



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA



MARCELO CAETANO DE AZEVEDO TAVARES

**APOIO SOCIAL ÀS PESSOAS IDOSAS INFECTADAS PELO HIV/AIDS  
ASSISTIDAS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA**

Recife

2019

MARCELO CAETANO DE AZEVEDO TAVARES

**APOIO SOCIAL ÀS PESSOAS IDOSAS INFECTADAS PELO HIV/AIDS  
ASSISTIDAS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de concentração: Gerontologia

Linha de pesquisa: Envelhecimento em Saúde

**Orientadora:** Dra. Márcia Carréra Campos Leal

**Coorientadora:** Dra. Ana Paula de Oliveira Marques

Recife

2019

Catálogo na fonte:  
bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

T231a Tavares, Marcelo Caetano de Azevedo  
Apoio social às pessoas idosas infectadas pelo HIV/AIDS  
assistidas em serviços de referência/ Marcelo Caetano de Azevedo  
Tavares. – 2019.  
76 f.; il.

Orientadora: Márcia Carréra Campos Leal.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco.  
Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em  
Gerontologia. Recife, 2019.

Inclui referência, apêndice e anexo.

1. Idoso. 2. Apoio Social. 3. Síndrome de Imunodeficiência  
Adquirida. I. Leal, Márcia Carréra Campos (orientadora). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2020 - 024)

MARCELO CAETANO DE AZEVEDO TAVARES

**APOIO SOCIAL ÀS PESSOAS IDOSAS INFECTADAS PELO HIV/AIDS**

**ASSISTIDAS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em: 09/12/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Márcia Carréra Campos Leal (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann (Membro Titular Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup>Fábia Maria de Lima (Membro Titular Externo)  
Universidade de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup>Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (Membro Suplente Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

## AGRADECIMENTOS

À minha **família** por sempre se manter disposta a me ajudar nos momentos mais complicados que passei durante esse processo acadêmico, bem como me motivando ao longo dos dias.

Aos meus amados pais, **Marcos Tavares** e **Maria do Rosário Tavares** por toda preocupação e zelo pelos seus filhos, da mesma maneira pela grande contribuição na minha formação ao longo dos anos através de suas dedicações de colocar seus filhos dentro de universidades públicas. Sou eternamente grato por nos guiarmos dentro dessa perspectiva e obtendo o estudo como prioridade mesmo em situações que pudessem vir a desviar.

Em especial, aos meus irmãos **Bruno Tavares** e **Amanda Tavares** por serem pessoas que me motivam dentro dessa área acadêmica, bem como nas suas vidas de maneira integral. Suas histórias de sucesso e compromisso com o que fazem é de certeza uma grande energia para eu me manter motivado diante dos meus compromissos.

À **Lucas Loquín** por sempre está disposto a me ouvir diante dos meus estresses e das minhas conquistas, me motivando, acreditando sempre em mim. Essa nossa cumplicidade me alimenta dia após dia e é de muita importância na minha vida. Obrigado por fazer parte dela.

À minha orientadora **Márcia Carrera** por ser uma pessoa maravilhosa de se trabalhar como também de se relacionar. Agradeço muito por você ter sido minha referência nessa construção da dissertação. Tenha certeza que a fluidez que esse trabalho foi desenvolvido foi fruto dessa pessoa incrível e acessível que você é. Entrei no mestrado sem conhecer ninguém da casa visto que sou da UPE e as demais formações fora da UFPE, mas você fez os compromissos se tornarem mais fáceis e prazerosos muitas vezes. Ao longo do mestrado só aumentou a minha admiração por você, me mostrando ser uma pessoa muito dedicada, com uma força de vontade inspiradora e uma capacidade de resiliência incrível. Grato!

Aos meus **amigos** e colegas da turma 5 do mestrado em Gerontologia, por fazer com que o primeiro ano, com suas aulas terem sido de uma suavidade muito agradável e construções de pensamentos e reflexões de grande importância para minha vida pessoal e profissional, em especial minha grande amiga **Natália Romana** por toda amizade desde a residência, algo que foi construído e que de certeza vai permanecer. Sou muito agradecido por todo suporte que tens dado.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização de mais um estudo, dessa vez para titulação de mestre. Seja aquela pessoa que mandou vibrações positivas durante as etapas que eram cumpridas ou aquelas que estiveram mais presentes para a construção da dissertação: **Alessandro**, muito obrigado pelo compromisso na minha estatística, **Manoel** e **Milena** pela prontidão quando necessário e por todo profissionalismo, meus sinceros agradecimentos.

Obrigado a todos e gratidão!

“Sabe o que eu quero de verdade? Jamais perder a sensibilidade, mesmo que às vezes ela arranhe um pouco a alma.” (CLARICE LISPECTOR, 195?).

## RESUMO

O envelhecimento tornou-se realidade na maioria das sociedades. Por meio de mudanças no estilo de vida, com manutenção de boa saúde, prática de atividades físicas e maior convívio social, muitos idosos redescobrem sua sexualidade e por vezes, fazem uso de medicamentos que auxiliam na função sexual ignorando o uso de preservativos ficando mais expostos as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a síndrome da imunodeficiência adquirida. Neste contexto, a pesquisa objetivou avaliar o apoio social das pessoas idosas com HIV/AIDS e seus fatores associados. O estudo descritivo, quantitativo de corte transversal avaliou, por meio da Escala Breve de Rede Sociais de Lubben, 241 idosos cadastrados nos Serviços de Referências do Município de Recife, quanto ao apoio social, condições sociodemográficas, clínicas, capacidade funcional, sintomatologia depressiva e engajamento com a vida. Ao comparar a distribuição do apoio familiar com apoio dos amigos, o teste de distribuição foi significativo, indicando que os idosos recebem um nível de apoio familiar mais relevantemente em relação ao recebido por amigos. A caracterização do perfil sociodemográfico prevaleceram as mulheres, idosos com idade entre 60 a 65 anos, com até 3 anos de estudo, casados ou em união estável e católicos. Em relação às demais variáveis, destaca-se a sintomatologia depressiva, onde o grupo de idosos com depressão apresentou 75% de risco a mais para isolamento quando comparado com o grupo sem depressão. Portanto, mostra-se uma importância do apoio familiar diante da sorologia positiva, sendo um diferencial para o enfrentamento da doença.

**Palavras-chave:** Idoso. Apoio Social. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

## ABSTRACT

Aging has become reality in most societies. Through lifestyle changes, maintaining good health, engaging in physical activity and greater social life, many aged rediscovers their sexuality and sometimes use medications that help their sexual function and ignore the use of condoms, being exposed to sexually transmitted diseases, including Acquired Immunodeficiency Syndrome. In this context, the research aimed to evaluate the social support of aged with HIV/AIDS and its associated factors. It is a descriptive, quantitative cross-sectional study which evaluated 241 elderly registered in the Reference Services of the Municipality of Recife, regarding social support, measured through the Lubben Social Network Brief Scale, socio-demographic, clinical conditions, functional capacity, depressive symptoms and life engagement. Comparing the distribution of family support with support from friends, the distribution test was significant, indicating that the aged receive a level of family support more relevant than that received by friends. In the characterization of socio-demographic profile prevailed women, aged with 60 to 65 years, with up to 3 years of study, married or in stable union and Catholics. Concerning other variables, the depressive symptomatology stands out, because the group of aged with depression presented 75% more risk for isolation when compared to the group without depression. Therefore, it shows the importance of family support in the face of the positive serology, being a differential for facing the disease.

**Keywords:** Aged. Social Support. Acquired Immunodeficiency Syndrome.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Quantitativo de idosos infectados por HIV/Aids - Recife/PE-2018.....	30
Quadro 2 - Fator de Correção para População Finita - Recife/PE- 2018.....	31
Figura 1 - Curva ROC para o modelo Poisson.....	46

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil sóciodemográfico dos idosos avaliados.....	36
Tabela 2 - Caracterização do arranjo familiar dos pacientes avaliados.....	37
Tabela 3 - Caracterização do perfil econômico dos idosos avaliados.....	38
Tabela 4 - Caracterização das condições clínicas e morbidades dos idosos avaliados.....	39
Tabela 5 - Caracterização das condições clínicas, funcional, depressiva e engajamento.....	40
Tabela 6 – Caracterização dos fatores relacionados ao apoio social.....	41
Tabela 7 - Risco de isolamento pelo perfil sóciodemográfico e familiar dos idosos avaliados..	42
Tabela 8 - Risco de isolamento pelo perfil econômico dos idosos avaliados.....	43
Tabela 9- Risco de isolamento pelas morbidades nos prontuários dos idosos avaliados.....	44
Tabela 10 – Risco de isolamento pela situação clínica do idoso.....	45
Tabela 11 - Ajuste do modelo final de Poisson para o risco do isolamento.....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AVDS	Atividades de Vida Diária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CD4+	<i>Cluster of Differentiation 4</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBRSL	Escala Breve de Redes Sociais de Lubben
EBS	Envelhecimento Bem-Sucedido
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
FCPF	Fator de Correção para População Finita
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBL	Hospital Barão de Lucena
HC	Hospital das Clínicas de Pernambuco
HCP	Hospital Correia Picanço
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HOF	Hospital Otávio de Freitas
IC	Intervalo de Confiança
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
LSNS	<i>Lubben Social Network Scale</i>
MS	Ministério da Saúde
PCA	Policlínica Lessa de Andrade
PNF	Política Nacional do Idoso

PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RP	Razão de Prevalência
ROC	<i>Receiver Operating Characteristics</i>
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Park Age for the Social Sciences</i>
TARV	Terapia Antirretroviral
UF	Unidades Federativas
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
2.1	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS COM HIV/AIDS.....	17
2.2	O IMPACTO DA OCORRÊNCIA DO HIV/AIDS NA PESSOA IDOSA .....	19
2.3	APOIO SOCIAL AO IDOSO INFECTADO PELO HIV/AIDS .....	22
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>28</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	28
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>29</b>
4.1	TIPO DO ESTUDO .....	29
4.2	LOCAL DO ESTUDO .....	29
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	29
4.4	TAMANHO AMOSTRAL.....	30
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	31
4.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	32
4.7	ELENCO DE VARIÁVEIS.....	32
4.7.1	Variável Dependente .....	32
4.7.2	Variáveis Independentes.....	32
4.8	INSTRUMENTO DA PESQUISA.....	34
4.9	COLETA DE DADOS .....	35
4.10	ANÁLISE DOS DADOS .....	35
4.11	ASPECTOS ÉTICOS .....	35
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>57</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>59</b>
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE PESQUISA</b> .....	<b>70</b>
	<b>ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, ultimamente tem se tornado uma realidade da maioria das sociedades na qual se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo (BRASIL, 2010). De acordo com o censo brasileiro em 2010, a população idosa era de 20,6 milhões de idosos, número o que representa 10,8% da população. Com o aumento da expectativa de vida no país, avalia-se que no ano de 2060 tenha 58,4 milhões de pessoas idosas, ou seja, 26,7% do total da população envelhecida (PORTAL BRASIL, 2014).

O envelhecimento é descrito como um processo de progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais ao longo da vida do ser humano sendo considerado idoso o indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 anos para os países desenvolvidos (SANTOS; ALESSANDRA, 2011).

Laroque et al. (2011) afirmam que em decorrência do aumento da longevidade e das facilidades da vida moderna, que incluem a reposição hormonal e os fármacos para impotência, os idosos vêm redescobrendo experiências, entre elas a sexualidade, tornando sua vida mais afável e conseqüentemente mais vulnerável, necessitando, assim, de investimento em campanhas de prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), principalmente a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). O novo estilo de vida desta faixa etária inclui a manutenção de boa saúde através da procura pela prática de atividades físicas, a procura e maiores oportunidades de manter um convívio social, e outras alterações no comportamento refletem na procura por medicamentos que ajudem a reduzir a impotência sexual. Estas mudanças permitem aos idosos um redescobrimto da sua sexualidade, porém, o que preocupa é que esta população ignora o uso de preservativos e a proteção contra DSTs, inclusive AIDS (LAROQUE *et al.*, 2011)

A epidemia pelo HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) e AIDS no Brasil é um acontecimento de grande magnitude e extensão. Entre a população feminina idosa houve um crescimento de 567%, na última década, sendo que os casos confirmados de HIV/AIDS em idosos cresceram como em nenhuma outra faixa etária (LIMA *et al.*, 2011). Dados comprovam que o HIV/AIDS no Brasil vem sendo controlado com redução dos casos em várias faixas etárias. No entanto, entre os idosos, os casos confirmados de HIV/AIDS ainda continuam a crescer, bem como o número de óbitos pela doença (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

A infecção pelo HIV é delimitada pela contagem do número de células CD4+ (*Cluster of Differentiation 4*), pela quantidade de partículas virais no sangue e pelos sintomas clínicos apresentados pelo paciente (SANTOS; WIGG; ROMANOS, 2008). A AIDS surgiu nos anos 80 quando se acreditava que a infecção pelo HIV se restringia a grupos com comportamentos de risco, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas, gerando isolamento dos indivíduos infectados e discriminação pela sociedade. Entretanto, no decorrer dos anos, o perfil tem mudado: a doença passou a atingir também indivíduos heterossexuais. Isso revela a vulnerabilidade não apenas dos estigmatizados, mas também da população heterossexual, tanto masculina quanto feminina (LAZZAROTTO *et al.*, 2010).

O aumento do número de pessoas na terceira idade convivendo com o HIV podem estar relacionados a diversos fatores, entre eles, a negação pela sociedade do idoso como indivíduo sexualmente ativo, a falta de campanhas que tragam maior visibilidade para essa problemática, questões socioeconômicas, e as representações já existentes sobre a AIDS (SERRA *et al.*, 2013a). Práticas sociais como divórcio e tratamento para a impotência também ocasionaram o aumento na frequência e diversidade das relações sexuais nessa população (KEARNEY *et al.*, 2010).

Viver com HIV e manifestar a doença continuam sendo condições estressantes e que exigem muito do doente nos aspectos: psicológico, físico, social, ambiental, entre outros (MOSKOWITZ *et al.*, 2009). Existem evidências de que o estresse pode acelerar a progressão do HIV/AIDS, aumentando a replicação viral e suprimindo a resposta do sistema imunológico (BERG; MICHAELSON; SAFREN, 2007). Além disso, os soropositivos também podem enfrentar problemas como depressão, isolamento, estigmatização e discriminação, que podem levar a eventos traumáticos de vida e causar impacto negativo e progressivo no curso da doença (GORE-FELTON; KOOPMAN, 2008).

O preconceito arraigado na sociedade no que se refere à pessoa vivendo com HIV/AIDS faz com que tais indivíduos acabem se isolando. Particularmente no que se referem aos idosos, muitos preferem carregar sua sorologia de forma solitária, por medo de enfrentar o preconceito da sociedade em relação à doença (CLEMENTINO; LEAL; SOUZA, 2012). O silenciamento da doença na própria família pode significar uma forma de proteção, no intuito de não sofrerem com as recriminações dentro do seu próprio âmbito familiar (MASCHIEQUI *et al.*, 2010).

As redes de suporte ou apoio social são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos de relações em que se dá e recebe apoio, e nas quais se costuma fornecer ajuda material, serviços e informações; permitir às pessoas acreditarem que são cuidadas, amadas e valorizadas em momentos de alguma necessidade; dar garantia de que

pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas; entre outros. O suporte social se torna importante na medida em que corresponde às necessidades experienciadas pelo próprio idoso. Dentro dessa perspectiva, o suporte social inclui uma rede ampla de suporte emocional, informacional e instrumental (SILVA; LORETO; MAFRA, 2017).

Seidl e Tróccoli (2006), procuravam compreender como a inexistência ou a instabilidade do apoio social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, sendo que a sua existência protegia os sujeitos dos danos à saúde física e mental decorrentes de situações de estresse, sinais de depressão e hospitalização. Siqueira (2008) também afirma que o papel desempenhado pelo apoio social na saúde e no ajuste às doenças crônicas tem demonstrado sua importância como um fator capaz de proteger e promover a saúde.

