

## **APOIO SOCIAL E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM PESSOAS IDOSAS INFECTADAS PELO HIV/AIDS ASSISTIDAS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA**

*SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN  
AGED INFECTED BY HIV / AIDS ASSISTED IN REFERENCE  
SERVICES*

### **RESUMO**

O objetivo deste estudo foi avaliar o apoio social e a sintomatologia depressiva das pessoas idosas com HIV/Aids. Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, realizado com 241 idosos diagnosticados com HIV, assistidos nos serviços de referência do município de Recife/PE. Foi aplicado um questionário com questões sociodemográficas e além da sintomatologia depressiva (Escala de Depressão Geriátrica-EDG-15) e do apoio social (Escala Breve de Redes Sociais de Lubben – EBRSL) também foi avaliado o tempo de diagnóstico, a saúde auto percebida, capacidade funcional e o engajamento com a vida. O estudo indicou que os idosos recebem um nível de apoio social familiar relevantemente maior em relação ao recebido e percebido por amigos, mostrando a importância do apoio familiar diante da sorologia positiva, sendo um diferencial para o enfrentamento da doença. E a sintomatologia depressiva presente representou 75% de risco a mais para isolamento quando comparado com o grupo sem depressão, sinalizando importância dos serviços de saúde em se capacitar para um atendimento mais especializado aos idosos, buscando sensibilizar ativamente aqueles com características clínicas de transtorno de humor, trabalhando com propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Apoio Social; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

### **ABSTRACT**

The aim of this study was to evaluate the social support and depressive symptoms of aged with HIV/AIDS. This is a quantitative cross-sectional study conducted with 241 aged diagnosed with HIV, assisted at the referral services of the city of Recife/PE. A questionnaire with sociodemographic, depressive symptoms (Geriatric Depression Scale-EDG-15) and social support questions was applied and it was evaluated the time of diagnosis, self-perceived health, ability and the engagement with life. The study indicated that the aged receive a significantly higher level of family social support than received and observed by friends, showing the importance of family support before the positive serology, being a differential when facing the disease. The group with depressive symptoms represented 75% more risk for isolation when compared to the group without depression, showing the importance of health services in qualifying a more specialized care for the aged, the active awareness of those with clinical features of mood disorder, as well as working with proposals and therapeutic procedures articulated in interdisciplinary collective discussion.

**KEYWORDS:** Aged; Social Support; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

#### **Marcelo Caetano de Azevedo Tavares<sup>1</sup>**

Mestre em Gerontologia pela  
Universidade Federal de  
Pernambuco -UFPE e Residente  
em Saúde Mental pela  
Universidade de Pernambuco -  
UPE;  
marcelo\_sebo@hotmail.com.br

#### **Márcia Carréra Campos Leal<sup>2</sup>**

Professora Doutora do  
Programa de Pós-Graduação  
em Gerontologia-PPGERO da  
Universidade Federal de  
Pernambuco;  
marciacarrera@hotmail.com.br

#### **Ana Paula de Oliveira Marques<sup>3</sup>**

Professora Doutora do  
Programa de Pós-Graduação  
em Gerontologia-PPGERO da  
Universidade Federal de  
Pernambuco;  
marquesap@hotmail.com.br

#### **Rogério Dubosselard Zimmermann<sup>4</sup>**

Professor Doutor do Programa  
de Pós-Graduação em  
Gerontologia-PPGERO da  
Universidade Federal de  
Pernambuco;  
rdzlegal@gmail.com.br

## 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 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).

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).

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, 2011). 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).

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 (SOUZA, 2013).

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, 2013).

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 (MACHIESQUI et al, 2010).

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).

Infelizmente 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).

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).

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).

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, retratando assim a importância da percepção e satisfação dos idosos diante da disponibilidade e modalidade de apoio recebido, das questões operacionais relacionadas ao seu tratamento de saúde, das atividades práticas do cotidiano, bem como da ajuda material, financeira e da disponibilidade de escuta, atenção, informação e estima. Sendo estes, fundamentais diante do diagnóstico do HIV/Aids, enfrentamento da doença e qualidade de vida do idoso.

O presente estudo tem como objetivo, avaliar o apoio social no domínio família e amigos e a sintomatologia depressiva das pessoas idosas com HIV/Aids cadastradas em serviços de referência, bem como identificar se existe associação entre o apoio social e a sintomatologia depressiva.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal realizado nos Serviços de Referência para o tratamento do HIV em Recife/PE. A população foi constituída por pessoas idosas infectadas pelo vírus HIV, de ambos os sexos, cadastradas nos serviços segundo dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – Programa Estadual de DST/AIDS no período de 2009 a 2014. 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.

Foi utilizado o Fator de Correção para População Finita, logo, o tamanho da amostra ficou determinado em 241 indivíduos que foram selecionadas por amostragem de conveniência e aleatória, de acordo com a agenda dos atendimentos ambulatoriais, com a distribuição dos antirretrovirais pelas farmácias e com a agenda dos laboratórios dos estabelecimentos.

