



Universidade
ESTADUAL DA PARAÍBA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ÉLEN LÚCIO PEREIRA

**IDOSOS RESIDENTES EM CIDADES RURAIS: ANÁLISE DAS
VULNERABILIDADES AO HIV/AIDS**

CAMPINA GRANDE
2015

ÉLEN LÚCIO PEREIRA

**IDOSOS RESIDENTES EM CIDADES RURAIS: ANