PR; SILVA, SN; BACAICOA, MH. O enfermeiro frente a sexualidade na terceira idade. **Revista da Universidade Ibirapuera** - São Paulo, v. 3, p. 50-53, jan/jul 2012.

THIENGO, MA; OLIVEIRA, DC; RODRIGUES, BMRD. Representações sociais do HIV/Aids entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, 39(1):68-76USP, 2005.

TORRES, GV; RUFFINO, MC. Competência técnica na prevenção do HIV/Aids: Validação de um instrumento. **Rev Latino-am Enfermagem**, novembro-dezembro; 9(6):7-12, 2001.

VERAS, RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos do atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(10):1834-1840, out, 2012.

ZAMPIERI, AMF. **Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS**. Ed. Agora, 2004.