

Introdução

A população idosa segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é aquela que apresenta idade igual ou superior a 60 anos para habitantes que residem em países em desenvolvimento como o Brasil e 65 anos de idade ou mais para pessoas de países desenvolvidos¹. Enquanto o processo de envelhecimento populacional é compreendido por mudanças psicológicas, biológicas, sociais e culturais. Atualmente, tem-se percebido um crescimento significativo dessa população, esse processo destaca-se pela redução das taxas de mortalidade, diminuição da natalidade e elevação da expectativa de vida, concomitantemente, implicam para o aumento do grupo de pessoas idosas. Ao passo que mais pessoas atinge idades mais elevadas modifica a estrutura etária da população, o que significa, que ocorre mudanças no padrão de doenças².

Nesse cenário de envelhecimento populacional encontra-se uma problemática, o HIV/AIDS. O vírus da HIV é um retrovírus que invade o sistema imunológico replicando nos linfócitos T CD4+ fazendo cópias de si mesmo rompendo as células de defesa em busca de outras novas para dar continuidade à infecção. Enquanto a AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) é caracterizada quando o indivíduo apresenta sinais e sintomas da doença, com a supressão das células deixa o organismo vulnerável ao surgimento de doenças oportunistas, uma vez que o sistema imunológico se encontra deficiente³⁻⁴. Associado a isso, a introdução da terapia antirretroviral (TARV) a qual atua inibindo a replicação do vírus nas células possibilita uma melhor qualidade de vida nas pessoas com diagnóstico de HIV/AIDS

ampliando a sobrevivência dessas pessoas e contribuindo para que alcancem a velhice⁵.

Embora a maior incidência dos números de casos de AIDS esteja concentrada em indivíduos jovens, registros apontam um aumento gradativo do número de casos entre pessoas idosas nos últimos anos. Tem-se percebido também uma mudança no perfil epidemiológico, quando inicialmente essa faixa etária eram menos afetados⁶. No passado, a sexualidade entre idosos era negada e pouco discutida, era visto como tabu tanto pelos idosos quanto pela sociedade, entretanto, no contexto atual, a vida sexualmente ativa nessa faixa etária é influenciada pelos avanços da indústria farmacêutica com a inovação de medicamentos que melhora o desempenho sexual, reposição hormonal somada a confiança nos parceiros não exigindo o uso do preservativo tornando estes vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis (IST's)⁷⁻⁸. Outra temática pertinente frente aos idosos convivendo com HIV/AIDS é o estigma diante à patologia, sabe-se que o diagnóstico positivo causa intenso impacto na saúde física e mental dos portadores, assim além dos danos físicos provocados pela doença enfrentam o sentimento de culpa, o julgamento e o medo da não aceitação por parte da sociedade⁹.

Destarte, o diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS tem impacto não apenas na pessoa infectada como também no parceiro afetivo sexual, familiares e amigos. Entende-se que a família e a rede de amigos têm participação importante no apoio ao enfrentamento à doença, o que acontece é que o receio do preconceito e o medo da rejeição colaboram para que os portadores escondam o diagnóstico, enfrentando sozinho sua nova condição¹⁰. Por outro

lado, o respeito por parte dos profissionais e o apoio familiar contribuem para a formação da autoimagem desses idosos e principalmente a adesão a terapia antirretroviral (TARV) possibilitando mudança na condição de vida dessas pessoas^{2,11}.

Nesta perspectiva, o presente artigo tem como objetivo avaliar a funcionalidade familiar em idosos vivendo com HIV/AIDS.

Material e Método

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo com abordagem quanti-qualitativa. Esta pesquisa foi desenvolvida em um Centro de Atenção e Apoio especializado de referência em atendimento para pessoas convivendo com IST's e HIV/AIDS em um município baiano. Participaram do estudo 26 idosos a partir de sessenta anos de idade diagnosticados com o HIV/AIDS e que fazem tratamento no centro de referência da cidade. Assim, os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade igual ou superior a 60 anos e estar cadastrado na unidade de referência da cidade. Nesse sentido os critérios de exclusão limitaram-se a idosos com déficit cognitivo que impossibilite a participação na pesquisa.