Calvetti *et al.* (2014) acrescenta que o apoio social seja uma variável importante na prevenção de doenças, na promoção da saúde, na adesão terapêutica e no processo de recuperação da doença, e quando disponibilizado de forma adequada, possui efeito protetor em momentos de crise, tais como o luto, a aposentadoria, o desemprego, a recuperação de doenças e a hospitalização, incluindo-se a infecção pelo HIV.

Na área do HIV/AIDS, o apoio social é um objeto de interesse, principalmente devido às situações de preconceito que ainda caracterizam as reações sociais à soropositividade. Em consequência, o estigma e a discriminação podem levar ao isolamento social, à restrição dos relacionamentos sociais e às dificuldades no campo afetivo-sexual, com impacto negativo na manutenção e estruturação da rede de apoio social de pessoas soropositivas (MASSEI; YOSHIDA, 2009).

Nesse contexto, a percepção e satisfação diante da disponibilidade e modalidade de apoio recebido, as questões operacionais relacionadas ao seu tratamento de saúde, atividades práticas do cotidiano, ajuda material ou financeira além da disponibilidade de escuta, atenção, informação e estima são fundamentais diante do diagnóstico do HIV/AIDS, enfrentamento da doença e qualidade de vida do idoso (CALVETTI *et al.*, 2014).

Face ao exposto, o estudo tem como pergunta norteadora: Qual o perfil do apoio social aos idosos infectados pelo HIV e seus fatores associados?

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1.PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS COM HIV/AIDS

A AIDS, Síndrome da imunodeficiência humana adquirida- SIDA (AIDS – em inglês: *Acquired Immunodeficiency syndrome*) é uma doença do sistema imunológico humano causado pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH – em inglês: *human immunodeficiency vírus* – HIV) descrita nos EUA, pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) no primeiro relatório sobre pneumonia em 5 homens adultos homossexuais em Los Angeles – Califórnia, na década de 1980 (DE COCK; JAFFE; CURRAN, 2011).

Nessa época, foi identificado um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco e Nova Iorque. Era uma nova doença transmissível e de causa desconhecida, tornando-se o mal do século. Uma das piores pandemias, com mais de 60 milhões de infectados e 30 milhões de mortos, disseminando-se por todo o continente, atingindo as pessoas em proporção geométrica (DE COCK, JAFFE, CURRAN, 2011).

A descoberta da AIDS tornou-se um marco na história. A epidemia da infecção pelo vírus HIV e da AIDS representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO; CASTILHOS; SZWARCOWALD,2011).

No início da epidemia era associado a um grupo específico de pessoas, os homossexuais, vindo inclusive a ser conhecido como “câncer gay”. Devido ao aparecimento dos primeiros casos da doença entre este grupo de pessoas. Aos poucos, os primeiros casos da doença começaram a serem registradas entre outros grupos (profissionais do sexo, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis) e somente, então, as pesquisas para descobrir as causas da doença foram iniciadas (GALVÃO, 2010).

Mesmo com esse início da produção científica, a AIDS no contexto mundial apareceu fortemente com uma doença infecciosa, letal e discriminatória trazendo muitas incertezas quanto a sua origem e história natural, levando diversos estudiosos a construir incertezas quanto a gênese do agente causal e sua forma de propagação na população mundial (LEITE; LEITE, 2011).

Nesse sentido, a AIDS, que nasce relacionada aos jovens gays do sexo masculino e de classe alta, sofre transformações em seu curso histórico, passando a estabelecer o processo da heterossexualização, feminização, juvenização, interiorização e pauperização, ao passo que a disseminação do HIV alcança as mulheres e homens com práticas heterossexuais, crianças e mais tarde as evidências de contaminação crescente entre os idosos, assim como o aumento do número de casos nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (SOUZA *et al.*, 2013).

A epidemia de HIV/AIDS representa um fenômeno global, enérgico e instável, transpassando-se por um aglomerado de subepidemias regionais. No Brasil, ela é resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira, onde a proliferação da infecção pelo HIV e da AIDS com suas múltiplas dimensões, progressivamente passam por transformações significativas em seu perfil epidemiológico, envolvendo diferentes culturas e espaços, assim como atingindo indivíduos de muitas faixas etárias (PERRUCHI *et al.*, 2011). Um exemplo interessante segundo dados do Departamento de Informática Sistema Único de Saúde Brasil (DATASUS), desde o início da epidemia da doença (1980), até junho de 2014, fora notificado, no Brasil, 14.756 homens e 8.515 mulheres com AIDS, com idade superior a 60 anos (BRASIL, 2014).

Dados recentes do Boletim Epidemiológico de 2017 do ministério da saúde apontam que, em 2016, quando foram registrados 1.294 novos casos, houve o crescimento de 15% no índice de pessoas acima de 60 anos com o vírus. Em 2015, por sua vez, aumentou 51,16%, com 1.125 pessoas infectadas, em relação aos números de 2014, quando 856 pessoas foram diagnosticadas com o vírus (BRASIL, 2017).

Há uma importante mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, fazendo com que os idosos pratiquem cada vez mais atividades de lazer social, favorecendo desta maneira ao encontro de parceiros, o surgimento de novos medicamentos para disfunção sexual também proporcionaram mudanças no comportamento sexual dessa população, que muitas vezes não se previnem por não se sentirem vulneráveis, tornando-se mais susceptível a infecções por DSTs, dentre estas o HIV/AIDS se destaca pelos riscos associados à infecção (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

Aliado a isso, existe o desafio de diagnosticar o HIV/AIDS precocemente em idosos, em virtude de se tratar de um diagnóstico diferencial a um grupo já exposto a diversas patologias, que podem ser confundidas com manifestações de doenças típicas nessa faixa etária (fadiga e perda ponderal), acarretando, por sua vez, em subnotificações ou diagnósticos tardios, aumentando a probabilidade de infecções oportunistas e complicações e ainda mais os dados das pessoas idosas infectadas podem ser maiores em virtude dessas subnotificações e do “não

diagnóstico”, resultando conseqüentemente em elevados índices de mortalidade (SERRA *et al.*, 2013b).

Atualmente o HIV no idoso tem sido identificado como o diagnóstico mais tardiamente descoberto. Dados publicados no boletim epidemiológico de HIV/AIDS do Brasil (2015, p. 54) evidenciam:

[...] as maiores proporções de diagnóstico tardio foram observadas entre a população idosa de 60 anos e mais, exceto no ano de 2011 essa proporção entre idosos chega a ser três vezes maior do que a observada entre a população jovem de 18 a 24 anos em outubro de 2015 (11,9% e 38,1%, respectivamente). No ano de 2015, as maiores proporções de diagnóstico tardio da infecção pelo HIV estão concentradas nas Unidades Federativas (UF) do Norte e Nordeste do país, enquanto as do Sul e Sudeste detêm as menores proporções, situando-se abaixo da média do Brasil. Mesmo em Roraima, Amapá e Mato Grosso, que apresentaram as menores proporções de diagnóstico tardio no período analisado, aproximadamente um quinto das pessoas que vivem com HIV/AIDS chegaram ao serviço de saúde tardiamente, pode-se observar também que os indivíduos do sexo masculino apresentaram proporções de diagnóstico tardio maiores do que as das mulheres durante todo o período observado com uma diferença de 11% no final do período analisado [...]

Diante dessa característica da subnotificação e do diagnóstico tardio, sabe-se que o recebimento do diagnóstico soropositivo para o HIV ocasiona intenso impacto desencadeando reações e uma combinação de sentimentos negativos atrelados à ideia de morte/finitude, tornando-se uma preocupação impactante, já que acomete o sistema fisiológico e psicológico, tanto da pessoa portadora da doença quanto da família que está diretamente envolvida no cuidado a esse indivíduo, atingindo grandes proporções, sejam sociais, religiosas, éticas ou morais (LIMA; FREITAS, 2013). O indivíduo e a família despendem de tempo para assimilar a notícia vivenciando diferentes estágios de adaptação a sua nova história de vida em que o comportamento recebe influência da sua cultura (SERRA *et al.*, 2013b).

## 2.2 O IMPACTO DA OCORRÊNCIA DO HIV/AIDS NA PESSOA IDOSA

O HIV é um retrovírus humano da família *Lentiviridae*. Sua transmissão ocorre por meio do contato sexual sem uso de preservativo, do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, em transfusões de sangue e hemoderivados e, por via perinatal ou transmissão vertical – de mães para filhos, durante a gestação, parto ou aleitamento materno. (ALMEIDA *et al.*, 2009).

A AIDS se manifesta anos após a infecção do organismo humano pelo seu vírus causador, o HIV. Esta imunodeficiência se caracteriza pela destruição dos linfócitos *T helper*

(células de defesa do organismo), culminando em uma imunossupressão severa, tornando-o vulnerável às infecções oportunistas por alguns tipos de vírus, bactérias, fungos e protozoários etc. (ALMEIDA *op. cit.*).

Em uma revisão sistemática, Dornelas Neto *et al.* (2015), analisaram que as pesquisas geralmente mostram que a idade não elimina ou diminui o desejo por sexo. Pelo contrário, os estudos concordam que a maior parte da população idosa permanece sexualmente ativa. No Brasil, segundo dados do Programa Nacional de DST/AIDS, 67,1% das pessoas de 50 a 59 anos e 39,2% das pessoas com mais de 60 anos são sexualmente ativos, estando vulneráveis a adquirir DST que, incluindo a infecção pelo HIV, são transmitidas, principalmente, através de contato sexual desprotegido.

Ao longo da história, sexualidade e preconceito se apresentam interligados. O preconceito em relação à vivência da sexualidade no idoso remonta à repressão existente na sociedade frente à sexualidade ao longo de vários séculos, associando-a somente a fins reprodutivos (GARCIA *et al.*, 2012). Apesar do desempenho sexual dos idosos se beneficiarem atualmente com os avanços científicos e tecnológicos, aumento da expectativa de vida e melhorias na qualidade de vida, crescem também as preocupações com as infecções por doenças sexualmente transmissíveis nessa faixa etária. Ao mesmo tempo, percebe-se a permanência de estereótipos e preconceitos vinculados ao mito da assexualidade do idoso (GARCIA *op. cit.*).

Em relação aos estereótipos que são colocados nessa etapa de transformação do processo de envelhecimento, a ligação do diagnóstico soropositivo para o HIV em idosos está muito conectada nesses estigmas que são socialmente criados. O estigma atribui a um indivíduo ou grupo determinados caracteres que norteiam toda sua rede de relações pessoais e quando internalizado, domina as referências de si mesmo, seus sentimentos e até mesmo atitudes, gerando culpa, vergonha, raiva, confusão e desorganização da identidade. Ultrapassar os limites definidos para o que seja considerado como normalidade social pode promover a discriminação, acompanhada de acusação, isolamento, rejeição e a adoção de medidas punitivas e corretivas, tanto por parte dos sujeitos ditos “normais”, quanto por parte dos próprios sujeitos estigmatizados (ALENCAR *et al.*, 2014).

Em relação à infecção por HIV, o indivíduo soropositivo pode ser incluído no estereótipo do “aidético” e passa a ser percebido como alguém que pertence aos erroneamente denominados grupos de risco, carregando todo o peso moral dessa classificação. Além disso, a realidade de ser idoso e viver com o HIV/AIDS se coloca como uma realidade muitas vezes surpreendente, impensada e de difícil aceitação, uma vez que contraria os estereótipos

especificamente vinculados aos idosos, principalmente relacionados às concepções de assexualidade nesse momento da vida (CASSETTE *et al.*, 2016).

No aspecto social, o idoso convive com o estigma associado ao estar com AIDS, o medo de familiares e da comunidade; a diminuição dos recursos financeiros; questões relacionadas à qualidade de vida, entre outras (SERRA *et al.*, 2013b).

Ser infectado pelo HIV/AIDS se tornou um acontecimento doloroso nas vidas dos idosos. A constatação do diagnóstico de uma doença associada à discriminação, ao preconceito e repleta de estigmas, permite gerar novos comportamentos e sentimentos frente ao seu modo de viver, pois existe uma relação direta com a intimidade deles, com seus relacionamentos e com a morte. O HIV/AIDS quando adquirido assola o seu portador, de dúvidas e incertezas. Não se sabe ao certo se irá desenvolvê-lo ou não, ou como será o progresso do vírus. Muitas vezes as reações ao diagnóstico se fazem de forma traumática, com sentimento de revolta, angústia, medo, entre outros. Depara-se com uma mistura de sentimentos ruins, principalmente, no medo da exposição e a aceitação de alguns familiares e amigos (CELEDÔNIO; ANDRADE, 2014).

No estudo de Silva *et al.* (2015), as reações dos idosos diante o diagnóstico soropositivo para HIV, foram muitas vezes mencionados o medo da morte, o medo da incapacidade, mas, especialmente, o medo de que esse diagnóstico considerado constrangedor fosse revelado a familiares, amigos e a outras pessoas do convívio social, provocando constrangimentos ao idoso, rejeição, discriminação e afastamento das pessoas. Os entrevistados relatavam dúvidas sobre a realização de atividades cotidianas e das possibilidades de manter contatos familiares e relações afetivas a partir do diagnóstico. E, pelo medo do afastamento das pessoas, chama a atenção o número elevado de entrevistados nesse estudo, que declararam omitir o diagnóstico da maioria das pessoas de seu círculo mais íntimo de relações, revelando por vezes apenas a um parente próximo.

O impacto do diagnóstico de HIV/AIDS pode ser compreendido como um processo em que há uma radical descontinuidade biográfica, onde se faz bastantes questionamentos sobre as possibilidades ou impossibilidades colocadas na vida a partir do diagnóstico e sobre as formas de organizar a vida a partir desse acontecimento, além do sofrimento que o diagnóstico de HIV/AIDS traz, especialmente pela associação da doença ao preconceito, seja dos próprios sujeitos, seja de outras pessoas. O sofrimento parece intimamente relacionado às dúvidas que surgem após o diagnóstico em relação às possibilidades de convivência e aceitação ou rejeição das pessoas que fazem parte de suas relações sociais e, também, pelo julgamento de inferioridade que o próprio sujeito faz de si mesmo (SILVA; LORETO; MAFRA, 2017).

Diante disso, surge o papel da família, amigos, companheiro, como apoio social, onde muitas vezes se consagra como o alicerce de um indivíduo, sendo vista como um lugar seguro de seu membro fragilizado. Esse apoio ao idoso portador de HIV/AIDS é um divisor de águas que refletirá na reestruturação e aceitação de si mesmo depois do impacto sofrido pelo diagnóstico positivo para o HIV (OKUNO *et al.*, 2014).

Ao descobrir-se soropositivo para o HIV, imagina-se que a família tem um papel de muita importância, visto que toda a rede de relacionamento e suporte se desfaz e precisa ser reconstruída para ajudá-lo no enfrentamento da doença. A AIDS traz consigo um efeito devastador em toda a estrutura familiar e o sofrimento não atinge somente o paciente, mas também seus familiares e parceiros sexuais que irão enfrentar com ele as dificuldades, o preconceito e o estigma (OKUNO *op. cit.*).

Neste sentido, Galvão e Paiva (2011, p. 1024) salientam que:

[...] a rede social de apoio do HIV positivo é importante para ele não se sentir sozinho no enfrentamento de uma doença com as peculiaridades do HIV, marcada por preconceito, abandono e pela finitude da vida. Como observado, o suporte da família e amigos faz o portador do HIV conviver com a infecção com mais coragem e continuar sua vida portando uma doença crônica que exige cuidados como qualquer outra.

E a ausência do apoio social afeta de maneira negativa o estado psicológico das pessoas em geral. Pacientes clínicos internados que apresentavam depressão relataram mais falta de apoio social e maiores níveis de dor. Além disso, a carência de apoio social afetivo, a relação insatisfatória do cliente com a equipe multiprofissional, as informações inadequadas sobre a doença, juntamente com a grande quantidade de medicamentos, são fatores que podem dificultar a adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), interferindo na adequação às exigências do tratamento e rotinas diárias. Ao contrário, os benefícios do suporte social possibilitam uma melhor adesão ao tratamento, uma redução do estresse e dos problemas mentais, além de proporcionar melhora da autoestima, do bem-estar psicológico e de uma melhor qualidade de vida geral, por exemplo (MARQUES *et al.*, 2013).

