

# QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM MAIS DE 50 ANOS HIV+: UM ESTUDO COMPARATIVO COM A POPULAÇÃO GERAL

## QUALITY OF LIFE IN PEOPLE OVER 50 HIV+: A COMPARATIVE STUDY WITH THE GENERAL POPULATION

Josevânia SC Oliveira<sup>1</sup>, Flávio Lúcio A Lima<sup>2</sup>, Ana Alayde W Saldanha<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** o interesse pela qualidade de vida (QV) de pessoas com mais de 50 anos HIV+ se faz necessário por se tratarem de indivíduos com outras patologias associadas, próprias da velhice, que mascaram os sintomas, podendo ocasionar diagnóstico incerto ou inconclusivo. **Objetivo:** avaliar a QV em pessoas acima de 50 anos HIV+ e comparar com o índice de QV de pessoas da população geral sem a soropositividade para o HIV/aids. **Métodos:** participaram, de forma não probabilística e acidental, 43 pessoas HIV+, sendo 62,8% do sexo masculino e com idades variando de 51 a 78 anos (M = 55; DP = 4,6) e 43 pessoas sem a soropositividade para o HIV, sendo 76,7% do sexo feminino e com idades variando de 50 a 87 anos (M = 58,9; DP = 8,65). Os instrumentos utilizados foram: questionário biodemográfico e escala de qualidade de vida para velhice (HOQOL-OLD). Foram feitas análises de estatísticas descritivas e multivariadas através do programa SPSS, versão 15.0. **Resultados:** o escore médio da QV geral apresentou-se relativamente bom para os participantes HIV+ (M = 55,3; DP = 14,6) e para a população geral (M = 59,3; DP = 17,1). No entanto, na avaliação por fatores, verificaram-se baixos níveis de QV nas dimensões “Morte e Morrer” e “Intimidade” para os participantes HIV+ e no fator “Morte e Morrer” para os participantes da população geral. **Conclusão:** embora a QV geral tenha-se apresentado boa, observa-se que a aids continua sendo associada à morte e a todo o sofrimento que lhe é pertinente, bem como impondo limitações para a vivência de relacionamentos íntimos das pessoas HIV+, o que afeta a QV dessa população. **Palavras-chave:** velhice, qualidade de vida, aids, DST

### ABSTRACT

**Introduction:** the interest in quality of life (QOL) of people aged over 50 HIV + is necessary since they are individuals who have other diseases, which disguise the other symptoms and may cause uncertain or inconclusive diagnosis. **Objective:** to evaluate the QOL in people over 50 years old HIV + and compare it to the QOL of people from the general population without HIV/aids. **Methods:** 43 HIV + people participated in a non-probability and accidental study, 62.8% male, with ages ranging from 51 to 78 years old (M=55; SD = 4.6), 43 people without the positivity for HIV, 76.7% female, with ages ranging from 50 to 87 (M = 58.9; SD = 8.65). The instruments used were: Biodemographic questionnaire and Quality of Life Scale for old age (HOQOL-Old). Analyses and multivariate statistics were described by SPSS, version 15.0. **Results:** the QOV general scoring average was good for the HIV + participants (M = 55.3; SD = 14.6) and the general population (M = 59.3; SD = 17.1). However, in an evaluation by factors, there were low levels of QOL dimensions in “Death and Dying” and “Intimacy” for participants who were HIV + and in the factor “Death and Dying” for participants of the general population. **Conclusion:** although the general QOL has been satisfactory, aids is still associated to death and suffering, as well as to be imposition of limitations to the experience of intimate relationships for HIV + people, affecting their QOL in that sense.

**Keywords:** old age, quality of life, aids, STD

## INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos na área da saúde e a melhoria de condições estruturais das pessoas (saneamento básico, acesso à informação etc.), associados ao progresso da ciência em diferentes campos do saber, têm contribuído para a qualidade de vida, ocasionando, sobretudo nos países desenvolvidos, aumento na esperança de vida da população mundial. Esta mudança do perfil demográfico da população brasileira é fator social importante para a compreensão da aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, uma vez que continua aumentando o número de notificações da infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana) nessa faixa etária.

A taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de aids em homens na faixa etária de 50 a 59 foi de 29,3 em 2006, índice superior à taxa de incidência dos homens na faixa etária de 20 a 24 anos, que foi de 13,7 nesse mesmo ano<sup>1</sup>. As mulheres de 50 a 59 anos apresentaram uma incidência de 17,4, número relativamente supe-

rior ao das mulheres com idades de 20 a 24 anos, que apresentaram uma taxa de incidência de 12,0 no último Boletim Epidemiológico de DST/Aids<sup>1</sup>. Segundo Oliveira e Cabral<sup>2</sup>, estes dados podem apresentar valores ainda maiores, uma vez que a subnotificação de casos de aids nessa faixa etária varia de 24 a 65%.

O número de casos de aids na velhice pode ser ampliado, significativamente, principalmente quando se consideram as vulnerabilidades física e psicológica<sup>3</sup>, bem como as vulnerabilidades social e institucional<sup>4</sup>, além da invisibilidade com que é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual ou por uso de drogas ilícitas. A vulnerabilidade social pode estar relacionada com a forma como se concebe o exercício da sexualidade na maturidade e na velhice, uma vez que a atividade sexual não se restringe aos aspectos biológicos e físicos, possuindo, também, características psicológicas e biográficas do indivíduo, bem como do contexto sociocultural em que se insere o idoso. Já no âmbito da vulnerabilidade institucional, especificamente sobre as respostas políticas e econômicas, verifica-se que os investimentos realizados pelas autoridades governamentais vêm crescendo nas duas décadas de epidemia da aids. No entanto, considerando as campanhas educativas e de prevenção, constata-se a ênfase em públicos específicos<sup>5</sup> – jovens e pessoas em idade reprodutiva – e de acordo com as necessidades epidemiológicas do momento.

Outro índice apresentado no último Boletim Epidemiológico de DST/Aids, referente às taxas de incidência segundo sexo e faixa

<sup>1</sup> Psicóloga e Mestranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba.

<sup>2</sup> Psicólogo e Mestrando em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba.

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Departamento de Psicologia. Apoio: CAPES.

etária, demonstra que, no sexo masculino, as maiores taxas estão na faixa etária de 30 a 49 anos<sup>1</sup>. Assim, considerando a maior eficácia do tratamento com os antirretrovirais e o aumento da sobrevivência das pessoas, é possível que tais pessoas adentrem na maturidade e na velhice com a soropositividade para o HIV. Ademais, considerando o contexto da maturidade e da velhice, verifica-se que o fenômeno da aids apresenta características específicas por tratar-se de indivíduo com outras patologias associadas, próprias da velhice, que mascaram o sintoma da doença, ocasionando, em alguns casos, diagnóstico incerto ou inconclusivo<sup>6</sup>.

O diagnóstico da aids na maturidade e na velhice, em geral, é detectado tardiamente devido à falsa crença existente entre alguns profissionais de saúde de que a aids dificilmente ocorrerá nessa fase da vida, por acreditarem na inexistência de uma vida sexualmente ativa nessa população<sup>6</sup>. No entanto, a utilização de terapias hormonais e a descoberta de novos fármacos têm contribuído para uma melhora da atividade sexual neste segmento, configurando-se na principal via de contaminação da aids entre os idosos. Por outro lado, esta melhora na qualidade da vida sexual na velhice não é acompanhada por igual política de saúde de prevenção das DST, bem como de uma melhor compreensão do próprio processo de envelhecimento.