Os instrumentos para coleta de dados desta pesquisa foram: roteiro semiestruturado, questionário para busca em portuário e questionário com dados sociodemográficos e de saúde da pessoa idosa, todos construídos pelo pesquisador. O instrumento validado no âmbito nacional: Apgar de Família, para avaliação da funcionalidade familiar e o Mini-exame do estado mental na forma reduzida, para avaliar o estado mental (condições cognitivas) dos idosos, é empregado para rastrear a presença ou não de comprometimento cognitivo, é composto por 10 questões de certo e errado¹².

O APGAR de Família é composto por cinco questões, uma para cada domínio de avaliação, cujas opções de respostas são: sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0). Com a pontuação total variando de 0 a 10, com a classificação de 0 a 4, elevada disfunção familiar; de 5 a 6, moderada disfunção familiar; e de 7 a 10, boa funcionalidade família¹³.

A entrevista semiestruturada com roteiro composto de núcleos temáticos e/ou questões abertas aplicado pelo próprio pesquisador aos idosos selecionados, o roteiro é composto de perguntas que ajudaram a entender o objetivo do estudo. A análise retrospectiva dos prontuários e foi realizada com objetivo de buscar dados que possam ter sido suprimidos na entrevista, referente a trajetória da pessoa idosa no serviço desde a sua admissão.

Os dados foram inicialmente inseridos em uma planilha do Excel e em seguida transportados para uma planilha do Programa Estatístico SPSS versão 21.0, onde foi realizada a análise descritiva dos dados. A análise dos dados qualitativos ocorreu com a utilização da análise do conteúdo de Bardin, que aconteceu após a transcrição completa dos dados das entrevistas. O método de análise do conteúdo proposto por Bardin consiste em três etapas fundamentais: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados: inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, resultou-se da escolha dos documentos a serem analisados pelo pesquisador, formulação das hipóteses e objetivos e a reparação formal do material. Na segunda fase ou fase de exploração do material foi realizado escolha das categorias e posteriormente colocadas as falas em grupos semelhantes acerca do tema proposto. Por fim,

na terceira e última fase foi realizado a interpretação dos resultados obtidos na pesquisa.

Este estudo foi realizado atendendo os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com as normas expressas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, Parecer nº 3.394.696.

Resultados e Discussão

Verificou-se no presente estudo uma maior frequência de idosos do sexo masculino (69,23%), estado civil referente a sem companheiro (65,38%), com escolaridade (84,62%), renda até 1 salário mínimo (69,23%), renda familiar acima de 1 salário mínimo (53,85%) e com filhos (53,85%) conforme tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis sociodemográficas. Vitória da Conquista/BA, 2020.

	N	%
Sexo		
Masculino	18	69,23
Feminino	8	30,77
Estado Civil		
Com companheiro	9	34,62
Sem companheiro	17	65,38
Escolaridade		
Não escolarizado	4	15,38
Com escolaridade	22	84,62
Renda		
Até 1 salário mínimo	18	69,23
Acima de 1 salário mínimo	8	30,77
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	12	46,15
Acima de 1 salário mínimo	14	53,85
Filhos		
Sim	22	84,62
Não	4	15,38
Total	26	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

A amostra da população de estudo foi composta de idosos que convivem com HIV/AIDS de ambos os sexos, no entanto, destaca-se o predomínio de idosos do sexo masculino reafirmando que os homens ainda são os mais acometidos pela doença como comprova os dados registrados no SINAN (Sistema de Informação de agravos de notificação)¹⁴. Todavia, o número de casos da infecção cresceu entre as mulheres idosas, esse aumento baseia-se na vulnerabilidade feminina devido à exposição ao vírus por meio de relações sexuais desprotegidas com o companheiro aliado a impossibilidade de uma gravidez. Alguns idosos ratificaram que antes de serem diagnosticado positivo para HIV consideravam a infecção uma realidade distante, com o pensamento que a contaminação não aconteceria com eles justificando o motivo de não usar o preservativo¹⁵⁻²³.

A predominância de idosos sem companheiros no presente estudo compõe como fator importante para relações amorosas desprotegidas contribuindo para o aumento da chance de contrair o vírus da HIV¹⁶. Quanto à escolaridade das pessoas idosas, esta pesquisa identificou que 22 dos idosos estudados possuem escolaridade (84,62%), tal achado vai em direção oposta à literatura onde expõe que pessoas com menor grau de escolaridade são as mais atingidas pela infecção. Nesse sentido, o grau de escolaridade é um importante fator para adesão ao tratamento antirretroviral, essas pessoas tendem a associar melhor as informações e o uso recorrente do preservativo¹⁷.