Os critérios de inclusão foram: estar cadastrado nos Serviços de Referência no período estabelecido para a pesquisa (a partir de 2009-2014); 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, e participar do estudo de forma voluntária, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os idosos com comprometimento cognitivo avaliado através do Mini-Exame do Estado Mental – MEEM. Este instrumento possui seis categorias que avaliam orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção, cálculo, evocação das palavras, linguagem e a construção visual.

Foi aplicado um questionário com questões referentes às características sociodemográficas (Idade, raça/cor, estado conjugal, sexo, escolaridade e arranjo familiar). Além da sintomatologia depressiva e do apoio social, também foi avaliado o tempo de diagnóstico registrado no prontuário, a saúde auto percebida, capacidade funcional e o engajamento com a vida.

Para avaliação da sintomatologia depressiva foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). A escala utilizada neste estudo (EDG com 15 itens) foi elaborada por Sheikh e Yesavage a partir dos elementos da escala original que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). A capacidade funcional foi avaliada

através da Escala de Avaliação Funcional – Índice de Barthel, que identifica o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (ARAÚJO et al, 2007).

A escala utilizada para avaliar o apoio social, foi 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 à 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 (LUBBEN, 1988). Para classificar o idoso em relação às suas redes sociais, no presente estudo a rede de apoio social insuficiente correspondeu à 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.

Para avaliar a 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.

Por fim, para avaliar o engajamento com a vida, foram considerados como “indivíduos engajados com a vida”, segundo Rowe e Kahn (1987) 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 et al (2012) em um importante estudo no México.

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. A pesquisa desenvolvida está vinculada ao projeto “IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS INFECTADOS PELO HIV/AIDS ASSISTIDOS EM SERVIÇOS DE REFERÊNCIA”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 57919716.0.0000.5208).

## RESULTADOS

Na tabela 1 temos a caracterização do perfil sociodemográfico e risco de isolamento dos idosos avaliados. Verifica-se que a maioria é do sexo feminino (62,7%), possui idade de 60 a 65 anos (44,4%), estudou entre 1 a 3 anos (Fundamental I) (28,6%) e possui como estado conjugal, ser casado ou está em união estável (34,4%). 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%). 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. Sobre o risco de isolamento das variáveis sociodemográficas, 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 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 pode modificar de forma significativa a possibilidade de isolamento.

Tabela 1 - Caracterização do perfil sócio demográfico e risco de isolamento dos idosos avaliados-Recife/PE-2019.

Fator avaliado	n	%	p-valor <sup>1</sup>	Risco para isolamento		p-valor
				Sim	Não	
<b>Sexo</b>						
Feminino	151	62,7	<0,001	60(39,7%)	91(60,3%)	0,292 <sup>1</sup>
Masculino	90	37,3		42(46,7%)	48(53,3%)	
<b>Idade</b>						
60 a 65 anos	107	44,4	<0,001	44(41,1%)	63(58,9%)	0,758 <sup>1</sup>
66 a 70 anos	93	38,6		42(45,2%)	51(54,8%)	
71 ou mais anos	41	17,0		16(39,0%)	25(61,0%)	
<b>Escolaridade</b>						
Nenhuma	25	10,4	<0,001	17(68,0%)	8(32,0%)	0,002 <sup>1</sup>
01 a 03 anos	69	28,6		34(49,3%)	35(50,7%)	
04 a 07 anos	59	24,5		26(44,1%)	33(55,9%)	
08 a 11 anos	56	23,2		13(23,2%)	43(76,8%)	
12 anos ou mais	32	13,3		12(37,5%)	20(62,5%)	
<b>Estado conjugal</b>						
Casado ou união estável	83	34,4	<0,001	34(41,0%)	49(59,0%)	0,078 <sup>1</sup>
Solteiro	74	30,7		31(41,9%)	43(58,1%)	
Viúvo	45	18,7		14(31,1%)	31(68,9%)	
Separado ou divorciado	39	16,2		23(59,0%)	16(41,0%)	
<b>Mora com quantas pessoas</b>						
Ninguém	75	31,1	<0,001	37(49,3%)	38(50,7%)	0,271 <sup>1</sup>
1 pessoa	79	32,8		35(44,3%)	44(55,7%)	
2 a 3 pessoas	68	28,2		24(35,3%)	44(64,7%)	
4 ou mais pessoas	19	7,9		6(31,6%)	13(68,4%)	

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

Na tabela 2 temos a caracterização das condições clínicas e o risco de isolamento dos idosos avaliados. 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. E na verificação do risco de isolamento diante das condições clínicas, observou uma maior prevalência de risco para isolamento no grupo de idosos com tempo de diagnóstico até 5 anos (53,3%), insatisfatória auto percepção 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 2 - Caracterização das condições clínicas e risco de isolamento dos idosos avaliados-Recife/PE-2019.