## 2.2.APOIO SOCIAL AO IDOSO INFECTADO PELO HIV/AIDS

O estigma e o preconceito relacionados ao HIV ocasionam diversas consequências negativas no que se refere à luta contra a AIDS, tanto no que tange às pessoas que vivem com o vírus,

quanto no que concerne às estratégias de prevenção (JARDIM, 2012). Para Almeida e Labronici (2007, p.265):

[...] em função das representações, advindas do preconceito e da ignorância, as pessoas com o HIV e a AIDS vivenciam emoções singulares, permeadas de sofrimento dentro de um contexto repleto de significados, entre os quais, o medo do abandono, de ser julgado e de revelar sua identidade social, a culpa pelo adoecimento, a impotência, a fuga, a clandestinidade, a omissão, a exclusão e o suicídio, originados e construídos pelo real convívio com o social que reforça os hábitos e expectativas e que estão profundamente enraizados numa sociedade preconceituosa.

O construto do apoio social surgiu de modo proeminente na literatura em Psicologia e em áreas correlatas em meados dos anos 70. Em 1976, um dos trabalhos pioneiros, foi o de Cobb (1976), que teve grande relevância ao apontar a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas. Esse estudo buscou compreender como a inexistência ou a precariedade do apoio social poderia aumentar a vulnerabilidade às doenças, e como o apoio social protegeria os indivíduos de danos à saúde física e mental decorrentes de situações de estresse.

As redes de suporte ou apoio social são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos de relações em que se dá e recebe apoio, e nas quais se costuma fornecer ajuda material, serviços e informações; permitir às pessoas acreditarem que são cuidadas, amadas e valorizadas em momentos de alguma necessidade; dar garantia de que pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas; entre outros. O suporte social se torna importante na medida em que corresponde às necessidades experienciadas pelo próprio idoso. Dentro dessa perspectiva, o suporte social inclui uma rede ampla de suporte emocional, informacional e instrumental (SILVA; LORETO; MAFRA, 2017).

As redes sociais, tanto formais, quanto informais, são essenciais no atendimento as necessidades inerentes aos grupos de idosos, formando parcerias que procuram ser complementares, embora, não consigam atender inteiramente as demandas solicitadas pela população que tanto necessita dos seus serviços. Faz-se necessário destacar a importância da composição familiar e suas funções no suporte ao idoso, quando por ocasião de enfrentar condições adversas de estresse, saúde física, mental, ou outras demandas que as experiências possam vir a fragilizar a vida (ALVARENGA *et al.*, 2011).

Para Melchiorre *et al.* (2013) o apoio social se enquadra como parte importante da atenção integral à saúde do idoso, sendo definido como a integração do suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social que pessoas ou instituições possam oferecer, neste caso, a esta população. O apoio social é um dos aspectos mais relevantes quando se pensa

em melhorias de condições de vida e de saúde das pessoas, incluindo as pessoas idosas e que sua importância aumenta com o decorrer do envelhecimento (FREITAS *et al.*, 2017; MAIA *et al.*, 2016; JOHNSON *et al.*, 2014). A falta de rede social é preditor de mortalidade por diversas causas (HOBBS *et al.*, 2016).

Relatos de melhoria de parâmetros médicos, como saúde mental, depressão, incapacidades, medidas sociais como prevenção à institucionalização e indicadores de saúde como bem-estar e qualidade de vida (SEHLO; KAMFAR, 2015; MARQUES *et al.*, 2013; JAMES *et al.*, 2011; PAZIN *et al.*, 2016; FERNANDEZ-MAYORALAS *et al.*, 2012) estão entre os mais estudados e reforçam o quanto uma rede social bem como o seu apoio adequado em sua extensão e qualidade de relações alicerçam o suporte em nível emocional, instrumental, informacional e cognitivo (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Além da relação do apoio social à condição de saúde, esse suporte reportado às relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos envolve os colaboradores naturais (a família); os grupos informais (autoajuda) e os formais e institucionalizados, como as organizações de doentes, que podem compor as redes de apoio dos adoecidos, protegendo-os ou não. No espaço societário estas organizações reforçam a face política e coletiva de certas doenças, como a AIDS, agregando demandas, participação social, a ressignificação das interconexões e aprendizagem dos envolvidos (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

Sob as abordagens simultâneas, macro e microanalíticas, o apoio social pode ser visto como um tipo de prestação de ajuda que repousa, de um lado nos intercâmbios, obrigações e padrões de reciprocidade entre indivíduos, grupos, famílias e instituições, portando significados para os atores neles envolvidos, nas suas respectivas experiências cotidianas e contextos. De outro lado, dar, receber e retribuir apoio influencia-se e são influenciados pelas mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais que afetam as transformações das sociedades modernas (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

No Brasil, as redes sociais destacaram-se nas discussões acerca das DST, como se lê na Política Nacional DST/AIDS (BRASIL, 1999). Este documento propõe dois modelos de intervenção para o alcance das ações de promoção à saúde e prevenção as DST/AIDS, em que as redes sociais se configuram como fundamentais, são os modelos de mudança de comportamento, centrados no indivíduo, e os modelos de intervenção comportamental, centrados no grupo ou no coletivo, que considera a relevância do estabelecimento de vínculos e interação social:

[...] a percepção do risco para o HIV e para o uso indevido de drogas está diretamente relacionada aos vínculos e à comunicação estabelecidos num processo contínuo e permanente de interação. Nessa abordagem, é primordial analisar a composição das redes sociais da comunidade, as atividades dessas redes frente à adesão de práticas seguras e os riscos de vários segmentos (detectar redes sociais com risco elevado e as *'bridge populations'*) (BRASIL, 1999).

Entende-se que, diante do impacto do diagnóstico, deve surgir uma explosão de sentimentos vindos da dúvida sobre contar ou não para os amigos e familiares, ou até mesmo para outras pessoas próximas. Esse sentimento acaba por afetar os processos de comunicação e relacionamento com as pessoas, o que pode levar o paciente a se isolar, enfrentando sozinho sua nova condição (SILVA; LORETO; MAFRA, 2017).

Na velhice, o HIV/AIDS produz nos idosos marcas que mancham, que minam suas identidades, suas experiências, além de remodelar o seu ser e estar no mundo. O preconceito atrelado à AIDS se mantém vivo, cobrando das pessoas portadoras do vírus HIV um alto preço, em termos de sofrimento, isolamento e solidão, principalmente porque a discriminação advém muitas vezes de familiares e pessoas próximas, restringindo a rede de apoio dessas pessoas, o que causa consequências no enfrentamento positivo da doença (CASTRO *et al.*, 2014).

A rede familiar, juntamente com os amigos, vizinhos, tem participação decisiva no cuidado à saúde do membro infectado pelo HIV/ AIDS, particularmente na adesão à TARV, que exige mudanças na rotina e nos hábitos de todos os envolvidos. Espera-se que a família afete positivamente, segundo Bottiet *al.*, (2009):

[...] a autoestima, a autoconfiança e a autoimagem do indivíduo soropositivo e traz benefícios para o tratamento, fortalecendo o sujeito e preparando-o para dar continuidade a sua vida, já que ser portador do HIV não é motivo para aposentadoria, trancamento de matrícula de estudo, abandono de atividades sociais ou outras.

Segundo Vieira, Alves e Sousa (2012), a família exerce um papel muito importante na vida do idoso. No entanto, cada família tem uma forma de reagir diante do diagnóstico de soropositividade, e isso vai depender de sua crença, cultura e regras. Dessa forma, é comum ver até mesmo o afastamento dos membros da família e de pessoas do convívio social do idoso, sendo isso, consequência da dificuldade da família em aceitar a doença, com medo da contaminação, da diminuição da renda devido aos gastos com o tratamento, da falta de conhecimento a respeito da doença e, até mesmo, dos tabus relacionados à sexualidade na terceira idade.

Em estudo realizado por Andrade, Silva e Santos (2010) com 75 idosos portadores do HIV, estes descreveram que a descoberta da doença acarretou vivências de estigma e discriminação. Além disso, foram apontadas pelos idosos as limitações físicas, a necessidade de acompanhamento clínico ou o uso contínuo dos medicamentos e suas eventuais consequências. Foram citados também sentimentos de incredulidade, isolamento e receio de discriminação, tanto da família quanto do serviço de saúde. Ou seja, a AIDS tem implicações não somente sobre os domínios da vida dos idosos, mas também no funcionamento de suas famílias, o que leva à busca de apoio ou conforto emocional.

Os mesmos autores desse estudo anterior relatado comentam que a busca por meios de ajuda ou apoio é considerada uma reação natural do ser humano que está passando por uma situação complicada sob forte estresse, na procura por um conforto emocional. Isto é, há uma busca por redes de apoio, tanto formais quanto informais, visando ao enfrentamento dos problemas e à saída da crise.

No estudo de Silva, Loreto e Mafra (2017), para o idoso portador do HIV/AIDS, enfrentar a doença sozinho gera diversos sentimentos ruins; desse modo, a falta de apoio da família e de amigos traz consequências negativas na adesão ao tratamento, no isolamento do paciente e na dificuldade que o idoso tem de buscar ajuda. As reações da família em relação ao indivíduo portador do vírus HIV/AIDS podem ser influenciadas pelos significados que a cultura atribui à doença, acarretando assim que os idosos sejam discriminados e excluídos algumas vezes, do grupo familiar, por exemplo, (RIBEIRO, 2012; GONÇALVES, 2011).

Zhang *et al.*(2012) e Forouzanet *al.*(2013) acharam nos seus estudos que os membros da família são os mais envolvidos no apoio social das pessoas que vivem com HIV/AIDS. No contexto do HIV, a família surge como uma unidade de cuidado, porquanto pode contribuir para o equilíbrio físico e mental de seus integrantes, isto porque é pela e na família que há produção de cuidados essenciais no contexto da saúde (SILVA; LOREDO; MAFRAM 2017), já que os familiares se mostram fundamentais na promoção, prevenção e assistência, lembrando que os mesmos vivenciam o HIV/AIDS, pois todos sofrem o impacto e reflexo que a doença carrega, além das mudanças psicoemocionais e sociais frente às limitações do idoso infectado(LEMOS,2016).

Assim, o preconceito e a falta de informação que as pessoas têm sobre a AIDS levam os portadores do HIV/AIDS a esconderem sua condição soropositiva, devido ao medo do julgamento e de se sentirem discriminados. Especialmente com os idosos, a vergonha é um fator importante para que esses escondam o diagnóstico de todos. Dessa forma existindo uma necessidade de campanhas direcionadas para essa faixa etária, com a finalidade de quebrar os

tabus que existem acerca da sexualidade na terceira idade, por exemplo. Portanto, os idosos podem se sentir mais à vontade para falarem com outras pessoas sobre o assunto, bem como para buscarem apoio junto das suas redes de convivência, especialmente os familiares (SILVA; LORETO; MAFRA, 2017).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o apoio social das pessoas idosas com HIV/AIDS cadastrados em serviços de referência e seus fatores associados.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, condições clínicas (saúde auto percebida, morbidade referida em prontuário e tempo de diagnóstico), capacidade funcional, sintomatologia depressiva e engajamento com a vida, das pessoas idosas participantes do estudo;
- Identificar o apoio social segundo os conjuntos: família e amigos;
- Verificar se existe associação entre apoio social e as demais variáveis investigadas.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com base em dados secundários, coletados para a construção de projeto desenvolvido pelo grupo de pesquisa: Saúde do Idoso, coordenado pela Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal, sob o título “IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS INFECTADOS PELO HIV/AIDS ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA”.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos Serviços de Referência de assistência ao paciente infectado com HIV/AIDS no município de Recife/PE, e suas informações guardadas no Departamento de Medicina Social, da Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

Os Serviços de Referência de assistência ao paciente infectado pelo HIV/AIDS foram os seguintes:

- Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM – UPE;
- Hospital Barão de Lucena (HBL) – SES (Secretaria Estadual de Saúde) – PE;
- Hospital Correia Picanço (HCP) – SES – PE;
- Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC) – UFPE;
- Hospital Otávio de Freitas (HOF) – SES – PE;
- Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP;
- Policlínica Lessa de Andrade (PLA).

### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para o estudo a população selecionada foi constituída por idosos infectados pelo vírus HIV/AIDS, de ambos os sexos, cadastrados no período de 2009 a 2014, dados fornecidos pela SES/PE (Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco) do Programa Estadual de DST/AIDS.

**Quadro 1** - Quantitativo de idosos infectados por HIV/Aids distribuídos nos serviços de referência para DST/Aids – Recife/PE-2018.

Serviços de referência	Masculino	Feminino	Total
Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM – UPE	02	04	06
Hospital Barão de Lucena – SES – PE	09	02	11
Hospital Correia Picango – SES – PE	472	248	720
Hospital das Clínicas de Pernambuco – UFPE	84	48	132
Hospital Otávio de Freitas – SES – PE	19	09	28
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	35	19	54
Policlínica Lessa de Andrade	53	28	81
Total	839	452	1032

**Fonte:** SES/PE – Programa Estadual de DST/AIDS.

#### 4.4 TAMANHO AMOSTRAL

Para a determinação do tamanho da amostra, foi adotado o valor de 50% como a prevalência esperada para o evento – HIV/AIDS, por não ter se encontrado na literatura especializada um consenso sobre a magnitude dessa prevalência.

Ficou estabelecido um nível de confiança de 95% e um erro máximo aceitável de 5%. Para o cálculo do tamanho amostral, utilizou-se a fórmula:

$$n = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

onde: n = Tamanho amostral; z = Escore da curva normal padrão correspondente ao nível de confiança escolhido. Para o nível de 95%, z = 1,96; p<sub>e</sub> = Proporção esperada igual a 50%; e = Margem de erro igual a 0,05 (5%); N = Tamanho populacional igual a idosos cadastrados, que

segundo dados fornecido pela Secretaria de Saúde, em relação aos Serviços de referência que farão parte do estudo, corresponde a 1032.

Com o intuito de viabilizar o tamanho da amostra, levando-se em consideração o tamanho finito da população, foi utilizado o Fator de Correção para População Finita (FCPF). Dessa forma, o tamanho amostral efetivo será calculado pela seguinte fórmula:

$$n^* = n \cdot \text{FCPF}, \text{ onde } \text{FCPF} =$$

**Quadro 2-**Fator de Correção para População Finita para cálculo do tamanho amostral – Recife/PE- 2018.

N	1032
Z	1,96
P	50%
E	0,05
<b>N</b>	<b>384,16</b>
<b>FCPF</b>	<b>0,63</b>
<b>n*</b>	<b>241</b>
Tamanho da amostra	241

Como se trata de um estudo a ser realizado com dados secundários, o tamanho da amostra foi limitado pela disponibilidade de dados. Os registros selecionados no banco de dados serão aqueles que trazem informações para as variáveis a serem investigadas.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idosos que estivessem cadastrados nos Serviços de Referência no período estabelecido para o estudo (2009 a 2014);
- Ter idade mínima igual ou acima de 60 anos – condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso-PNI;
- Idosos que tenham participado do estudo de forma voluntária, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

#### 4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Foram excluídos os idosos que apresentavam enfermidades ou agravo à saúde que trouxessem comprometimento cognitivo.

#### 4.7 ELENCO DE VARIÁVEIS

##### 4.7.1 Variável Dependente

- **Apoio Social** - foi utilizada para avaliação a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben-EBRSL (LSNS – *Lubben Social Network Scale*). Composta por 10 itens para avaliar o nível de apoio percebido e recebido por pessoas idosas em relação a seus familiares, amigos e vizinhos (LUBBEN, 1988). No Brasil, Ribeiro *et al.* (2012), validou em seis itens.

O instrumento contempla: um conjunto de perguntas que se refere a família, onde foram consideradas as pessoas de quem o idoso é familiar por nascimento, casamento e adoção, e outro conjunto onde foram considerados todos os amigos do idoso, incluindo os que vivem na sua vizinhança. Onde estão presentes as seguintes questões: (1) “Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?”, (2) “De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. As mesmas perguntas são aplicadas no conjunto que diz respeito a família.