Ademais, a análise dos dados permitiu conhecer os motivos que levam o indivíduo a não compartilhar sobre o diagnóstico de HIV/AIDS com a família. Os resultados dessa pesquisa o achado mais importante

foi referente ao diagnóstico positivo ter acontecido antes dos 60 anos de idade, o que significa dizer que os idosos portadores dessa patologia estão envelhecendo com HIV/AIDS e o tratamento permite uma boa qualidade de vida, mostra também que a maioria dos idosos quando diagnosticados já estavam com imunodeficiência adquirida estabelecida¹⁸.

Essa realidade mostrou que a funcionalidade familiar pode ter relações familiares construtivas e destrutivas para a pessoa que convive com HIV/AIDS. No grupo família disfuncional grave (34,61%) as relações familiares são destrutivas, não auxiliam os indivíduos soropositivos no processo de enfrentamento dessa nova realidade como também podem interferir negativamente no desenvolvimento da sua autoimagem¹⁹.

As falas a seguir caracterizam as ações de uma família com disfunção grave e o quanto pode ser desastroso para os vínculos familiares e para o enfrentamento do diagnóstico de HIV/AIDS para a pessoa idosa.

Depois de uns quatro anos mais ou menos, eu entrei em contato com eles e contei, uns aceitaram, outros não, a família que eu considero é aqui, lá fora eu não considero família não. Quando eu vou na casa dos meus parentes, tem uns que não chega nem perto de mim. Tem uma irmã minha mesmo, que debochou pra caramba, eu falei para ela para tomar cuidado, porque mesmo jeito que aconteceu comigo, pode acontecer com qualquer pessoa (I-01).

A família já me descartou, eu também não ligo, eu não procuro. Com o desprezo da minha família, eu comecei a beber a me drogar. Aí minha vida descarregou, estragou tudo (I-05).

Tenho medo de quando eu morrer, alguém botar no laudo que foi o HIV que me matou. Porque aí a família inteira vai saber. Porque eles sempre me tiraram como a melhor da família, a mais moralista. Porque eu sou a mais velha entendeu? (I-27).

Em relação a funcionalidade familiar houve uma maior frequência de idosos classificados com família disfuncional grave (34,61%), segundo dados da tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo a funcionalidade familiar. Vitória da Conquista/BA, 2020.

	N	%
Família funcional (7-10 pontos)	8	30,77
Família disfuncional (< 6 pontos)	4	15,39
Família disfuncional leve (> 2 e < 7 pontos)	5	19,23
Família disfuncional grave (≤ 2 pontos)	9	34,61
Total	26	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

É possível perceber que a presença da AIDS na família funciona como uma pluralidade de emoções como medo, tristeza, depressão que podem surgir decorrente ao diagnóstico, no entanto, a falta do apoio familiar faz com que esses sentimentos sejam intensificados, assim, não falar da AIDS é uma forma do idoso se proteger das possíveis críticas sociais. Apesar da epidemia da AIDS ter acontecido em meados de 80 ainda é uma doença associada ao preconceito, estigma e exclusão social independente da idade⁹.

Em contrapartida, o grupo família funcional faz parte das relações familiares construtivas no qual a rede familiar auxilia o indivíduo no enfrentamento da doença e no desenvolvimento do seu protagonismo, nisso inclui o ato de apoio e cuidado, aconselhamento, incentivo de prosseguir no tratamento, dentre outras formas de auxiliar o indivíduo no processo de desenvolvimento pessoal, como podemos observar

nas falas em destaque, oriundas da análise das entrevistas¹⁹:

Eu vivo muito bem, as pessoas me consideram, gostam de mim, a minha família não teve preconceito nenhum, sou tratado como os outros, ou talvez até melhor. As pessoas de casa tiveram cuidado comigo tanto pela esquizofrenia, tanto pelo HIV, entendeu? A alimentação mais balanceada, essas coisas tudo eles tiveram cuidado comigo (I-06).

Minha família mudou, esses dois irmãos que eu tenho, são muito mais chegados agora, são os que mais cuidam de mim (I-07).

Teve assim aquele reboiço no começo, mas depois não teve mais nada, foram compreendendo e não teve mais problema nenhum não. Já faz cinco anos (I-29).