Na perspectiva das teorias do envelhecimento bem-sucedido, a qualidade de vida e o bem-estar são fatores que devem acompanhar o indivíduo ao longo do desenvolvimento humano<sup>7</sup>. Nesse sentido, na tentativa de articular uma melhor qualidade de vida e a manutenção da saúde com o aumento da expectativa de vida, a OMS<sup>8</sup> formulou um projeto de política de saúde visando à promoção de envelhecimento saudável e ativo. Abordando a questão da saúde sob uma perspectiva ampla, busca-se apresentar o envelhecimento como experiência positiva, em que a autonomia e a independência dos indivíduos são fundamentais no processo de envelhecimento e ações intersetoriais são imprescindíveis para que essa política seja efetiva, principalmente no contexto da aids na maturidade e velhice. Já as propostas de ação, sugeridas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas HIV/Aids<sup>9</sup>, para diminuir o impacto do HIV/aids na população idosa, compreendem aspectos como: a mudança do “estigma” acerca da sexualidade na velhice, a inclusão de serviços que abordem a questão do HIV; a criação de programas educativos específicos para essas pessoas e a inclusão de idosos em pesquisas sobre prevenção e assistência.

No Brasil, em 2005, após a constatação do progressivo aumento do número de idosos com aids, o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde estabeleceu parceria com a Coordenação de Saúde do Idoso do mesmo Ministério, objetivando desenvolver estratégias educacionais, abordando o HIV/aids, para a saúde e a prevenção dirigidas a essa população<sup>10</sup>. Nesse sentido, o crescimento de pessoas HIV+ na velhice tem sugerido a necessidade de caracterização e avaliação da qualidade de vida, levando em conta a perspectiva dos próprios idosos<sup>11</sup>. Essa avaliação da qualidade de vida não está relacionada, apenas, à possibilidade de ampliar os anos de vida dessas pessoas, mas compreende o enfrentamento de situações de discriminação, abandono, segregação, estigma, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade.

A qualidade de vida é definida pela OMS<sup>12</sup> como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura

e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Assim, verifica-se que o termo qualidade de vida é amplo e abarca uma variedade de condições que podem influenciar a forma como o indivíduo percebe o seu funcionamento diário, podendo afetar seus sentimentos e comportamentos, mas não se limitando à sua condição de saúde<sup>13</sup>. Por estar relacionada com a forma como o sujeito percebe os aspectos de sua vida, fica clara a presença do elemento da subjetividade neste constructo. Para Schuttinga<sup>14</sup>, o conceito de qualidade de vida na área da saúde refere-se a uma avaliação subjetiva que o paciente realiza, ou seja, compreende as demandas que o estado de saúde acarreta sobre a vida do indivíduo e a sua capacidade para vivê-las em suas dimensões. Segundo Fleck<sup>15</sup>, a consideração da subjetividade do paciente na avaliação da qualidade de vida possibilita a verificação do real impacto da enfermidade sob um aspecto multidimensional, não tendo como referência, apenas, a redução dos números de morbidade e mortalidade.

A aids, mais que patologia, emerge como questão social, causando impacto nas concepções existentes acerca da sexualidade nessa fase da vida<sup>9</sup>. Todavia, no Brasil, estudos que avaliem a qualidade de vida de pessoas acima de 50 anos soropositivas para o HIV, por meio de instrumentos padronizados e validados para a população brasileira, são escassos. Parte dos estudos<sup>6,16,17</sup> existentes utiliza entrevistas e questionários devido à escassez de instrumentos que avaliem a qualidade de vida dessas pessoas numa perspectiva que abarque as questões do envelhecimento. Ademais, para melhor compreender a noção de qualidade de vida existente entre as pessoas HIV+ na maturidade e na velhice não basta, apenas, estudar os aspectos profiláticos, etiológicos e terapêuticos, fazendo-se necessário, também, analisar a perspectiva psicossocial do fenômeno<sup>3</sup>, bem como as características subjetivas e sociais dos indivíduos. Nessa perspectiva, o estudo da qualidade de vida proporciona a avaliação da relação existente entre o processo de adoecer e as implicações para a vida do sujeito nas esferas física, psicológica e social.

## OBJETIVO

Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a qualidade de vida de pessoas HIV+ com idade igual ou superior a 50 anos e comparar com a qualidade de vida de pessoas da população geral, de mesma faixa etária, sem a soropositividade para o HIV/aids.

## MÉTODOS

### Delineamento

O presente estudo tratou-se de um delineamento correlacional, tendo como variável consequente (VC) a escala de qualidade de vida para a velhice (WHOQOL-Old) e como variáveis antecedentes (VA) soropositividade para o HIV, sexo, idade, renda familiar, grau de escolaridade e situação conjugal.