Fator avaliado	n	%	p-valor <sup>1</sup>	Risco para isolamento		p-valor
				Sim	Não	
<b>Tempo de diagnóstico</b>						
Até 5 anos	45	18,7	<0,002	24(53,3%)	21(46,7%)	0,056 <sup>1</sup>
6 a 10 anos	48	19,9		17(35,4%)	31(64,6%)	
11 a 15 anos	82	34,0		40(48,8%)	42(51,2%)	
Acima de 15 anos	66	27,4		21(31,8%)	45(68,2%)	
<b>Saúde auto percebida</b>						
Boa	129	53,5	<0,273	49(38,0%)	80(62,0%)	0,143 <sup>1</sup>
Não satisfatória	112	46,5		53(47,3%)	59(52,7%)	
<b>Capacidade funcional</b>						
Dependência	8	3,3	<0,001	5(62,5%)	3(37,5%)	0,288 <sup>2</sup>
Independência	233	96,7		97(41,6%)	136(58,4%)	
<b>Sintomatologia depressiva</b>						
Sem depressão	162	67,2	<0,001	55(34,%)	107(66,0%)	<0,001 <sup>1</sup>
Com depressão	79	32,8		47(59,5%)	32(40,5%)	
<b>Engajamento com a vida</b>						
Não	21	8,7	<0,001	11(52,4%)	10(47,6%)	0,329 <sup>1</sup>
Sim	220	91,3		91(41,4%)	129(58,6%)	

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

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

Ao verificar a caracterização dos fatores relacionados ao apoio social (Tabela 3) 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 recebe um nível de apoio familiar relevantemente maior do que o apoio dos amigos.

Tabela 3 – Caracterização dos fatores relacionados ao apoio social-Recife/PE-2019.

Avaliação do apoio	n	%	p-valor <sup>1</sup>
<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 4 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), 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 4 - Ajuste do modelo final de Poisson para o risco do isolamento- Recife/PE-2019.

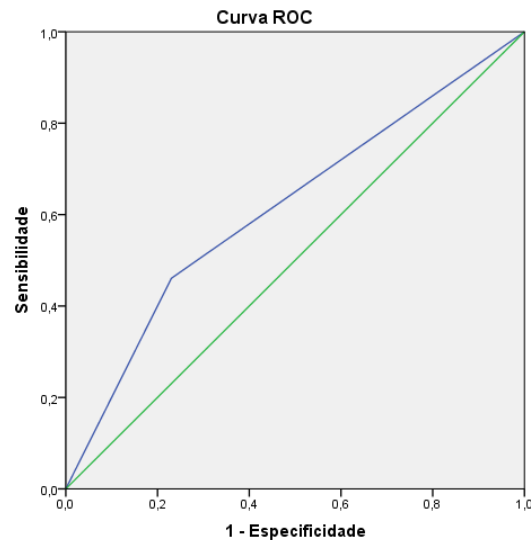
RP = Razão de	Fator avaliado	RP	IC (95%)	p-valor
	<b>Sintomatologia depressiva</b>			
	Sem depressão	1,00	-	-
	Com depressão	1,75	1,19 - 2,59	0,005

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 de Poisson.



## DISCUSSÃO

As características sociodemográficas da casuística estudada em termos de categorias mais prevalentes apresentam similaridades aos estudos de Bastos et al (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.

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 Emlet 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.

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).

Entre os problemas transdisciplinares que o HIV/Aids, o apoio social surge como um grande 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 (2017) 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 avaliado a fonte desse apoio social informal, o domínio família foi maior em relação aos amigos na média de escores e concluindo através do teste 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 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 acaba 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; LOPES, 2014).

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, GALVÃO, 2016).

A sintomatologia depressiva foi a única variável que obteve força de determinação do risco de isolamento social quando realizada análise multivariada (escolaridade, estado conjugal, 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).

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, Caruso e Mitchell (2015), a menor sofrimento psicológico, frequência de sintomas psiquiátricos e índices de ansiedade e depressão e melhor qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

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 incluídos 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 nos proporcionam uma análise importante acerca do apoio social ao idoso com HIV/AIDS desde o diagnóstico, proporcionando todo tipo de suporte por parte de 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
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS). Versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1999.
- ARAÚJO, F.; RIBEIRO, J. L. P.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Saúde Pública.* 2007.
- ARIAS-MERINO, E. D. et al. Prevalence of successful aging in the elderly in Western Mexico. *Current gerontology and geriatrics research*, v. 1, p. 1–6, 2012.
- BASTOS, L. M. et al. Avaliação do nível de conhecimento em relação à Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 2495-2502, 2018.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Ed. 6. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos Humaniza SUS. Brasília: Ed. Política Nacional de Humanização, v.2: Atenção Básica, 2010.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- KLEIMAN, R. T. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord*. v. 150, n. 2, p. 540-5, 2014.
- 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.
- 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.
- LUBBEN, J. Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health*.v.11, p. 42-52, 1988.
- 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.

- 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.
- NANNI, M. G; CARUSO, R; MITCHELL, A.J. Depression in HIV Infected Patients: A Review. Curr Psychiatry Rep. v. 17, 2015.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- SOUZA, C. C. et al. Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: um estudo epidemiológico. Rev. Bras. Ciênc. Saúde, v.11, n35, p. 25-30, 2013.
- 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.

**Recebido em:** 08-08-2020

**Aceito em:** 01/02/2022