Conforme os resultados, o apoio familiar é um determinante que contribui positivamente no enfrentamento do HIV/AIDS e tem se mostrado que a figura da família fortalece e motiva no acompanhamento e tratamento para que os idosos possam enfrentar melhor a condição sorológica. Assim, o lazer com a família e a prática de atividade física são apontados como estratégias de desviar-se dos problemas decorrentes da doença²⁰.

Em relação ao comportamento da família quanto a revelação do diagnóstico, predominaram as respostas dos entrevistados uma mistura de aceitação de uma lado e negação por parte de outra família, sentimentos de medo, culpa, preocupação, susto e por fim incentivo ao tratamento, de forma mais grave ainda foi mencionado por um entrevistado que não possui contato com a família após revelação do diagnóstico²¹.

O estigma, a exclusão e o preconceito constroem as relações cotidianas destes idosos que convivem com HIV/AIDS em uma família disfuncional, como observado nas falas abaixo:

Minha cama é separada, minhas roupas, a comida minha é a mesma, mas meus pratos, meu garfo, minha colher, é tudo separado até a gente conseguir combater essa doença. Ter o máximo de cuidado (I-23).

Na minha família eu sofri muito preconceito e estou sofrendo até hoje. Por exemplo, eu tenho uma sobrinha que começou a separar as vasilhas e tudo, HIV não pega assim. e todos se afastaram de mim. Eu fiquei sentindo muito falta daquela interação deles com a minha pessoa. E comecei a sofrer, eles faziam uma reunião de família e não me convidava mais, eu fiquei sofrendo só por isso aí (I-26).

Isso deixa a gente assim, meia oprimida né? É porque você pensa, poxa tem pessoas da minha própria família que eu não uso o banheiro. Eu sei que não é contagioso, mas eu não uso. Porque eu tenho medo de algum dia essa pessoa chegar a saber, porque nada fica totalmente incluso né? Chegar sabe e trocar vaso, e aquilo deixa a gente mal né? (I-27).

Percebe-se nesses depoimentos que apesar de ter diversos estudos sobre o HIV, o conhecimento dos familiares relacionado a patologia ainda é limitado, alguns integrantes da família ainda assimilam o modo de transmissão ao compartilhamento de objetos. O afastamento das pessoas resulta-se pelo medo do contágio arraigado ao estigma da doença, desse modo, a falta de esclarecimento ainda é o responsável por eventos conflituosos pelos quais passam as pessoas que convivem com o vírus do HIV²².

Isso posto, a vivência de cada família também participante da história do indivíduo é singular e cada uma possui suas particularidades e limitações para enfrentar o contexto da doença. Neste sentido, a mãe, esposa e filhos sentem-se encarregados pelo cuidado da pessoa. É notório que a repercussão do novo diagnóstico gera mudança do relacionamento entre si e com a família, a dificuldade da aceitação e o medo do julgamento são mecanismos apontados que fazem com que a família mantêm a doença em segredo como

forma de auto proteção¹⁰⁻²³. O diagnóstico é dito a alguém confiável, é comum recorrer à mãe, filhos e esposas ou em alguns casos ocorre a omissão do diagnóstico, visto que alguns entrevistados não revelaram a soropositividade a ninguém⁸⁻¹⁰.

Seguindo esse pressuposto, é inegável a importância do funcionamento do centro de referência para HIV/AIDS, uma vez que essa rede de atendimento possa ser a única rede de apoio para esses indivíduos a qual possa confiar e falar abertamente sobre a doença e seus anseios⁸.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa permitiram concluir sobre os desafios encontrados pelos idosos que convivem com HIV/AIDS e como o estigma e a não aceitação familiar interferem no enfrentamento da doença e nos resultados do tratamento. No que tange à funcionalidade familiar, a maior parte das pessoas idosas que convivem com HIV/AIDS no estudo convivem em uma família disfuncional grave contribuindo para que os idosos mantenham em sigilo o diagnóstico da doença no seu núcleo familiar com repercussões negativas para o enfrentamento da doença. Contudo, outros idosos convivem com a estigmatização, isolamento e preconceito social.

Dessa forma, o presente artigo destaca-se a importância do apoio familiar e social que atuam de forma significativa na vida desses idosos, incentivando na adesão ao tratamento e preparando-os a não abandonar as atividades diárias. Por conseguinte, é sugerido maior ênfase em campanhas de saúde voltadas à essa população com o objetivo da desmitificação acerca da sexualidade nessa faixa etária bem como informações de medidas preventivas das demais IST's, esclarecimento e orientações

relacionado à HIV/AIDS. Esse apoio aliado as políticas públicas e o suporte por parte dos profissionais de saúde garantem uma melhor qualidade de vida a essa população.

Referências

1. Araújo GM, Leite MT, Hildebrandt LM, Oliveski CC, Beuter M. Idosos cuidando de si após o diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida. Rev Bras Enferm. 2018; 71(supl.2):793-800.
2. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional do Brasil. Hygeia - Rev Bras Geogr Méd Saúde. 2019; 15(32):69-79.
3. Lago DCSC, Rodrigues CX, Silva JBA, Brasil VN. HIV/AIDS na terceira idade: desafios no processo de convivência familiar e social. In: VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano (CIEH), 6, 2019, Campina Grande-PB. Anais... Campina Grande-PB: Editora Realize. 2019; 1-9.
4. Alves MA, Lopes RMDR, Barbosa A. As dificuldades enfrentadas pelo paciente idoso diagnosticado com o HIV: olhar do enfermeiro diante da problemática. Rev Saúde Foco. 2017; 9:691-700.
5. Aguiar RB, et al. Idosos vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. Cienc Saúde Coletiva. 2020; 25(2):575-584.
6. Brandão BMGM, et al. Representações sociais de idosos soropositivos acerca do HIV/AIDS. Rev Bras Enferm. 2019; 72(5):1349-1355.
7. Bittencourt GKGD, et al. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/AIDS para construção de diagnósticos de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015; 68(4):579-85.
8. Tavares MCA, Leal MCC, Marques APO, Zimmermann RD. Apoio social aos idosos com HIV/AIDS: uma revisão integrativa. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2019; 22(2):e180168.
9. Silva AO, Loreto MDS, Mafra SCT. HIV na terceira idade: repercussões nos domínios da vida e funcionamento familiar. Rev Pauta. 2017; 15(39):129-154.
10. Caliari JS, Teles AS, Reis RK, Gir E. Fatores relacionados com a estigmatização percebida de

peessoas vivendo com HIV. Rev Esc Enferm USP. 2017; 51:1-7.

11. Silva ADN, Santos AMGD, Cortez EA, Cordeiro BCA. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2015; 20(4):1109-1118.

12. Rubin EH, et al. A prospective study of cognitive function and onset of dementia incognitively healthy elders. Arch Neurology. 1998; 55: 359-401.

13. Ministério da Saúde. Aids/HIV: causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. 2017. Disponível em: <<http://portalm.sau.gov.br/sau-de-de-a-z/aids>>. Acesso em 05 fev 2019.

14. Ministério da Saúde. SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net. 2020.

15. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APDO. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. Ciênc Saúde Coletiva. 2020; 25(6):2051-2062.

16. Bezzera VP, et al. Vulnerabilidade de idosos ao contágio pelo HIV no contexto de práticas preventivas. Rev Enferm UFPE Online. 2014; 8(1):22-9.

17. Araujo KMSTD, et al. Avaliação da qualidade de vida de pessoas idosas com HIV assistidos em

serviços de referência. Ciênc Saúde Coletiva. 2020; 25(6):2009-2016.

18. Affeldt AB, Silveira MFD, Barcelos RS. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015; 24(1):79-86.

19. Lima Neta MIF. Configurações familiares de idosos que convivem com HIV/AIDS, Tese (doutorado em psicologia: psicologia clínica) - programa de estudos pós-graduados em psicologia: psicologia clínica, PUC-SP, São Paulo. 2017.

20. Silva RTS, et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com aids frente à situação da doença. Rev Latino Am Enferm. 2018; 26(e2985).

21. Silva LCD, et al. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/Aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015;18(4):821-833.

22. Francisco MTR, et al. O uso do preservativo entre os participantes do Carnaval- perspectiva de gênero. Esc Anna Nery. 2016; 20(1):106-113.

23. Araldi LM, et al. Pessoas idosas com o vírus da imunodeficiência humana: infecção, diagnóstico e convivência. REME - Rev Mineira Enferm. 2016; 20(e:948):1-8.