### Participantes e local da pesquisa

Participaram 43 pessoas soropositivas para o HIV/aids, com idades variando de 51 a 78 anos (M = 55; DP = 4,6), sendo 62,8% do sexo masculino, a maioria casados/conviventes (46,5%), com

nível de escolaridade variando de “sem escolaridade” ao “ensino fundamental” (58,1%) e possuindo renda de até um salário mínimo (74,4%). A escolha dos participantes deu-se de forma não probabilística e acidental, em um hospital público, referência no atendimento e no tratamento de pessoas HIV+, localizado na cidade de João Pessoa – PB. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: 1. recusa a participar do estudo; 2. ausência de informações importantes; 3. questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas (mais de uma alternativa marcada em um item).

A fim de comparar o índice de qualidade de vida dos participantes HIV+ com a população geral, aplicou-se a escala de qualidade de vida (WHOQOL-Old) e o questionário biodemográfico, de forma não probabilística e acidental, em uma amostra de 43 pessoas sem a soropositividade ao HIV com características biodemográficas semelhantes. A maioria dos participantes foi do sexo feminino (76,7%), com idades variando de 50 a 87 ( $M = 58,9$ ;  $DP = 8,65$ ), 60,5% declararam-se casados/conviventes, possuíam escolaridade variando de “sem escolaridade” ao “ensino fundamental” (79,1%) e com renda familiar de até um salário mínimo (62,8%).

### Instrumento

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: 1. Questionário biodemográfico com questões versando sobre sexo, idade, grau de escolaridade, renda familiar, situação conjugal, local de residência e dados clínicos (tempo de infecção diagnosticada e se fazia uso de algum medicamento antirretroviral); e 2) escala de qualidade de vida para a velhice (WHOQOL-Old) desenvolvida pelo *World Health Organization Quality of Life Group*<sup>18</sup> dentro de uma perspectiva transcultural para medir a qualidade de vida de pessoas na velhice. Quanto às características, a escala WHOQOL-Old possui 24 itens, respondidos em uma escala tipo Likert, atribuídos a seis fatores, possuindo cada um quatro itens, a saber: “funcionamento do sensorio” (FS) - avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida; “autonomia” (AUT) - refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar as próprias decisões; “atividades passadas, presentes e futuras” (PPF) - descreve a satisfação sobre as conquistas na vida e as coisas a que se anseia; “participação social” (PSO) - delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade; “morte e morrer” (MEM) - versa sobre as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer; e “intimidade” (INT) - avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas<sup>18</sup>.

### Procedimento

Após a aprovação pelo comitê de ética e autorização do diretor da instituição hospitalar, foi iniciada a aplicação dos instrumentos. Ao serem contatados, os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que isso implicasse em qualquer tipo de prejuízo ao atendimento oferecido pela instituição de saúde na qual o trabalho foi desenvolvido, bem como foi explicitado o caráter voluntário da sua participação, seguido da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Por conseguinte, foi solicitado

que os participantes, individualmente, respondessem à escala de qualidade de vida para a velhice (WHOQOL-Old) e ao questionário biodemográfico.

### Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, objetivando seguir todos os procedimentos de acordo com a “Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos”, do Ministério da Saúde. Ademais, foi assegurado o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade das informações prestadas pelo preenchimento dos instrumentos. Todas as respostas foram analisadas no conjunto.

### Tabulação e análise dos dados

Com os dados do questionário biodemográfico foram realizadas análises descritivas. Por sua vez, os dados decorrentes da escala de qualidade de vida para a velhice (WHOQOL-Old) foram analisados com a utilização da *Sintaxe SPSS-WHOQOL-Old Questionnaire*, conforme as instruções para aplicação e avaliação do instrumento, fornecidas pelo Centro WHOQOL do Brasil. Assim, os escores foram transformados em índices com ponderação de 0 a 100, em que 0 corresponde ao menor e 100 ao maior valor encontrado para cada domínio, considerando-se, portanto, como prejudicados os domínios que apresentaram índices cuja média foi inferior a 50 pontos, uma vez que a pontuação máxima poderia ser de 100 pontos. Além disso, foi realizado o Teste *t* de Student para verificar as diferenças entre as médias dos grupos-critérios.

## RESULTADOS

Considerando o fator geral qualidade de vida, os participantes HIV+ apresentaram escore médio positivo de 55,3 ( $DP = 14,6$ ), variando de 36,5 a 90,6, demonstrando uma qualidade de vida relativamente boa. Já os participantes da população geral apresentaram índice geral de qualidade de vida de 59,3 ( $DP = 17,1$ ; amplitude: 23–96), pouco maior que o nível dos participantes HIV+. Esse resultado é corroborado por outros estudos<sup>7,19</sup> que avaliaram a qualidade de vida de pessoas da população geral com idades acima de 50 anos.

Embora a qualidade de vida dos participantes HIV+ e da população geral se tenha apresentado satisfatória, foram encontrados baixos níveis na qualidade de vida quando se considerou a avaliação por fatores, que foi estimada pela média da soma dos pontos atribuídos a cada item que compõe cada fator. Os resultados são demonstrados na **Tabela 1**, a seguir.

O “funcionamento sensorio” foi a dimensão na qual os participantes HIV+ apresentaram maior nível de qualidade de vida, seguido da participação social e da autonomia. Na literatura<sup>8,11,19</sup>, a associação entre qualidade de vida, autonomia e participação social na maturidade e na velhice tem sido, frequentemente, observada.

A dimensão do funcionamento sensorio avalia em que medida as perdas nos sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), sejam devidas a patologias ou devidas ao próprio envelhecimento humano, afetam a vida diária e a participação em

**Tabela 1** - Avaliação da qualidade de vida por fatores do WHOQOL-Old dos participantes HIV+ (N = 43) e da população geral (N = 43)

Fatores	Participantes HIV+			População Geral		
	Média	DP	Amplitude	Média	DP	Amplitude
Funcionamento do sensório	70,2	19,2	43–100	63,8	26,2	18–100
Autonomia	61,3	15,5	12–87	58,1	21,5	06-93
Atividades passadas, presentes e futuras	50,7	20,6	13–88	62,5	18,9	18–100
Participação social	66,5	14,8	13–88	60,6	21,2	06–93
Morte e morrer	36,7	33,7	0–100	47,1	32,7	0–100
Intimidade	46,2	27,7	06–94	63,5	24,4	0–100

atividades. Isso não significa dizer que os indivíduos não possuam, em algum grau, perdas em seu funcionamento sensório, mas que essas perdas não afetem a sua vivência cotidiana.

Na presente pesquisa, os participantes HIV+ e da população geral consideram que as perdas dos seus sentidos têm afetado “nada” ou “muito pouco” a vida diária e a participação em atividades, contribuindo para que essas pessoas possam tomar suas próprias decisões. Além disso, o exercício da autonomia propicia a inserção do indivíduo em atividades sociais, principalmente na comunidade, o que estimula a troca de experiências necessárias para a formação de redes de apoio e consequente melhora na qualidade de vida.

Os resultados indicaram, ainda, que em detrimento da população geral, os participantes HIV+ avaliaram de forma mais satisfatória o funcionamento dos seus sentidos. Considerando o aspecto multidimensional da qualidade de vida<sup>13</sup>, Fassino *et al.*<sup>20</sup> afirmaram que a dimensão do funcionamento sensório assume importância na avaliação que as pessoas farão acerca desse constructo, sugerindo que a mesma seja avaliada considerando o estado de saúde do indivíduo. No caso dos participantes do presente estudo, é válido salientar que, embora apresentando soropositividade para o HIV, 58,1% afirmaram nunca ter apresentado qualquer doença oportunista. Além disso, é possível que os participantes com aids tenham avaliado sua qualidade de vida tendo como referência a sua condição de saúde; nesse caso, a soropositividade para o HIV, bem como a frequente associação dessa patologia com a morte. Assim, algumas perdas nos seus sentidos, por exemplo, a audição, podem apresentar importância diferenciada quando comparadas com o grupo da população geral, apresentando maior relevância para este último grupo, uma vez que suas avaliações estarão pautadas na sua condição de indivíduo “saúdável”. Resultados, nesta direção, foram encontrados no estudo *Crenças de Idosos com aids acerca da sua Convivência com a Doença*, realizado por Provinciali<sup>16</sup>, cujos resultados apontaram que, para alguns participantes, a aids não implicou em mudanças significativas no estilo de vida, sendo a condição de soropositividade inserida na vida dessas pessoas como mais um aspecto a ser vivido.

O impacto após o diagnóstico de HIV/aids, é refletido de forma mais significativa na esfera psicossocial da vida do sujeito. Salienta-se, ainda, que todos os participantes HIV+ estavam, no momento do estudo, fazendo uso da terapia antirretroviral, fato que pode ter contribuído para que os mesmos avaliassem o funcionamento dos

seus sentidos como satisfatório. Segundo Bastos e Szwarcwald<sup>21</sup>, “tais terapias vêm tendo um impacto profundo sobre a história natural da infecção pelo HIV, alterando a natureza e a frequência das doenças oportunistas e aumentando substancialmente a sobrevida das pessoas com aids” (p. 72). Além de ter proporcionado maior sobrevida, a terapia antirretroviral contribuiu para que as pessoas acima de 50 anos pudessem continuar participando de suas atividades cotidianas, embora a morte se apresente, ainda, como crença central nas representações de pessoas com aids.

Ainda no que se refere à avaliação por fatores da qualidade de vida dos participantes HIV+, os resultados indicaram baixos níveis de qualidade de vida nos fatores “morte e morrer” e “intimidade”. Por sua vez, na avaliação por fatores da qualidade de vida da população geral, foi encontrado baixo nível de qualidade de vida apenas no fator “morte e morrer”, embora seja, ainda, superior ao índice dos participantes HIV+ nessa dimensão.

Na dimensão “morte e morrer” os itens avaliavam em que medida os indivíduos temiam a morte, se estavam preocupados com a maneira pela qual iriam morrer, se tinham medo de não poderem controlar a própria morte e de sofrerem dor antes de ela ocorrer. Assim, os resultados indicaram que os participantes HIV+ sentiam “bastante” ou “extremamente” os temores supracitados, podendo ser atribuído o impacto da aids como um fator desencadeador de ansiedade frente à morte. Resultados, nesse sentido, foram encontrados no estudo realizado por Sousa *et al.*<sup>17</sup> com 21 pessoas acima de 50 anos soropositivas para o HIV. Ainda que utilizando metodologia diferente, foi verificada, através dos discursos dos participantes, a associação entre aids e morte iminente. Ademais, Brasileiro e Freitas<sup>22</sup> demonstraram, no estudo realizado com nove pessoas acima de 50 anos HIV+, que a aids foi considerada pelos participantes como sendo uma ameaça constante de morte.

O sofrimento causado pela aids pode ser proveniente de diversos fatores, dentre os quais se podem destacar: o processo do adoecer, as perdas decorrentes da patologia e a iminência de morte. Em geral, ao receberem o diagnóstico de que são portadoras de HIV/aids, as pessoas passam a conviver de modo mais próximo com a sua finitude, assim, a convivência com a aids pode ser fator gerador de estresse e sintomas psíquicos, de associações simbólicas com a doença, principalmente quando se considera a ausência de cura, até

então, para a doença. Tal sofrimento psíquico influencia a percepção da pessoa sobre a doença e sobre suas perspectivas de futuro, contribuindo para pensamentos recorrentes sobre a morte e o morrer. Além disso, há que se considerar que os participantes HIV+ e os da população geral, em sua maioria, possuíam idades entre 50 e 60 anos, ou seja, estavam em uma faixa etária que possibilita a vivência de uma parcela significativa da vida, principalmente quando se estima, no Brasil, uma média de expectativa de vida de 68 anos para os homens e 75 para as mulheres.

No caso dos participantes da população geral, a média de idade foi de 58 anos, podendo ter contribuído para pensamentos frequentes sobre a morte e o morrer, prejudicando a qualidade de vida nessa dimensão. No entanto, embora pensamentos sobre a morte e o morrer possam apresentar-se com mais frequência nas primeiras fases da velhice, o estudo realizado por Barros<sup>23</sup>, com pessoas idosas, demonstrou que os participantes não apresentaram medo específico com relação à morte, mas que a ansiedade frente a ela é elevada na velhice, quando comparada com indivíduos na idade madura. A consideração da influência de outras variáveis, como a maturidade, foi verificada no estudo de Rasmussen e Brems<sup>24</sup>, indicando a maturidade psicológica como um preditor de ansiedade com relação à morte mais satisfatório que a idade, apesar de esta última variável ter-se, também, correlacionado com a ansiedade face à morte.

O baixo nível de qualidade de vida dos participantes HIV+ também foi verificado na dimensão “intimidade”. No entanto, salienta-se que tal dimensão não se limita à prática sexual propriamente dita, mas compreende a capacidade de essas pessoas estabelecerem relacionamentos afetivos mais íntimos. Assim, os participantes afirmaram sentir, quanto à frequência, “nada” ou “muito pouco” sentimento de companheirismo e amor na sua vida, bem como ter nenhuma ou poucas oportunidades para amar e para ser amado. Nesse sentido, em estudo realizado por Castro<sup>25</sup>, com 75 pessoas acima de 60 anos HIV+, verificou-se que o principal impacto na vida do idoso, após o diagnóstico, foi no relacionamento afetivo-sexual com parceiro(a).

Embora a terapêutica atual tenha prolongado a sobrevida e melhorado a qualidade da vivência da sexualidade nessa fase da vida, viver com aids impõe limitações, dentre as quais a fragilização das relações afetivas em decorrência da dificuldade de se manter relacionamentos íntimos, o que pode contribuir para o baixo nível de qualidade de vida na dimensão “intimidade”. Além disso, as limitações trazidas pelo adoecimento podem significar não corresponder às suas expectativas, às da família e às da sociedade, concorrendo para a frustração e a interrupção no investimento de relacionamentos afetivos mais íntimos, podendo ser potencializado pelo medo de contaminar o parceiro com a doença.

Na avaliação das dimensões da qualidade de vida dos participantes desse estudo, procurou-se considerar as suas condições de vida, uma vez que a maioria dos participantes possuía renda de um salário mínimo. Assim, na avaliação da qualidade de vida, mais especificamente no contexto do HIV/aids em adultos mais velhos, sugere-se levar em conta as condições clínicas e biodemográficas das pessoas, bem como uma noção ampla de saúde, abarcando os aspectos biopsicossociais e culturais do fenômeno.

## CONCLUSÃO

Conforme demonstrado anteriormente, os desvios-padrão referentes aos índices de qualidade de vida dos participantes foram relativamente altos, indicando uma ampla variabilidade de respostas entre os participantes, ou seja, é possível que existam poucos participantes com índices elevadíssimos de qualidade de vida, em detrimento de outros com baixos índices.

Os dados apresentados sugerem outros estudos que contemplem a saúde mental dessas pessoas e suas estratégias de enfrentamento ao lidar com a infecção pelo HIV. Além disso, o caráter multidimensional da qualidade de vida, principalmente no contexto da soropositividade ao HIV, aponta a necessidade de se considerar, concomitante aos aspectos socioeconômicos, a influência das condições de saúde e doença na avaliação das pessoas sobre a sua qualidade de vida.

O estudo sobre a qualidade de vida de pessoas na maturidade e na velhice soropositivas para o HIV pauta-se na possibilidade de ampliar os estudos com esta população, contribuindo para o melhor entendimento acerca da sexualidade na velhice e do próprio processo de envelhecimento, contemplando a dimensão psicossociológica. Nesse sentido, a utilização de medidas que avaliem a qualidade de vida, considerando a perspectiva dos próprios idosos, pode contribuir para o maior entendimento do que vem a ser viver com aids na velhice. Ademais, aspectos intersubjetivos, como perda de papéis ocupacionais, podem ser considerados na avaliação da qualidade de vida na maturidade e na velhice, bem como a adoção de critérios de ordem biológica, psicológica e sociocultural, visto que esses elementos estão relacionados com as potencialidades de saúde e de vida do idoso, podendo interferir ou não no seu processo saúde-doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de DST/aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Oliveira MG, Cabral BESL. Lazer nos grupos de convivência para idosos: uma experiência de sociabilidade; 2004. Disponível em: [http://chip.cchla.ufpb.br/paraiwa/04-guia\\_e\\_benedita.html](http://chip.cchla.ufpb.br/paraiwa/04-guia_e_benedita.html) Acessado em: 16/02/2006.
3. Saldanha AAW, Figueiredo MAC, Coutinho MPL. Atendimento Psicossocial à Aids: a busca pelas questões subjetivas. DST - J bras Doenças Sex Transm 2004; 16(3):84-91.
4. Ayres JRCM, França Jr I, Calazans GJ. Aids, Vulnerabilidade e Prevenção. In: Anais II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids 1997, IMS/UERJ – ABIA, 20-37.
5. UNAids. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/Aids: Guidelines on Constructions of Core Indicators. Geneva: UNAids; 2005.
6. Saldanha AAW, Araújo LF. A Aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde; 2006. Disponível em: <http://aidscongress.net/pdf/294.pdf> Acessado em: 15/06/2008.
7. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de Vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2002; 10(6):757-764.
8. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
9. UNAids. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/Aids: Guidelines on Constructions of Core Indicators. Geneva: UNAids; 2002.
10. Silva L, Paiva MS. Vulnerabilidade ao HIV/Aids entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: Anais do VII Congresso Virtual HIV/Aids – O VIH/SIDA na Criança e no Idoso; 2006.

11. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(3):364-371.
12. Organização Mundial de Saúde. Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. Genebra: OMS; 1994.
13. Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Cachamovich E et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1999; 21:21-8.
14. Schuttinga JA. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A. *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995; 31-42.
15. Fleck MP. Avaliação de Qualidade de Vida. In: Fráguas MJ & Figueiró JAB. *Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas*. São Paulo: Ed. Atheneu; 2001; 33-43.
16. Provinciali RM. O convívio com HIV/Aids em pessoas da terceira idade e suas representações: vulnerabilidade e enfrentamento. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo: São Paulo; 2005.
17. Sousa VC, Saldanha AAW, Araújo LF. Viver com Aids na Terceira Idade. Disponível em: [www.aidscongress.net/pdf/50\\_anos\\_abstract\\_233\\_comunic\\_266.pdf](http://www.aidscongress.net/pdf/50_anos_abstract_233_comunic_266.pdf) Acessado em: 01/09/2007.
18. Organização Mundial de Saúde. WHOQOL-OLD – Manual. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-old.html> Acessado em: 07/09/2007.
19. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RFP-SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria* 2006; 28(1): 27-38.
20. Fassino S, Leombruni P, Daga GA, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch. Gerontol. Geriatr* 2002; 35(1):9-20.
21. Bastos FI & Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública* 2000; 16(1):65-76.
22. Brasileiro M & Freitas MIF. Representações Sociais sobre Aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2006; 14(5). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a22.pdf) Acessado em: 03/06/2008.
23. Barros J. Viver a morte – Abordagem antropológica e psicológica. Coimbra: Almedina; 1998.
24. Rasmussen C & Brems C. The relationship of death anxiety with age and psychological maturity. *Journal of Psychology* 1996; 130(2):141-144.
25. Castro MP. O viver com HIV/aids na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado da cidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo: São Paulo; 2007.

**Endereço para correspondência:**

**JOSEVÂNIA DA SILVA CRUZ DE OLIVEIRA**

Rua João Galiza de Andrade, 492, apto 204, Bairro Bancários

João Pessoa, PB.

CEP: 58051-180

E-mail: [josevaniasco@gmail.com](mailto:josevaniasco@gmail.com)

Recebido em: 09/07/2008

Aprovado em: 28/08/2008