A escala tem como pontuação final o resultado do somatório dos três itens, apresentando de 0 a 30 pontos e as respostas a cada um dos itens variam numa escala de 0 a 5 (RIBEIRO *et al.*, 2012). Para classificar o idoso em relação às suas redes sociais, no presente estudo a rede de apoio social insuficiente correspondeu a pontuação abaixo de 12, com risco de isolamento social e uma pontuação acima de 12 com menor risco de isolamento social devido a um apoio social suficiente.

##### 4.7.2 Variáveis Independentes

###### – Dados Sócio-demográficos

- Idade – foi considerado anos completos a partir da data de nascimento e coleta dos dados;
- Escolaridade – de acordo com anos de estudo com aprovação, foi categorizada atendendo aos seguintes intervalos: nenhum, 01 a 03 anos, 04 a 07 anos; 08 a 11 anos, 12 ou mais;

- Estado conjugal – casado (a) ou em união consensual, solteiro (a) (nunca se casou ou morou com companheiro (a)), viúvo (a)/sem companheiro atual, separado ou divorciado, não sabe e não responde;
- Arranjo familiar – número e parentesco de pessoas que co-habitam na mesma residência do idoso, categorizada da seguinte maneira: esposo (a) ou companheiro (a), filho (a) ou enteado (a), genro/nora, neto (a), irmão (a) ou cunhado (a), outros parentes, amigo(a) ou conhecido (a), mora sozinho (a), a quantidade e não responde;
- Situação previdenciária – as categorias utilizadas foram: não aposentado (a), aposentado (a), pensionista e aposentado (a), pensionista, não sabe e não responde;
- Renda – rendimentos mensais totais, distribuído nos seguintes intervalos: menos de um salário mínimo, de um a dois salários mínimos, de dois a quatro salários mínimos e mais de quatro salários mínimos;
- Origem dos recursos financeiros – foi utilizado as seguintes categorias: não tem rendimento próprio, salário ou atividade informal, aposentadoria, pensão, aluguel de imóveis e outra fonte;
- Contribuição na renda familiar – foi questionado se o idoso (a) contribui com o sustento da casa, da seguinte forma: totalmente, parcialmente ou não contribui.
- Religião – foram categorizadas em: católica apostólica romana, evangélica, espírita, sem religião, não declara, outras.

#### **- Condições Clínicas**

- Saúde auto percebida: foi aplicada uma escala de 5 pontos (excelente, muito bom, bom, regular ou ruim). Preenchendo o critério de EBS (Envelhecimento Bem-Sucedido) os idosos que referirem sua saúde como boa, muito boa ou excelente.
- Morbidade referida no prontuário do idoso: foram avaliadas por meio do prontuário dos pacientes nos Serviços de referência em relação a: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Doenças Cardiovasculares (DCV), osteoporose, osteoartrose, doenças neurológicas.
- Tempo de diagnóstico registrados no prontuário.

**- Capacidade Funcional:** foi utilizado para avaliação da capacidade funcional o Índice de Barthel. Este instrumento é utilizado para medir a independência funcional no autocuidado, mobilidade, locomoção e eliminações. Portanto, utilizado especificamente para medir o grau de assistência exigido por um indivíduo em 10 itens correspondentes a atividades da vida diária (AVDs): alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações

vesicais, uso de vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. Cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente: independente (10 pontos), com alguma ajuda (05 pontos), dependente (0). A pontuação varia de 0 a 100 e quanto mais elevado o valor da soma de todos os pontos, mais independente é o paciente (MINOSSO *et al.*, 2010).

- **Sintomatologia Depressiva:** foi identificada pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – EDG, criada especificamente para a população idosa. Contempla 30 questões sobre sentimentos e comportamentos referentes à última semana com respostas “sim/não”. Com o objetivo de tornar mais adequada para pacientes com distúrbios cognitivos, foi realizada a adaptação do formato para uma versão reduzida com 15 questões, porém com uma especificidade e sensibilidade menor, a qual foi utilizada na presente pesquisa, como uma variável independente. A versão completa, com 30 questões, tem uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95% e permanece inalterada desde 1983, ano em que foi criada. (ROMAN; CALLEN, 2008).

- **Engajamento com a vida:** de acordo com os autores Rowe e Kahn (1987), foi considerado como engajamento com a vida as relações sociais e as atividades produtivas. Desta maneira, foram considerados como “indivíduos engajados com a vida” os idosos que relataram fazer qualquer trabalho remunerado durante a última semana da entrevista ou qualquer trabalho voluntário. Além de relatar algumas destas conexões sociais: ser casado, viver em companhia com um parente ou amigo e participar de alguma celebração religiosa rotineira. Destacamos que esta mesma classificação foi realizada por Arias-Merino (2012) em um estudo recente no México.

#### 4.8 INSTRUMENTO DA PESQUISA

Foi utilizado o banco de dados dos questionários elaborados/utilizados para a pesquisa e os resultados das escalas aplicadas (APÊNDICE A).

#### 4.9 COLETA DE DADOS

O estudo utilizou os dados secundários do banco de dados, guardado na Área Acadêmica de Medicina Social, da UFPE, Recife/PE, de acordo com as variáveis estabelecidas na pesquisa.

#### 4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi construído um banco na planilha eletrônica Microsoft Excel. O banco foi importado para o software SPSS, versão 18, onde foi realizada a análise. Para avaliar o perfil sociodemográfico e condições clínicas dos idosos, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Para avaliar os fatores que influenciam no nível de apoio social recebido pelo idoso, foram construídas as tabelas de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, aplicou-se o teste Exato de Fisher. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

Para avaliar os fatores que influencia conjuntamente no risco para o isolamento, foi ajustado um modelo multivariado de Poisson com variância robusta. Para entrada no modelo foi considerado o nível de significância de até 20% na análise bivariada. Para permanência do modelo foi considerado o nível de significância de 5% e foi aplicado o teste de Wald. A curva ROC foi estimada para determinar o poder de sensibilidade do modelo ajustado.

Por fim, a apresentação dos resultados atenderá às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

#### 4.11 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa desenvolvida está vinculada ao projeto “IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS INFECTADOS PELO HIV/AIDS ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA”, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE (CAAE nº 57919716.0.0000.5208) (ANEXO A).

Desta forma, a investigação resguardou os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência. Atendendo aos requisitos preestabelecidos na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (MS), referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos.

## 5 RESULTADOS

Na tabela 1 temos a caracterização do perfil sócio-demográfico dos idosos avaliados. Verifica-se que a maioria era do sexo feminino (62,7%), possui idade de 60 a 65 anos (44,4%), estudou entre 1 a 3 anos (Fundamental I) (28,6%), era casado ou estava em união estável (34,4%) e segue a religião católica apostólica (52,0%). Ainda, observa-se que o idoso mais novo tinha 60 anos e o mais velho tinha 84 anos. Em média, a idade dos idosos era de 67 anos com desvio padrão de 4,3 anos. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados no estudo (p-valor menor que 0,05), indicando que o perfil descrito é relevantemente o mais frequente entre os idosos avaliados.

**Tabela 1** - Caracterização do perfil sócio-demográfico dos idosos avaliados-Recife/PE-2019.

<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	151	62,7	<0,001
Masculino	90	37,3	
<b>Idade</b>			
60 a 65 anos	107	44,4	<0,001
66 a 70 anos	93	38,6	
71 ou mais anos	41	17,0	
Mínimo - Máximo	60 - 84		-
Média±Desvio padrão	67 ± 4,3		-
<b>Escolaridade</b>			
Nenhuma	25	10,4	<0,001
01 a 03 anos	69	28,6	
04 a 07 anos	59	24,5	
08 a 11 anos	56	23,2	
12 anos ou mais	32	13,3	

<b>Estado conjugal</b>			
Casado ou união estável	83	34,4	
Solteiro	74	30,7	<0,001
Viúvo	45	18,7	
Separado ou divorciado	39	16,2	
<b>Religião</b>			
Católica apostólica	125	52,0	
Evangélica	68	28,2	
Espírita	9	3,7	<0,001
Sem religião	9	3,7	
Não declarada	30	12,4	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na tabela 2 temos a prevalência das pessoas que moram com os idosos e a distribuição do número de pessoas com quem reside. Verifica-se que os elementos mais presentes no arranjo familiar dos idosos são: filho (32,0%), esposo (24,5%) e neto (17,8%). Ainda, observa-se que 31,1% dos idosos afirmaram que moram sozinhos. Ao avaliar o número de pessoas que dividem a casa como idoso, a maioria informou que divide apenas com uma pessoa (32,8%), seguido dos idosos que moram sozinhos (31,1%).

**Tabela 2** - Caracterização do arranjo familiar dos pacientes avaliados – Recife/PE- 2019.

<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Com quem mora</b>			
Filho	77	32,0	
Mora só	75	31,1	
Esposo	59	24,5	
Neto (a)	43	17,8	-
Irmão (a)	23	9,5	
Companheiro	16	6,6	

Mãe	12	5,0	
Sobrinho (a)	10	4,2	
Pai	5	2,1	
Genro/nora	5	2,1	
Cunhado (a)	5	2,1	
Enteado	4	1,6	
Amigo (a)	4	1,6	
Primo (a)	2	0,8	
<b>Mora com quantas pessoas</b>			
Ninguém	75	31,1	
1 pessoa	79	32,8	<0,001
2 a 3 pessoas	68	28,2	
4 ou mais pessoas	19	7,9	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na tabela 3 temos a caracterização do perfil econômico dos idosos avaliados. Verifica-se que a maioria possui rendimento de 1 a 2 SM (55,7%), está aposentado (64,7%) e contribui totalmente para o sustento da família (56,8%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor menor que 0,05), indicando que o perfil descrito é relevantemente o mais frequente entre os idosos avaliados

**Tabela 3** - Caracterização do perfil econômico dos idosos avaliados-Recife/PE-2019.

<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Rendimento mensal individual</b>			
Sem renda	15	6,2	
Menos de 1 SM	27	11,2	
De 1 a 2 SM	134	55,7	<0,001
De 2 a 4 SM	36	14,9	
Mais de 4 SM	29	12,0	

<b>Origem dos recursos financeiros</b>			
Rendimento próprio	19	7,9	
Salário ou atividade informal	38	15,8	
Aposentadoria	156	64,7	<0,001
Pensão	18	7,5	
Salário ou Atv. Inf + Aposentadoria	10	4,1	
<b>Contribuição no sustento familiar</b>			
Totalmente	137	56,8	
Parcialmente	86	35,7	<0,001
Não contribui	18	7,5	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na tabela 4 temos a caracterização das condições clínicas relacionado às morbidades referidas no prontuário dos idosos. Verifica-se que as morbidades mais presentes são HAS (39,0%), DM (24,5%) e Osteoporose (12,9%). As morbidades menos presentes são: Neoplasia (1,7%), doenças respiratórias (4,1%) e doenças neurológicas (4,5%).

**Tabela 4** - Caracterização das condições clínicas relacionado às morbidades referidas no prontuário dos idosos avaliados-Recife/PE-2019.

<b>Morbidade referida</b>	<b>Avaliação da morbidade</b>		
	<b>Ausente</b>	<b>Presente</b>	<b>Não informado</b>
HAS	133(55,2%)	94(39,0%)	14(5,8%)
DM	167(69,3%)	59(24,5%)	15(6,2%)
DCV	200(83,0%)	24(10,0%)	17(7,0%)
Osteoporose	194(80,5%)	31(12,9%)	16(6,6%)
Osteoartrose	201(83,4%)	26(10,8%)	4(5,8%)
Doenças neurológicas	213(88,4%)	11(4,5%)	17(7,1%)
Doenças Respiratórias	213(88,4%)	10(4,1%)	18(7,5%)
Neoplasia	221(91,7%)	4(1,7%)	16(6,6%)

Na tabela 5 temos a caracterização das condições clínicas (tempo de diagnóstico, saúde auto percebida), capacidade funcional, sintomatologia depressiva e engajamento com a vida. Verifica-se que a maioria dos idosos possui de 11 a 15 anos de diagnóstico (34,0%), afirmaram estar com boa saúde (53,5%), são independentes (96,7%), sem presença de depressão e possui engajamento com a vida (91,3%). O teste de comparação não apresentou significância apenas na avaliação da saúde auto percebida ( $p$ -valor = 0,273), indicando que o número de idosos que se acredita ter uma boa saúde é semelhante ao número de idosos que não considera satisfatória sua saúde.

**Tabela 5**– Caracterização das condições clínicas, capacidade funcional, sintomatologia depressiva e engajamento com a vida- Recife/PE-2019.

<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Tempo de diagnóstico</b>			
Até 5 anos	45	18,7	<0,002
6 a 10 anos	48	19,9	
11 a 15 anos	82	34,0	
Acima de 15 anos	66	27,4	
<b>Saúde auto percebida</b>			
Satisfatória	129	53,5	<0,273
Não satisfatória	112	46,5	
<b>Capacidade funcional</b>			
Dependência	8	3,3	<0,001
Independência	233	96,7	
<b>Sintomatologia depressiva</b>			
Sem depressão	162	67,2	<0,001
Com depressão	79	32,8	
<b>Engajamento com a vida</b>			
Não	21	8,7	<0,001
Sim	220	91,3	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Ao verificar a caracterização dos fatores relacionados ao apoio social (Tabela 6) podemos verificar que a maioria dos idosos não apresenta risco de isolamento (57,7%), pois possui uma boa rede de apoio. Ainda, verifica-se que o escore de apoio social é maior no domínio família (mediana = 7,0 pontos) do que no domínio amigos (mediana = 6,0 pontos). No geral, a mediana

do escore de apoio é de 12,0 pontos com amplitude interquartil de 8,0 pontos. Ao comparar a distribuição do apoio familiar com o apoio dos amigos, o teste de distribuição foi significativo (p-valor = 0,001), indicando que os idosos recebem um nível de apoio familiar relevantemente maior do que o apoio dos amigos.

**Tabela 6**– Caracterização dos fatores relacionados ao apoio social-Recife/PE-2019.

<b>Avaliação do apoio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Classificação do apoio</b>			
Risco de isolamento	102	42,3	0,017
Sem risco de isolamento	139	57,7	
<b>Escore Família</b>			
Mínimo - Máximo	0 - 15,0		-
Mediana (ampl. Int.)	7,0 (4,0)		-
<b>Escore Amigos</b>			
Mínimo - Máximo	0 - 15,0		-
Mediana (ampl. Int.)	6,0 (6,0)		-
<b>Escore Geral</b>			
Mínimo - Máximo	0 - 30,0		-
Mediana (ampl. Int.)	12,0 (8,0)		-

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na tabela 7 temos a caracterização do risco para o isolamento segundo o perfil sociodemográfico e arranjo familiar dos idosos. Verifica-se que a maior prevalência de risco para isolamento no grupo de idosos, é ser representado pelo sexo masculino (46,7%), com idade de 66 a 70 anos (45,2%), sem escolaridade (68,0%), está separado ou divorciado, sem religião declarada (50,0%) e que mora sozinho. Embora seja encontrado maior prevalência de risco no grupo de pacientes com perfil descrito, o teste de independência foi significativo apenas no fator escolaridade (p-valor = 0,002), indicando que o tempo que o paciente estudou modifica de forma significativa a possibilidade de isolamento.

**Tabela 7** - Caracterização do risco para o isolamento segundo o perfil sócio demográfico e arranjo familiar dos idosos avaliados-Recife/PE-2019.

Fator avaliado	Risco para isolamento		p-valor
	Sim	Não	
<b>Sexo</b>			
Feminino	60(39,7%)	91(60,3%)	0,292 <sup>1</sup>
Masculino	42(46,7%)	48(53,3%)	
<b>Idade</b>			
60 a 65 anos	44(41,1%)	63(58,9%)	0,758 <sup>1</sup>
66 a 70 anos	42(45,2%)	51(54,8%)	
71 ou mais anos	16(39,0%)	25(61,0%)	
<b>Escolaridade</b>			
Nenhuma	17(68,0%)	8(32,0%)	<b>0,002<sup>1</sup></b>
01 a 03 anos	34(49,3%)	35(50,7%)	
04 a 07 anos	26(44,1%)	33(55,9%)	
08 a 11 anos	13(23,2%)	43(76,8%)	
12 anos ou mais	12(37,5%)	20(62,5%)	
<b>Estado conjugal</b>			
Casado ou união estável	34(41,0%)	49(59,0%)	0,078 <sup>1</sup>
Solteiro	31(41,9%)	43(58,1%)	
Viúvo	14(31,1%)	31(68,9%)	
Separado ou divorciado	23(59,0%)	16(41,0%)	
<b>Religião</b>			
Católica apostólica	52(41,6%)	73(58,4%)	0,297 <sup>2</sup>
Evangélica	31(45,6%)	37(54,4%)	
Espírita	1(11,1%)	8(88,9%)	
Sem religião	3(33,3%)	6(66,7%)	
Não declarada	15(50,0%)	15(50,0%)	
<b>Mora com quantas pessoas</b>			
Ninguém	37(49,3%)	38(50,7%)	0,271 <sup>1</sup>
1 pessoa	35(44,3%)	44(55,7%)	
2 a 3 pessoas	24(35,3%)	44(64,7%)	
4 ou mais pessoas	6(31,6%)	13(68,4%)	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para independência.

<sup>2</sup>p-valor do teste Exato de Fisher.

A caracterização do risco para isolamento segundo o perfil econômico dos idosos avaliados pode ser visualizada a seguir (tabela 8). O grupo com maior prevalência do risco para o isolamento possui rendimento de menos de 1 SM (48,1%), recebe salário somando com aposentadoria (60,0%) e contribui totalmente no sustento da família. Mesmo sendo encontrada maior prevalência de risco de isolamento em alguns grupos, o teste de independência não foi significativo (p-valor maior que 0,05), indicando que os fatores relacionados ao perfil econômico não são determinantes para o risco para isolamento.

**Tabela 8** - Caracterização do risco para o isolamento segundo o perfil econômico dos idosos avaliados-Recife/PE-2019.

Fator avaliado	Risco para isolamento		p-valor
	Sim	Não	
<b>Rendimento mensal individual</b>			
Sem renda	6(40,0%)	9(60,0%)	
Menos de 1 SM	13(48,1%)	14(51,9%)	
De 1 a 2 SM	63(47,0%)	71(53,0%)	0,270 <sup>1</sup>
De 2 a 4 SM	11(30,6%)	25(69,4%)	
Mais de 4 SM	9(31,0%)	20(69,0%)	
<b>Origem dos recursos financeiros</b>			
Rendimento próprio	9(47,4%)	10(52,6%)	
Salário ou atividade informal	14(36,8%)	24(63,2%)	
Aposentadoria	65(41,7%)	91(58,3%)	0,735 <sup>1</sup>
Pensão	8(44,4%)	10(55,6%)	
Salário ou Atv. Inf + Aposentadoria	6(60,0%)	4(0,0%)	
<b>Contribuição no sustento familiar</b>			
Totalmente	63(46,0%)	74(54,0%)	
Parcialmente	31(36,0%)	55(64,0%)	0,337 <sup>1</sup>
Não contribui	8(44,4%)	10(55,6%)	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para independência.

Na tabela 9 temos a caracterização do risco para isolamento diante das condições clínicas relacionado às morbidades referidas no prontuário dos idosos avaliados. Verifica-se maior prevalência de risco para isolamento no grupo de pacientes que possui ausência de HAS (47,4%), DM (46,1%), osteoporose (43,8%), osteoartrose (43,3%) e doença respiratória (42,7%); ainda, essa maior prevalência do risco foi encontrada nos pacientes que possuem DCV (45,8%), doenças neurológicas (63,6%) e presença de neoplasia (50,0%). Mesmo sendo

encontrada maior prevalência do risco no grupo de pacientes com o perfil descrito, o teste de independência não foi significativo em nenhuma das morbidades avaliadas (p-valor foi maior que 0,05 em todas as morbidades), indicando que a presença ou ausência de morbidade não é determinante para aumento significativo do risco para isolamento.

**Tabela 9-** Caracterização do risco para o isolamento segundo as morbidades referidas nos prontuários dos idosos avaliados - Recife/PE-2019.

Fator avaliado	Risco para isolamento		p-valor
	Sim	Não	
<b>HAS</b>			
Ausente	63(47,4%)	70(52,6%)	0,093 <sup>1</sup>
Presente	34(36,2%)	60(63,8%)	
<b>DM</b>			
Ausente	77(46,1%)	90(53,9%)	0,063 <sup>1</sup>
Presente	19(32,2%)	40(67,8%)	
<b>DCV</b>			
Ausente	84(42,0%)	116(58,0%)	0,720 <sup>1</sup>
Presente	11(45,8%)	13(54,2%)	
<b>Osteoporose</b>			
Ausente	85(43,8%)	109(56,2%)	0,226 <sup>1</sup>
Presente	10(32,3%)	21(67,7%)	
<b>Osteartrose</b>			
Ausente	87(43,3%)	114(56,7%)	0,400 <sup>1</sup>
Presente	9(34,6%)	17(65,4%)	
<b>Doenças neurológicas</b>			
Ausente	88(41,3%)	125(58,7%)	0,210 <sup>2</sup>
Presente	7(63,6%)	4(36,4%)	
<b>Doenças respiratórias</b>			
Ausente	91(42,7%)	122(57,3%)	0,525 <sup>2</sup>
Presente	3(30,0%)	7(70,0%)	
<b>Neoplasia</b>			
Ausente	94(42,5%)	127(57,5%)	1,000 <sup>2</sup>
Presente	2(50,0%)	2(50,0%)	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para independência.

<sup>2</sup>p-valor do teste Exato de Fisher.

Na tabela 10 temos a caracterização do risco para o isolamento segundo a situação clínica do idoso. Verifica-se maior prevalência de risco para isolamento no grupo de idosos com tempo de diagnóstico até 5 anos (53,3%), insatisfatória autopercepção da saúde (47,3%), que apresenta dependência na capacidade funcional (62,5%), com sintomatologia depressiva (59,5%) e sem engajamento com a vida (52,4%). O teste de independência não foi significativo para os fatores avaliados (todos os p-valor maior que 0,05), exceto na variável sintomatologia depressiva em que o p-valor < 0,001, indicando que a presença de depressão pode alterar o risco de isolamento.

**Tabela 10**– Caracterização do risco para o isolamento segundo a situação clínica do idoso – Recife/PE-2019.

Fator avaliado	Risco para isolamento		p-valor
	Sim	Não	
<b>Tempo de diagnóstico</b>			
Até 5 anos	24(53,3%)	21(46,7%)	0,056 <sup>1</sup>
6 a 10 anos	17(35,4%)	31(64,6%)	
11 a 15 anos	40(48,8%)	42(51,2%)	
Acima de 15 anos	21(31,8%)	45(68,2%)	
<b>Saúde auto percebida</b>			
Boa	49(38,0%)	80(62,0%)	0,143 <sup>1</sup>
Não satisfatória	53(47,3%)	59(52,7%)	
<b>Capacidade funcional</b>			
Dependência	5(62,5%)	3(37,5%)	0,288 <sup>2</sup>
Independência	97(41,6%)	136(58,4%)	
<b>Sintomatologia depressiva</b>			
Sem depressão	55(34,%)	107(66,0%)	<0,001 <sup>1</sup>
Com depressão	47(59,5%)	32(40,5%)	
<b>Engajamento com a vida</b>			
Não	11(52,4%)	10(47,6%)	0,329 <sup>1</sup>
Sim	91(41,4%)	129(58,6%)	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para independência.

<sup>2</sup>p-valor do teste Exato de Fisher.

Na tabela 11 temos o ajuste do modelo final de Poisson para o risco do isolamento. Das variáveis que apresentaram significância estatística de até 20% na análise bivariada, a saber: escolaridade (p-valor = 0,002), estado conjugal (p-valor = 0,078), ausência de HAS (p-valor = 0,093), ausência de DM (p-valor = 0,063), tempo de diagnóstico (p-valor = 0,056), saúde auto

percebida ( $p$ -valor = 0,143) e sintomatologia depressiva ( $p$ -valor < 0,001), apenas a última apresentou maior força para a determinação do risco de isolamento. Ainda, observa-se que o grupo de pacientes com depressão apresenta 75% de risco a mais para o isolamento quando comparado com o grupo de pacientes sem depressão (RP = 1,75).

**Tabela 11** - Ajuste do modelo final de Poisson para o risco do isolamento- Recife/PE-2019.

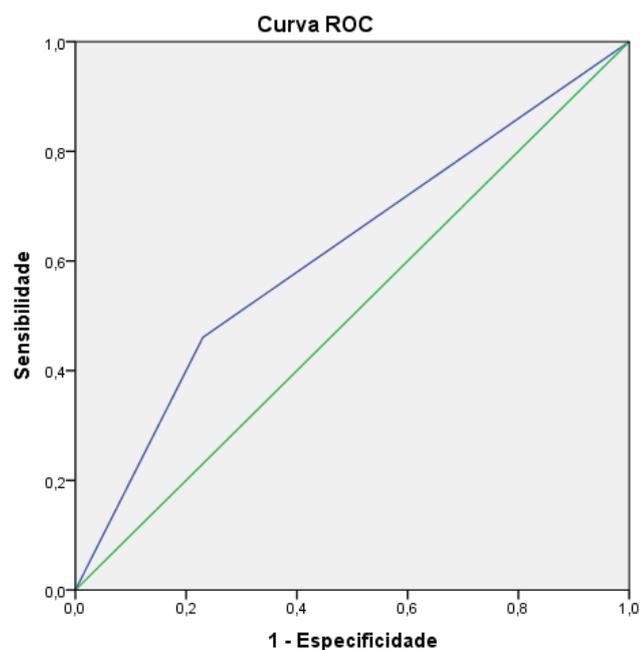
Fator avaliado	RP	IC (95%)	p-valor
<b>Sintomatologia depressiva</b>			
Sem depressão	1,00	-	-
Com depressão	1,75	1,19 - 2,59	0,005

RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de confiança.

<sup>1</sup>p-valor do teste de Wald.

Na figura 1 abaixo temos a curva ROC para o modelo de Poisson ajustado. Foi encontrada uma área significativamente relevante ( $p$ -valor = 0,002; área = 0,615), o que indica que o modelo possui um bom poder de sensibilidade e de especificidade.

**Figura 1 - Curva ROC para o modelo Poisson**



## 6 DISCUSSÃO

As características sociodemográficas da casuística estudada em termos de categorias mais prevalentes apresentam similaridades aos estudos de Bastos (2018) e De Paula *et al.* (2015), onde essa mesma configuração demográfica da pesquisa representa o atual perfil de idosos usuários da rede pública de saúde, seguindo a mesma tendência da conjuntura, na qual as epidemias de Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) podem se expandir.

O aumento do número de idosas com HIV/Aids é uma característica nacional, evidenciando o fenômeno da “feminização” da pandemia, que por sua vez, trata-se de um fenômeno no qual o número de casos de infecção pelo vírus tem aumentado entre as mulheres em consequência de sua vulnerabilidade biológica e social dentro de um contexto de um comportamento socio sexual atual (SERRA *et al.*, 2013). Quando analisado os casos diagnosticados de HIV no Brasil, fazendo um recorte dos últimos 10 anos, torna-se evidente o aumento progressivo de mulheres diagnosticadas com HIV positivo. Esse cenário de aproximação de gênero quanto ao diagnóstico de HIV está presente em estudos epidemiológicos (BRASIL, 2015; BERTONI, 2016; TREVISOL *et al.*, 2013).

Um dos pontos que podem levar a uma maior vulnerabilidade biológica da mulher, é o fato delas apresentarem maior susceptibilidade à infecção pelo vírus, devido as alterações morfofisiológicas que o seu organismo sofre em decorrência do processo de envelhecimento, e que, ao contrário dos homens (disfunção erétil), não impede a prática de atividade sexual (SERRA *et al.*, 2013).

Já a vulnerabilidade social das mulheres faz referência aos seguintes aspectos: insuficiência de políticas públicas que efetivem seus direitos humanos; persistência de um olhar sobre a saúde das mulheres com um enfoque meramente reprodutivo; falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos femininos; falta de acesso à educação; persistência de padrões culturais e religiosos que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas, como o uso do preservativo, tanto masculino quanto feminino; menor empregabilidade feminina; violência doméstica e sexual (SERRA *et al.*, 2013).

A baixa escolaridade (com predominância do ensino fundamental ou analfabetismo) e a baixa renda também estão presentes na realidade da maioria dos idosos com HIV (QUADROS *et al.*, 2016; ARAÚJO, 2015). A associação da baixa renda e escolaridade dificulta o entendimento do idoso quanto às particularidades dessa doença, as formas de prevenção e

tratamento correto, bem como, o acesso aos serviços oferecidos e os tratamentos adicionais (SOUZA *et al.*, 2014).

O arranjo familiar encontrado no presente estudo se configura com a presença do filho, esposo ou neto convivendo com o idoso, embora se registre uma significativa parcela dos idosos morando sozinhos. Sabe-se que na velhice, o HIV/AIDS produz nos idosos, efeitos que podem ocasionar mudanças em suas identidades, experiências, além de remodelar o seu ser e estar no mundo. O preconceito atrelado à Aids se mantém vivo, cobrando das pessoas que vivem com HIV um alto preço, em termos de sofrimento, isolamento e solidão, principalmente porque a discriminação advém muitas vezes de familiares e pessoas próximas, restringindo a rede de apoio dessas pessoas, o que causa consequências no enfrentamento positivo da doença (CASTRO *et al.*, 2014).

Uma parcela significativa de idosos morando sozinhos reflete o que Barros *et al.* (2018) em seu estudo analisou sobre as pessoas que estão envolvidas no ato de cuidar e dar apoio, onde cada família vai possuir suas singularidades e vai interpretar a situação de acordo com sua cultura, código e regras que acabam por influenciar seus comportamentos perante o idoso com HIV/AIDS, podendo refletir na sua relação de convivência com o mesmo, consequentemente na formação do arranjo familiar de maneira positiva ou negativa.

Diante das comorbidades referidas em prontuário, a HAS foi a mais prevalente, corroborando com a literatura, onde atualmente se observa uma mudança no perfil epidemiológico em relação à infecção do HIV, com alteração na história natural da doença. Esse fato deve-se principalmente, à introdução da terapia antirretroviral (TARV) iniciada no país em 1996 (LIMA *et al.* 2017). Como consequência, registra-se uma redução da mortalidade e melhoria na qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids em tratamento.

A iniciação da TARV, juntamente com ações de prevenção e controle da infecção pelo HIV, tem gerado alterações nas características da epidemia. Observa-se uma modificação na história natural da doença, passando de um fim letal rápido com atributos padronizados para uma enfermidade controlável, com características crônicas e evolução prolongada (PEREIRA, 2015).

No estudo de Lima *et al.* (*op. cit.*), verificou uma real necessidade de avaliação ampla com as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHAs), após sua revisão integrativa sobre o tema, observando que as orientações e intervenções para a prevenção da HAS devem ser realizadas em todos os indivíduos; porém, nas PVHAs, devem ser realizadas de forma especial e focando nos fatores de risco característicos dessa população, visto que ainda não se conhece de forma

consistente se a TARV ou o HIV aumentam a predisposição à HAS em PVHA, ou se está ocorrendo somente pelo aumento da sobrevida proporcionado pela TARV (*op. cit.*).

Percebe-se como influenciadores para o desenvolvimento da HAS, os fatores de risco predisponentes e individuais, tais como a idade avançada, a raça negra, a baixa escolaridade e o histórico familiar de HAS, bem como os fatores de risco advindos, provavelmente, do HIV e da TARV, como a lipodistrofia, a resistência insulínica, a elevação do colesterol e dos triglicérides, mostrando que a incidência e prevalência da HAS em PVHA estão crescendo, mas ainda continua a falta de consenso se o HIV e a TARV estão associados a este crescimento, ou se fatores individuais influenciam de maneira mais impactante no surgimento desta comorbidade (LIMA *et al.*, 2017).

Diante da condição crônica do HIV/AIDS e suas comorbidades, na avaliação da saúde auto percebida, a maioria dos consideraram sua saúde como “boa”, mas esse resultado não foi significativo visto que uma grande porcentagem da amostra(46,5%) relataram sua saúde como “não satisfatória”, podendo possuir relação com o fato de que a infecção do HIV/AIDS envolve não somente aspectos fisiológicos, mas também relações com as pessoas, afetos e valores, e pode ocasionar inúmeras consequências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas, atingindo o indivíduo em sua integralidade e repercutindo em vários aspectos de sua vida, como na produtividade, na capacitação social e na qualidade de vida (NASCIMENTO *et al.*,2017).

Considerando a relação importante que o social impõe na saúde da pessoa idosa com HIV/AIDS, o estigma ganha destaque, visto que o conjunto de estereótipos e transformações que acompanham o processo de envelhecimento atualmente, destaca sua possibilidade de associação com o diagnóstico soropositivo para HIV, quadro que deve ser analisado também em seu potencial de estigmatização, seus efeitos sobre a identidade dos indivíduos, dos grupos e das relações sociais, além de suas repercussões específicas nos processos de saúde e adoecimento(CASSETTE *et al.*,2016).

O estigma é uma construção social, que nasce na relação entre os indivíduos e os estereótipos sociais e que definem de forma simbólica ou concreta os territórios de normalidade. Ultrapassar os limites definidos em termos de normalidade social pode promover a discriminação, acompanhada de acusação, isolamento, rejeição e a adoção de medidas punitivas e corretivas, tanto por parte dos sujeitos ditos “normais”, quanto por parte dos próprios sujeitos estigmatizados. O estigma atribui a um indivíduo ou grupo, determinada característica que norteia toda sua rede de relações pessoais e quando internalizado, domina as referências de si mesmo, seus sentimentos e até mesmo atitudes, gerando culpa, vergonha, raiva, confusão e desorganização da identidade (SILVA *et al.*, 2015).

O HIV/AIDS na velhice tem possibilidades de comprometer a capacidade funcional, por afetar a autonomia e a independência dos indivíduos e dentro da evolução da pesquisa, se percebeu que ela apresenta múltiplas manifestações. Apresentando nos primeiros casos manifestações de doenças sucessivas e simultâneas, resultando em déficit da imunidade celular que frequentemente predispõe o organismo a transtornos plurimetabólicos, incluindo os efeitos colaterais provocados pela TARV. Outra evidência mostra que ao lado do sistema linfóide, o sistema nervoso central é um importante alvo para o HIV/AIDS, que tem sido frequentemente detectado no tecido cerebral desde o início da infecção e em toda a sua evolução, podendo permanecer por muitos anos, independentemente de apresentar sintomas neurológicos nos portadores (UNAIDS, 2016).

Mas diante da pluralidade de efeitos que a doença pode ocasionar bem como seu tratamento, a individualidade e predisposições de idosos a complicações são várias como principalmente a não afetação do processo da doença em sua saúde geral. Syed *et al.* (2015) trouxe evidências que dentro das complicações ocasionadas pela doença e/ou TARV, podem ocorrer déficits sutis no funcionamento da memória, cognição motora e funcional, entretanto esses déficits não são detectados em todos os pacientes com HIV/AIDS.

Esse fato pode ser a representação do resultado da população amostral do presente estudo em relação à funcionalidade, onde apenas 3,3% possuíam algum tipo de dependência para atividades básicas e/ou instrumentais. Neste sentido, ainda se tornam necessários estudos adicionais para determinar quais indivíduos ou subgrupos de pacientes são mais vulneráveis.

Diante dos efeitos que a doença e/ou tratamento pode ocasionar, a depressão recebe um destaque pelo fato de que o próprio processo de envelhecimento pode ocasionar quadro depressivo mais facilmente se comparados a outras camadas da sociedade e que as taxas de doença mental aumentam com o avançar dos anos (LEITE, 2016).

Na literatura especializada as prevalências para sintomatologia depressiva nos diversos estudos, apresentam valores diferenciados. Carmo Filho *et al.* (2013) e Catalan *et al.* (2017) trazem 27,7% e 12% de idosos com sintomas depressivos, respectivamente, enquanto Emler *et al.* (2017), a maioria da amostra (60%) já haviam recebido diagnóstico da depressão e no estudo John *et al.* (2016), com 359 idosos acompanhados durante dois anos em São Francisco, 54,7% dos idosos analisados possuíam sintomas depressivos, sendo 12,1% em estágio grave.

Inúmeros são os fatores que levam os idosos a desenvolverem depressão, uma vez que passam por um maior número de estresses psicológicos e sociais quando comparados as outras faixas de idade. Quando há a associação envelhecimento, HIV e depressão, as consequências negativas sobre a vida deste indivíduo podem ser imensas (LEITE, 2016).

Durante o curso da infecção pelo vírus, a depressão é a complicação psiquiátrica mais comum associada ao HIV/AIDS, isso porque esses idosos enfrentam muitos desafios, desde o intenso acompanhamento clínico, adesão ao tratamento medicamentoso, falta de suporte social e estigma, os quais podem ter muitas implicações em sua saúde mental (REIS *et al.*, 2017). A depressão é reconhecida por sua capacidade de prever desfechos clínicos negativos, tais como redução da adesão à medicação, qualidade de vida e, possivelmente, agravamento da progressão da doença e mortalidade em pacientes com HIV/Aids (NANNI; CARUSO; MITCHELL, 2015).

Dentro de toda essa esfera de efeitos que o HIV/AIDS pode ocasionar na vida desses idosos, a descoberta da soropositividade pode afetar os diversos domínios da vida do idoso, envolvendo as esferas: trabalho, vida familiar, saúde, religião, amizades, situação financeira, tempo livre e vizinhança. Esses domínios podem ser percebidos pelos indivíduos de forma diferenciada, em função da importância dos mesmos na vida das pessoas, ambiente vivenciado e fases do ciclo de vida, causando um impacto maior ou menor em suas vidas (SILVA; LORETO; MAFRA, 2017). O presente estudo nos mostra uma população engajada, representando 91,7% dos idosos.

Mesmo diante de um bom engajamento com a vida no estudo, sabe-se que são diversas as dificuldades vivenciadas por PVHA, ao tentar alcançar uma vida satisfatória, desde interrupções de sua trajetória de vida; ruptura das relações interpessoais e ocupacionais, que podem levar ao isolamento social, até problemas com a sexualidade e relações sociais, os quais podem comprometer sua saúde mental e física (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Por vezes, a adaptação a essas mudanças pode ser desafiadora, exigindo uma abordagem que concilie as particularidades relacionadas ao HIV, aliada a percepção do sujeito em seu contexto biopsicossocial, pois conviver com o HIV, atualmente, exige mais do que somente tratar a doença, elas necessitam lidar diariamente com problemas transdisciplinares que envolvem sintomas depressivos, estigma, discriminação, isolamento e os efeitos adversos que podem estar relacionados ao regime terapêutico (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Entre os problemas transdisciplinares, o apoio social surge como um ponto importante além de representar a variável independente do estudo. Ele torna-se importante na medida em que corresponde às necessidades vivenciadas pelo próprio idoso. Dentro dessa perspectiva, o apoio social inclui uma rede ampla de suporte emocional, informacional e instrumental (SILVA; LORETO; MAFRA, 2017), sendo assim, a necessidade de escuta, atenção e informação se instalam como algo fundamental, influenciando atitudes diferentes no enfrentamento do HIV/AIDS, tanto no seu diagnóstico quanto no curso da doença a depender do apoio social recebido pelos idosos (TAVARES *et al.*, 2019).

A caracterização dos idosos no estudo diante o apoio social através da EBRSL, validado por Ribeiro *et al.* (2012) na versão curta de seis itens, mostra que a maioria não apresenta risco de isolamento, com 57,7% da amostra com uma boa rede de apoio social, mas obtendo como média, um escore de 12 pontos (ponto de corte para risco de isolamento social). Essa representação é importante diante das conclusões na literatura, onde Freitas *et al.*(2016) e Johnson *et al.* (2014) afirmam ser o apoio social um dos aspectos mais relevantes quando se pensa em melhorias de condições de vida e de saúde das pessoas, incluindo os idosos e que sua importância aumenta com o decorrer do envelhecimento (MAIA *et al.*, 2016).

Além do mais, essa fonte de apoio social informal que é analisado na escala, se refere a todo auxílio recebido por uma rede de pessoas próximas, normalmente formadas por familiares, amigos, vizinhos e pode envolver aspectos diversos, tais como interação social, apoio para atividades do dia a dia, suporte material e financeiro, dentre outros (KLEIMAN, 2014).

Calvetti *et al.* (2015) relata que os idosos que mantinham um bom aproveitamento de diferentes tipos de apoio social fornecidos pela família e amigos, papéis funcionais e/ou emocionais, possuíam implicações positivas acerca do enfrentamento de situações conflitantes, como por exemplo, o momento de aceitação do diagnóstico, momento esse que os idosos se confrontam além do processo de envelhecimento, ser portador de uma doença incurável, estigmatizante, causando-lhes estranheza, confusão e revolta.

Quando avaliada a fonte desse apoio social informal, o domínio fa de distribuição que os idosos recebem um nível de apoio familiar relevante maior do que o apoio dos amigos nesse estudo, corroborando com Silva, Loreto e Mafra (2017), ao mencionar dentro da rede de apoio social informal, a família como um apoio social de fundamental importância para constituição dos sujeitos em nossa cultura, e peça chave no âmbito das políticas públicas e no setor saúde, concentrando benefícios e serviços.

Estudos na literatura também são concordantes quanto ao maior apoio social ser dado pelos familiares, onde relatam que eles são os que mais ajudam e constituem fontes fundamentais de apoio informal das pessoas idosas quando comparados ao apoio dos amigos, em diversas condições de impasses que os idosos enfrentam. Além de poder contar com o apoio disponível a ajudar nos cuidados, escutar, conversar, aconselhar, informar e solucionar situações conflitantes e de muita importância como a adesão terapêutica da TARV, que acabam sendo bastante comuns esses episódios relevantes no curso da vida desses idosos perante seu diagnóstico soropositivo e por todos os significados de caráter estigmatizante e preconceituoso que ainda essa condição é sustentada e alimentada na sociedade (SANTOS; NEVES; FEITOSA, 2017; COSTA, 2014).

O que se espera da família é que ela interfira na autoestima, autoconfiança e na autoimagem do indivíduo soropositivo, trazendo benefícios para o tratamento, fortalecendo o idoso e preparando-o para dar continuidade a sua vida, já que ser portador do HIV não é motivo para aposentadoria, trancamento de matrícula de estudo, abandono de atividades sociais, por exemplo (SILVA; LORETO; MAFRA, 2017).

Quando esses idosos estão satisfeitos com o apoio social recebido principalmente pelos familiares, relatam menos sintomas relacionados ao HIV/AIDS, podendo sugerir que esse apoio muitas vezes é preditor robusto de resultados de saúde em longo prazo, independente do estilo de vida e estado de saúde, fornecendo evidências de que pode reduzir resultados de saúde deletérios (CUNHA, 2016).

Ao investigar se existe associação entre o apoio social e o risco de isolamento devido a um apoio insuficiente com as demais variáveis no estudo, na análise do perfil sócio demográfico e arranjo familiar, a variável significativa no modelo bivariado foi a escolaridade ( $p < 0,002$ ), representando que os idosos que não tinham nenhum ano de estudo possuíam um risco de isolamento social significativo.

Essa representação corrobora com Cerqueira (2016), que relata a baixa ou a ausência da escolaridade como um fator agravante na infecção do HIV/AIDS, visto que junto com a grande falta de informações acerca da doença, os idosos acabam passando por todos os níveis de vulnerabilidade (individual, social e programática), criando uma situação desconfortável, onde de um lado eles exercem sua sexualidade com total liberdade, no sentido de não se protegerem e se sentirem imunes e de outro lado a sociedade e o estado, acreditam que eles são assexuados.

Essa baixa capacidade de resposta à vulnerabilidade que os idosos enfrentam, a baixa escolaridade tem uma grande contribuição, pois junto desses poucos anos de estudo ou nenhum, estão atreladas percepções e crenças equivocadas e comportamentos fundados em relação de gênero estruturada com assimetria de poder. Esses idosos no geral não sabem o significado do HIV/AIDS, a infecção em si como também desconhece a necessidade de se preservar para evitar uma reinfecção com outra cepa do vírus, e essa associação com o baixo nível de escolaridade leva a uma rede de conexões sociais mais dificultosas (CERQUEIRA, 2016).

Contribuindo para essa importante variável, no estudo de Okuno *et al.* (2014), o nível educacional interferiu diretamente no desenvolvimento da consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento bem como na prática do autocuidado, mostrando assim a baixa escolaridade como um fator de risco ao tratamento desses idosos que vivem com HIV/AIDS, visto que esses poucos anos de estudo apresentam dificuldades na vida desses idosos no contexto de seguir as recomendações terapêuticas prescritas, carecendo de intervenções de

prevenção de doenças e promoção da saúde, atrelado a um consistente apoio social para viverem bem e enfrentarem de forma positiva as repercussões decorrentes da infecção do HIV (PEDROSA *et al.*, 2016).

Os achados do presente estudo, em relação ao nível de escolaridade são congruentes a outras pesquisas, onde a baixa escolaridade se mostrou associada a relações sociais precárias, consequentemente com um apoio social menor, quando comparado a outros idosos com mais anos de estudos (FERREIRA; OLIVEIRA; PAGIAGO, 2012; SILVA *et al.*, 2015).

A baixa escolaridade é uma condição que pode levar a um menor conhecimento sobre o diagnóstico soropositivo, onde o medo acaba sendo a principal reação diante dessa nova condição clínica: o medo da morte, o medo da incapacidade, mas, especialmente, o medo de que esse diagnóstico considerado constrangedor fosse revelado a familiares, amigos e a outras pessoas do convívio social, provocando constrangimentos ao idoso, rejeição, discriminação e afastamento das pessoas, ocasionando consequentemente um menor apoio e/ou suporte social para esse idoso (SILVA *op. cit.*).

No entanto, é nessa condição soropositiva, que o apoio social tanto de familiares quanto de amigos torna-se essencial no suporte diante de tantas dúvidas e significados errôneos que são culturalmente enraizados. A baixa escolaridade leva muitos idosos a dúvidas sobre a realização de atividades cotidianas e das possibilidades de manter contatos familiares e relações afetivas a partir do diagnóstico (SILVA *op. cit.*).

Outra variável que mostrou existir associação entre o apoio social e o risco de isolamento quando se depara com um suporte insuficiente, foi a sintomatologia depressiva e sendo a mesma, a única variável que mostrou força de determinação do risco de isolamento social quando realizada análise multivariada (escolaridade, estado conjugal, ausência de HAS, ausência de DM, tempo de diagnóstico e saúde auto percebida também completaram a análise por ser considerado 20% de significância na análise bivariada), observando que o grupo de pacientes com depressão apresentou 75% de risco a mais para o isolamento quando comparado com o grupo de pacientes sem depressão (RP = 1,75) após ajuste ao modelo final de Poisson.

Sabe-se que o próprio processo de envelhecimento pode ocasionar quadro depressivo mais facilmente se comparados a outras camadas da sociedade e que as taxas de doença mental aumentam com o avançar dos anos. Inúmeros são os fatores que levam os idosos a desenvolverem a depressão, por passarem por maior número de estresses psicológicos e sociais que qualquer outra faixa etária. Quando há a associação envelhecimento, HIV e depressão, as consequências negativas sobre a vida deste indivíduo podem ser imensas (LEITE, 2016).

Durante o curso da infecção pelo vírus, a depressão é a complicação psiquiátrica mais comum associada ao HIV/AIDS, isso porque esses idosos enfrentam muitos desafios, desde o intenso acompanhamento clínico, adesão ao tratamento medicamentoso, falta de suporte social e estigma, os quais podem ter muitas implicações em sua saúde mental (REIS *et al.*, 2017).

A forte representação da sintomatologia depressiva diante um apoio social insuficiente e isso levando a um risco de isolamento no estudo, é sustentada por Leite (2016), quando menciona que a falta e/ou insuficiência de apoio social é um dos fatores de risco para depressão nas pessoas que vivem com o HIV/AIDS e juntamente a esse fator, estão o abandono, conflito social, solidão, luto, múltiplas perdas além do transtorno de personalidade.

Além disso, diante o impacto do diagnóstico e posteriormente no curso da doença, surgem sentimentos de depressão, solidão e desesperança, que são oriundas da dúvida sobre contar ou não para amigos, familiares ou um familiar específico do idoso, principalmente quando o arranjo familiar ou o convívio com amigos não são tão fortemente estruturados para poder utilizá-los como uma via de escape para um apoio social seguro e eficaz (HARRIS *et al.*, 2018).

A ausência desse apoio por parte das pessoas que convivem com os idosos, juntamente com os estigmas rótulos discriminantes e preconceituosos construídos socialmente que muitas vezes são incorporados por eles, podem gerar um quadro depressivo nos idosos e persistir durante toda a terapia, afetando a sua motivação para cuidar da sua própria saúde minando a confiança em sua capacidade de lidar com as demandas do tratamento, gerando consequências com grande impacto na vida pessoal, sexual, social e ocupacional desse idoso (CALVETTI *et al.*, 2014).

A importância do apoio social diante a sintomatologia depressiva é sustentada também por outros dados de uma pesquisa realizada em uma cidade mineira, onde apresentou que em uma amostragem de 40 idosos diagnosticados com HIV/AIDS, a maioria relatava uma ausência ou insuficiência do apoio social por parte dos familiares por motivos de dificuldades na aceitação da condição soropositiva do idoso, se mostrando como um fator que contribui para um possível quadro de depressão (SAE, 2012).

Além disso, o apoio social especialmente dos familiares é associado no estudo de Nanni e colegas (2015) a menor sofrimento psicológico, frequência de sintomas psiquiátricos e índices de ansiedade e depressão e melhor qualidade de vida.

No que tange às limitações do estudo, a sua natureza de corte transversal, não retrata a relação de causalidade, sugerindo a necessidade de estudos longitudinais que possam aprofundar o conhecimento de fatores associados ao risco de isolamento social diante de um

apoio insuficiente, em idosos infectados com HIV. No entanto, vale ressaltar a dificuldade de se conduzir ensaios clínicos envolvendo o suporte social, pois esta variável não pode ser facilmente manipulada de forma experimental, já que se referem aos aspectos psicológicos e provenientes de diversos segmentos da sociedade, como os familiares, os amigos, os profissionais de saúde e as demais ações de intersetorialidade. O estudo foi realizado dentro de uma realidade sociocultural específica, dificultando sua análise para outros estudos de mesma avaliação.

A necessidade de utilizar outras escalas que evidenciam esse escore de risco de isolamento para uma análise de comparação diante de uma amostra semelhante, se torna outro fator de limitação, pois ainda é escasso as escalas de avaliação do apoio social que tenham realização de estudos de fidedignidade e validade desses instrumentos para a realidade brasileira, necessitando que os pesquisadores atentem para os aspectos teóricos do conceito, especialmente considerando a complexidade e a dinâmica envolvida nas relações sociais em que o apoio social acontece.

## 7 CONCLUSÕES

A população idosa vem crescendo consideravelmente no Brasil nos últimos anos, devido, em parte, ao aumento na expectativa de vida. Paralelo a isso cresce, também, o número de casos de HIV/AIDS em pessoas com 60 anos ou mais, caracterizando mudanças no perfil da doença, e se ampliarmos a visão para o processo de envelhecer com o diagnóstico de HIV/AIDS, ou contrair o mesmo na velhice, estão intrinsecamente ligados ao enfrentamento das limitações cotidianas, levando a pessoa idosa a diversos desafios. A amostra do estudo representou o atual perfil de idosos usuários da rede pública de saúde brasileira, com a mesma tendência da conjuntura, na qual as epidemias de AIDS e outras IST podem se expandir.

Este estudo, através da EBRSL que em sua globalidade é uma escala com existência de qualidades psicométricas consideradas adequadas e com elevado potencial para ser utilizado como instrumento de *screening* com informações bem úteis sobre o apoio familiar e de amigos bem como seu risco de isolamento social perante um apoio insuficiente, retratou que o apoio familiar é o mais prevalente diante dos idosos que vivem com o HIV/AIDS, sendo o apoio que é mais recebido e/ou percebido pelos mesmos.

Isso nos mostra a importância do suporte da família perante a condição sorológica do idoso, se mostrando como um diferencial para o enfrentamento da doença, onde muitas vezes a revelação da sorologia para dentro do âmbito familiar se mostra como um desafio, deixando de informar ou esperando mais anos após o diagnóstico, com receios de gerar maiores preocupações para os parentes ou por imaginar que receberão dos mesmos uma atitude discriminatória, podendo afetar integralmente o processo de tratamento bem como a capacidade de auto empoderamento e gerenciamento da sua doença, impactando na qualidade de vida desse idoso.

A depressão se configurou no estudo como a variável mais importante na análise do apoio social, retratando um risco de 75% de isolamento em idosos com depressão quando comparado aos idosos sem depressão. Isso nos leva a analisar a importância dos serviços de saúde em se capacitar para um atendimento mais especializado aos idosos, buscando sensibilizar ativamente os indivíduos que apresentam características clínicas de transtorno de humor, mais especificamente a depressão, trabalhando a partir de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, abordando sintomas físicos e psíquicos, assim como inserir o indivíduo nas atividades da sociedade.

Dentro desse cenário, a abordagem da sexualidade e a importância do uso de preservativos devem ser também inclusos mediante o cenário mundial da prevalência de IST,

principalmente o HIV/AIDS, no entanto, deve-se considerar a saúde mental como parte importante e crucial nesse cuidado.

De uma forma geral, os resultados proporcionam uma análise importante acerca do apoio social ao idoso com HIV/AIDS desde o diagnóstico, proporcionando suporte por parte dos profissionais do serviço de saúde (equipe multiprofissional), familiares e amigos estruturando um apoio integral, mas ao mesmo tempo a necessidade por parte dessa rede de se capacitar perante o cenário. Existe uma real necessidade de capacitação do conhecimento da doença, seus estigmas, tratamento, dificuldades de adesão ao tratamento, para que essa rede de proteção e suporte seja fortalecida para com o idoso que vive com HIV/AIDS.

Nesse sentido, a implementação de programas voltados para o atendimento de pessoas da terceira idade portadoras do HIV/AIDS deveria valorizar as questões relativas à sexualidade, relações de gênero e de estigma, saúde mental como mencionado anteriormente, além de promover a inclusão do idoso como alguém que possui desejos e planos de vida.

## REFERÊNCIAS

- AFFELDT, A.B.; SILVEIRA, M.F.; BARCELOS, R.S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 1, p. 79-86, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000100079&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000100079&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 out. 2019
- ALENCAR, D. L. *et al.* Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3533-3542, 2014.
- ALVARENGA, M.R.M. *et al.* O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipe de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2603-2611, 2011.
- ALMEIDA, F.J. *et al.* Diversity and prevalence of antiretroviral genotypic resistance mutations among HIV-1-infected children. **JPediatric**. Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, p. 104-9, 2009.
- ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 263-274, 2007.
- ANDRADE, H.A.S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M.I.P.O. AIDS em idosos: vivências dos doentes. **Esc. Anna Nery (impr.)**,v. 14, n. 4, p. 712-9, 2010.
- ARAÚJO, A.P.S, BERTOLINI SMMG, BERTOLINI DA. Perfil epidemiológico e imunológico de idosos infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. **Estud.interdiscipl. envelhec.** 2015; 20(1): 121-138.
- ARIAS-MERINO, E. D.*et al.*Prevalence of successful aging in the elderly in Western Mexico.**Currentgerontologyandgeriatricsresearch**, v. 1, p. 1–6, 2012.
- BARROS TS, MIRANDA KCL, COELHO MMF. Idosos com HIV/AIDS: compreendendo a base ideológica de suas vivências. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2018; 26: e12978.
- BASTOS, L. M. *et al.* Avaliação do nível de conhecimento em relação à Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 23, p. 2495-2502, 2018.

BERG, C.; MICHAELSON, S.; SAFREN, S. Behavioral aspects of HIV care: adherence, depression, substance use, and HIV transmission behaviors. **InfectDisClin North Am.**, v. 21,n.1, p.191-200, 2007.

BERTONI RF, BUNN K, da Silva J, TRAEBERT J. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. **ArqCat Medicina [internet]**. 2016; 39(4): 79-75. Disponível em: <http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina/article/view/2986>. Acesso em 28 out. 2019.

BOTTI, L.M. *et al.* Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/AIDS.**Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 400-405, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS: Princípios, diretrizes e estratégias**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ed. Política Nacional de Humanização, v.2: Atenção Básica, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 01<sup>a</sup> à 26<sup>a</sup> semanas epidemiológicas: janeiro a junho de 2014. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS – Edição 4 (2015) Secretaria de Vigilância em Saúde.Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS – Edição 6 (2017) Secretaria de Vigilância em Saúde.Brasília, 2017.

BRITO A.M.; CASTILHOS, E.A.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 34, n. 2, p.207-217, 2011.

CALVETTI, P.U.; *et al.* Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. **J. Bras. Psiquiatr.**,v.63,n.1,p. 8-15, 2014.

CALVETTI; P.U.; *et al.* Fatores Biopsicossociais Implicados no Sucesso da Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida. **Manual de Cuidados HIV/AIDS**. São Paulo: Ed. Mundial, 2015, p. 117-137.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: Pontos de vista das ciências sociais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, 2012.

CARMO FILHO, A. *et al.* Factors associated with a diagnosis of major depression among HIV-infected elderly patients. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Minas Gerais*, v.46, n.3, p.352-54, 2013.

CASSETTE, J. B. *et al.* HIV/AIDS em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 733- 744, 2016.

CASTRO, S.F. *et al.* Prevenção da AIDS em idosos: visão e prática do enfermeiro. **Revista Ciência & Saúde**. v. 7, n. 3, p.131-40, 2014.

CATALAN, J. *et al.* What influences quality of live in older people living whit HIV? *AIDS Research and Therapy*, Canadá, v.14, p.1-10, 2017.

CELEDÔNIO, L. P.; ANDRADE, L.S. AIDS na terceira idade: Sentimentos, percepções e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Serviço Social e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 47-60, 2014.

CERQUEIRA MBR, RODRIGUES RN. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), **Brasil. Ciência & Saúde Coletiva**, v.2, n.11, p. 3331-3338,2016.

CLEMENTINO, O. M.; LEAL, S.D.C.; SOUZA, M.S.P. AIDS e envelhecimento: Uma reflexão acerca dos casos de AIDS na terceira idade. Congresso Nacional de Envelhecimento Humano, 2012.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom Med.** v. 38, n. 5, p. 300-14, 1976.

COSTA AMMR, LOPES RGC. Rede de Suporte Social na Velhice: para além da família e dos amigos. Revista Portal de Divulgação[Internet]. n.40 (4) p. 110-119, 2014. Disponível em: [www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista](http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista). Acesso em 28 de out. 2018.

CUNHA, G.H., GALVÃO MTG. Efeito do suporte social na vida de adultos com HIV/AIDS. Care Online. 2016; 8(3): 4833-4840.

DE COCK, K.M; JAFFE, H.W.; CURRAN, J.W. Reflections on 30 years of AIDS. **Emerg. Infect. Dis.**, v.17, n.6, p. 1044-1048, 2011.

DE PAULA, D.F; *et al.* Inquérito populacional sobre HIV/AIDS na terceira idade. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 69-73, out. 2015.

DORNELAS NETO, J. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3853-3864, 2015.

EMLET, C. A. *et al.* Bouncing Back: Resilience and Mastery Among HIV-Positive Older Gay and Bisexual Men. **The Gerontologist**, v.57, n.S1, p.40-49, 2017.

FERNANDEZ-MAYORALAS, G. *et al.* Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older adults. **Int. Psychogeriatr.**, v. 24, n. 3, p. 425-438, 2012.

FERREIRA B; E.; OLIVEIRA, I.M.; PANIAGO, A.M.M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev Bras Epidemiol.** n. 15(1), p. 75-84, 2012.

FOROUZAN, A. S. *et al.* Social support network among people living with HIV/AIDS in Iran. **AIDS Res Treat.** p. 153-81, 2013.

FREITAS, R.P.A. *et al.* Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. **Rev. Bras.Reumatol.**,v.57,n.3,p. 197-203, 2017.

GALVÃO, J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia.São Paulo, Editora 34, 2000.

GALVÃO, M.T.G.; PAIVA, S.S.Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev. bras. Enferm.**,v.64,n.6,p. 1022-1027, 2011.

GARCIA, G.S. *et al.* Vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/aids: tendências da produção científica atual no Brasil. **DST - J Bras Doenças Sex Transm.**,v.24,n.3,p. 183-188, 2012.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc.SaúdeColetiva**, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

GORE-FELTON, C.; KOOPMAN, C. Behavioral mediation of the relationship between psychosocial factors and HIV disease progression.**Psychosom Med**, v. 70, p. 569-74, 2008.

HARRIS, L.M. *et al.* Timing of Diagnosis: understanding Resilience Narratives of HIV Positive Older Adults Diagnosed Pre- and Post-HAART. **J.Gerontol. Soc. Work.** v. 61, n. 1, p. 78-103, 2018.

HOBBS, W. R. *et al.* Online social integration is associated with reduced mortality risk. **PNAS**, p. 1-5, abr., 2016.

JAMES, B. D. *et al.* A. Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. **J. Gerontol.**, v. 66, n. 4, p. 467-473, 2011.

JARDIM, L. N. O HIV na terceira idade: o lugar designado ao idoso nas políticas públicas em HIV/AIDS e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

JOHN, M. D. *et al.* Geriatric Assessments and Association with VACS Index Among HIV-Infected Older Adults in San Francisco. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v.72, n.5, p.534-541, 2016.

JOHNSON, E. R. *et al.* Relationship between social support and body mass index among overweight and obese African American women in the rural deep south, 2011-2013. **Prev Chronic Dis**, v. 11, p. 14-34, 2014.

KEARNEY, F. *et al.* The ageing of HIV: implications for geriatric medicine. **Age Ageing**, v.39, n.5, p. 536-541,2010.

KLEIMAN, R. T. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. **J AffectDisord**.v. 150, n. 2, p. 540-5, 2014.

LAROQUE, M. F. *et al.*Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 774-780, 2011.

LAZZAROTTO, A. *et al.* HIV/AIDS e meia idade: avaliação do conhecimento de indivíduos da região do Vale dos Sinos (RS), Brasil. **Ciênc. saúde colet.**,v.15,n.1,p. 1185-1190, 2010.

LEITE, J.L.; LEITE, J.L. Introdução. In: \_\_. **AIDS: entre o Biomédico e o Social, pontos de partida e horizontes de chegada**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, p. 1-6, 2011.

LEITE M.A. Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/AIDS. Dissertação (Mestrado) – Secretaria de Estado de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2016.

LEMOS,T.S.A. Perspectivas e desafios dos profissionais de saúde no cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS: um olhar nas representações sociais. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2016.

LIMA, I.C.V. *et al.* Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/AIDS. **Rev. Ciência Cuidado e Saúde**, v.10, n.3, p. 556-563, 2011.

LIMA, M. A. C. *et al.* Systemic Arterial Hypertension in people living with HIV/AIDS: integrative review. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. Brasília, v. 70, n. 6, p. 1309-1317, Dec. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000601309&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601309&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 out. 2019.

LIMA, T.C; FREITAS, M.I.P. **Caracterização de população com 50 anos ou mais atendida em serviço de referência em HIV/AIDS, Rev.Ciênc.Méd.** v.22, n.2, p. 77-86, 2013.

LUBBEN, J. Assessing social networks among elderly populations. **Family & Community Health.** v.11, p. 42-52, 1988.

MAIA, C. M. L *et al.* Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. **Revista INFAD de Psicología**, v. 1, n. 1, p. 293-303, 2016.

MARQUES, C. A. *et al.* Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 1-7, 2013.

MACHIESQUI, S. R. *et al.* Pessoas acima de 50 anos com aids: implicações para o dia-a-dia. *Esc. Anna Nery: Rio de Janeiro*, v. 14, n. 4, p. 726-731, 2010.

MASSEI, A. C.; YOSHIDA, E. M. P. Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Relacionamento Central 6.0 (CRQ 6.0) em portadores de HIV/AIDS. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, n. 2, p. 83-96, 2009.

MELCHIORRE, M. G. *et al.* Social support, socio-economic status, health and abuse among older people. **Seven European Countries**, v. 8, issue 1, 2013.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde-escola da Universidade de São Paulo. **Cogitareenferm.** v.15, n.1, p.12-8, 2010.

MOSKOWITZ, J. *et al.* What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. **Psychological Bulletin**, v. 135, n.1., p. 121-41, 2009.

NANNI, M.G; CARUSO, R; MITCHELL, A.J. Depression in HIV Infected Patients: A Review. **CurrPsychiatry Rep.** v. 17, 2015.

NASCIMENTO, E.K.S, *et al.* História de vida de idosos com HIV/AIDS. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, p. 1716-1724, 2017

OKUNO, M.F.P. *et al.* Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cad Saúde Pública**, v.30, n.7, p. 1551-1559, 2014.

OLIVEIRA, F. *et al.* Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Bras. Enferm.** v.70, n.3, 2017.

PAZIN, J. *et al.* Atividade física no lazer, deslocamento, apoio social e percepção do ambiente urbano em homens e mulheres de Florianópolis/SC. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte.** São Paulo, v. 30, n. 3, p. 743-55, jul.-set., 2016.

PEDROSA, S. C. *et al.* Social support for people living with acquired immunodeficiency syndrome. **ContextoEnferm.**, v.25, 2016.

PEREIRA, I.M.O. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **LiphScienc.** v.2, n. 2, p 21-40, 2015.

PERRUCHI, J. *et al.* Psicologia e políticas públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. **PsicolSoc**, v.23, p. 72-80, 2011.

PORTAL BRASIL. **Brasil é reconhecido por políticas públicas em favor de idosos.** Brasília, jan. 2014. Disponível em: <<http://legado.brasil.gov.br/noticias/saude/2014/01/brasil-e-reconhecido-por-politicas-publicas-em-favor-de-idosos>>. Acesso em: 28 out. 2019.

QUADROS, K. N., *et al.* Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 6, n. 2, p. 2140-2146, 2016.

REIS, R. K. *et al.* Avaliação dos sintomas depressivos somáticos e afetivo-cognitivos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 30, n. 1, p. 60-65, Jan. 2017.

RIBEIRO, O. *et al.* Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 217-234, 2012.

ROMAN, W.; CALLEN, B. L. Screening instruments for older adult depressive disorders: Updating the evidence-based toolbox. **Issues Mental Health Nursing**, v. 29, n. 9, p. 924-941, 2008.

ROWE, J.; KAHN, R. Human aging: Usual and successful (physiological changes associated with aging). **Science**, v. 237, p. 143-147, 1987.

SAE - BANCO DE DADOS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA, [Internet]. Divinópolis MG: Prefeitura Municipal de Divinópolis: 2012. Disponível em <<http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/noticia.php?id=10238>>. Acesso em 28 out. 2019.

SANTOS, M.I.P.O.; NEVES, E.O.S.; FEITOSA, L.S. Avaliação funcional de idosos atendidos em uma unidade de referência à saúde do idoso. **Rev enfermagem UFPE online**, v. 11, p. 1639-44, 2017.

SANTOS, M.F.; ALESSANDRA, F.A.M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.14, n.1, p. 147-157, 2011.

SANTOS, N.S.O.; WIGG, M.D.; ROMANOS, T.V. **Introdução a Virologia Humana**. Segunda Edição: Rio de Janeiro, 2008.

SEHLO, M.G.; KAMFAR, H.Z. Depression and quality of life in children with sickle cell disease: the effect of social support. **BMC Psychiatry**, v. 15, p. 78, 2015.

SEIDL, E.M.F.; TRÓCCOLI, B.T. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/AIDS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 317-326, 2006.

SERRA, A. et al. Perfil comportamental de idosos com HIV/AIDS atendidos em um centro de referência. **J NursUFPE**,v.7,n.2,p. 407-413 , 2013a.

SERRA, A. et al. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97,p. 294-304, 2013b.

SILVA, L. C. et al. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**Rio de Janeiro,v.18,n.4,p. 821-833, 2015.

SILVA, A.O.; LORETO, M.D. S.; MAFRA, S.C.T. HIV na terceira idade: repercussões nos domínios da vida e funcionamento familiar. **Revista da Fac. De Serviço Social da UEFJ**, Rio de Janeiro,v.15, n.39, p.129-154, 2017.

SIQUEIRA, M.M.M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n.2, p. 381-388, 2008.

SOUZA, C.C. *etal.*Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: um estudo epidemiológico. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v.11, n35, p. 25-30, 2013.

SOUZA FILHO, P.P; MASSI, G.A.A; RIBAS, A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. **Rev. Bras. Geriatr.Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 17, p. 589-600, 2014.

SYED, I.A *et al.* Adverse drug reactions and quality of life in HIV/AIDS patients: Advocacy on valuation and role of pharmacovigilance in developing countries. **HIV & AIDS Rev.** v. 14, p. 28-30, 2015.

TAVARES, M. C. A.; *et al.* Apoio social aos idosos com HIV/Aids: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, p. 1-11, 2019.

TREVISOL, F.S, *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**. v. 22, p. 87-94, 2013.

UNAIDS. Joint United Nations Program HIV/AIDS. Global Report.UNAIDS The Gap Report. Geneva: Joint United Nations Program HIV/AIDS; 2016.

VIEIRA, G.D.V.; ALVES, T.C.A.; SOUSA, C. M. Análise dos Dados Epidemiológicos da AIDS em Idosos no Estado de Rondônia, Amazônia Ocidental. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.** v. 14, n. 1, p. 49-52, 2012.

ZHANG T, *et al.* Size, composition, and strength of ties of personal social support networks among adult people living with HIV/AIDS in Henan and Beijing, China. **AIDS Behav.** v. 16, p. 911-919, 2012.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DA PESQUISA

Nº DO QUESTIONÁRIO: \_\_\_\_\_

• **DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO:**

01. Nome: _____ _____
02. Nº Prontuário: _____ Endereço: _____ _____
Telefones para contato: _____
Entrevistador: _____ Data da entrevista: ____/____/____

• **FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS**

04. Data de Nascimento: ____/____/____	05. Idade (anos completos): _____
06. Sexo: (1) Masculino      (2) Feminino	
07. Situação Conjugal (1) Solteiro (a) (2) Casado ou tem companheiro (a) (3) Viúvo (a) (4) Separado (a) ou divorciado (a)	08. Qual sua escolaridade? (anos de estudo com aprovação) (1) Analfabeto (2) 1-4 anos (3) 5-8 anos (4) 9-11 anos (5) Acima de 11 anos
09. Rendimento mensal individual: (1) Sem renda (2) Menos de 1 salário mínimo (< R\$ 880,00) (3) De 1-2 salários mínimos (De R\$ 880,00 a R\$1.760,00) (4) De 2-4 salários (De R\$ 1.760,00 a R\$ 3.520,00) (5) Mais de 4 salários (Mais de R\$ 3.520,00)	10. Raça (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena

11. Situação previdenciária:(1) Aposentado (2) Pensionista
12. Religião (1) Católica Apostólica Romana(2) Evangélica (3) Espírita (4) Outras: _____(5) Sem religião ou sem declarar
13. Arranjo familiar: mora com quantas pessoas? _____ (1) Esposo (a)(2) Companheiro (a) (3) Filho (a) (4) Enteado (a) (5) Genro/nora (6) Neto (a) (7) Irmão (a) (8) Cunhado (a) (9) Mora só (10) Amigo (a) (11) Não responde
14. Origem dos recursos financeiros (1) Não tem rendimentos próprios (2) Salário ou atividade informal (3) Pensionista e aposentado (4) Pensionista (5) Não sabe (6) Não responde
15. Contribuição na renda familiar (1) Totalmente (2) Parcialmente (3) Não contribui

• **REVISÃO PRONTUÁRIOS A CERCA DE COMORBIDADES**

<b>Avaliação de doença crônica</b>	
HAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>
DM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>
Doenças cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>
Osteoporose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>
Osteoartrose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>
Doenças neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>
Doenças respiratórias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>
Neoplasia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Presente</li> </ul>



<b>INTESTINO</b> 0. Incontinente (ou necessita de enemas). Mais de um episódio semanal de incontinência. 5. Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana). 10. Contínente (não apresenta episódios de incontinência).	
<b>SISTEMA URINÁRIO</b> 0. Incontinente ou cateterizado. 5. Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 h). 10. Contínente (por mais de 7 dias).	
<b>USO DO SANITÁRIO</b> 0. Dependente. 5. Necessita ajuda parcial, mas consegue fazer algumas coisas sozinho. 10. Independente (senta-se, levanta-se, penteia-se, limpa-se, veste-se sem ajuda).	
<b>TRANSFERÊNCIA</b> ( <i>cadeira-cama e vice e versa</i> ) 0. Incapaz. Não tem equilíbrio para manter-se sentado. 5. Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), consegue sentar-se. 10. Pouca ajuda (verbal ou física) 15. Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas).	
<b>MOBILIDADE</b> ( <i>deambulação em superfícies planas</i> ) 0. Imóvel. 5. Independente na cadeira de rodas, incluindo os cantos. 10. Caminha com a ajuda (verbal ou física) de uma pessoa. 15. Independente (mas pode utilizar qualquer auxiliar da locomoção, ex: bengala, muleta, andador).	
<b>ESCADAS</b> 0. Incapaz. 5. Necessita ajuda (verbal ou física) ou supervisão. 10. Independente (Sobe/desce escadas com apoio do corrimão ou dispositivos auxiliares da marcha, ex: bengala, muleta).	

<b>Pontuação:</b> _____	
<b>Classificação de comprometimento funcional</b>	
Dependência total	( ) Entre 0-20
Dependência grave	( ) Entre 21-60
Dependência moderada	( ) Entre 61-90
Dependência muito leve	( ) Entre 91-99
Independência	( ) Entre 100

• **ENGAJAMENTO COM A VIDA**

**- Atividades produtivas:**

Durante a última semana você realizou algum trabalho remunerado ou qualquer trabalho voluntário? ( ) Sim ( ) Não

**- Conexões sociais:**

Você é casado(a)?      ( ) Sim ( ) Não

Você mora em companhia com um parente ou amigo? ( ) Sim ( ) Não

Você participa de alguma celebração religiosa rotineira? ( ) Sim ( ) Não

<b>Classificação engajamento com a vida</b>	
Respondeu pelo menos 1 SIM	( ) Presente
Todas as respostas NÃO	( ) Ausente

- AUTO AVALIAÇÃO**

- . Avaliação de saúde auto percebida:**

O (a) senhor (a) diria que sua saúde é:

(0) Excelente      (1) Muito boa      (2) Boa

(3) Regular      (4) Ruim

<b>Classificação de saúde auto percebida</b>
( ) Boa ( 0 – 1 – 2)
( ) Não satisfatória ( 3 – 4)

1	Satisfeito(a) com a vida?	S ( )	N ( )	N	
2	Interrompeu muitas de suas atividades?	S ( )	N ( )	S	
3	Acha sua vida vazia?	S ( )	N ( )	S	
4	Aborrece-se com frequência?	S ( )	N ( )	S	
5	Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	S ( )	N ( )	N	
6	Teme que algo ruim lhe aconteça?	S ( )	N ( )	S	
7	Sente-se alegre a maior parte do tempo?	S ( )	N ( )	N	
8	Sente-se desamparado(a) com frequência?	S ( )	N ( )	S	
9	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	S ( )	N ( )	S	
10	Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	S ( )	N ( )	S	
11	Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?	S ( )	N ( )	N	
12	Vale a pena viver como vive agora?	S ( )	N ( )	N	
13	Sente-se cheio(a) de energia?	S ( )	N ( )	N	
14	Acha que sua situação tem solução?	S ( )	N ( )	N	
15	Acha que tem muita gente em situação melhor?	S ( )	N ( )	S	
<b>TOTAL</b>					

•  **AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS**

Escala de depressão geriátrica de 15 itens (abreviada de Yesavage)

0= resposta diferente do exemplo; 1= resposta igual ao exemplo.

TOTAL > 5= suspeita de depressão.

Pontuação: \_\_\_\_\_

•  **APOIO SOCIAL**

<b>Avaliação do apoio social - Escala Breve de Redes Sociais de Lubben</b>	
<b>FAMÍLIA:</b> Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc....	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?  <input type="checkbox"/> 0 Nenhum    <input type="checkbox"/> 1 Um    <input type="checkbox"/> 2 Dois    <input type="checkbox"/> 3 Três ou quatro  <input type="checkbox"/> 4 Cinco a oito    <input type="checkbox"/> 5 Nove ou mais</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?  <input type="checkbox"/> 0 Nenhum    <input type="checkbox"/> 1 Um    <input type="checkbox"/> 2 Dois    <input type="checkbox"/> 3 Três ou quatro  <input type="checkbox"/> 4 Cinco a oito    <input type="checkbox"/> 5 Nove ou mais</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?  <input type="checkbox"/> 0 Nenhum    <input type="checkbox"/> 1 Um    <input type="checkbox"/> 2 Dois    <input type="checkbox"/> 3 Três ou quatro  <input type="checkbox"/> 4 Cinco a oito    <input type="checkbox"/> 5 Nove ou mais</li> </ul>	
<b>AMIGOS:</b> Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?  <input type="checkbox"/> 0 Nenhum    <input type="checkbox"/> 1 Um    <input type="checkbox"/> 2 Dois    <input type="checkbox"/> 3 Três ou quatro  <input type="checkbox"/> 4 Cinco a oito    <input type="checkbox"/> 5 Nove ou mais</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?  <input type="checkbox"/> 0 Nenhum    <input type="checkbox"/> 1 Um    <input type="checkbox"/> 2 Dois    <input type="checkbox"/> 3 Três ou quatro  <input type="checkbox"/> 4 Cinco a oito    <input type="checkbox"/> 5 Nove ou mais</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?  <input type="checkbox"/> 0 Nenhum    <input type="checkbox"/> 1 Um    <input type="checkbox"/> 2 Dois    <input type="checkbox"/> 3 Três ou quatro  <input type="checkbox"/> 4 Cinco a oito    <input type="checkbox"/> 5 Nove ou mais</li> </ul>	
<b>Pontuação final:</b> _____	

Fonte: RIBEIRO, 2012

<b>Classificação apoio social</b>	
Boa rede de apoio social	(    ) Maior ou igual a 12
Rede de apoio insuficiente – risco de isolamento social	(    ) Abaixo de 12

## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

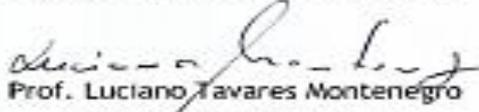


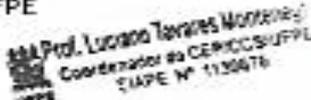
### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que este Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa: **Identificação do perfil social e epidemiológico dos idosos infectados pelo HIV/AIDS assistidos em serviços de referência**, CAAE nº 57019716.0.0000.5208, de responsabilidade da pesquisadora **Márcia Carrera Campos Leal**, liberando-o para início da coleta de dados em 01 de setembro de 2016.

Declaramos ainda, que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final via Plataforma Brasil e o parecer de aprovação somente será entregue após a análise do referido relatório final.

Recife, 14 de setembro de 2016

  
 Prof. Luciano Tavares Montenegro  
 Coordenador do CEP/UFPE

  
 Prof. Luciano Tavares Montenegro  
 Coordenador do CEP/CCS/UFPE  
 EIAPE Nº 1130676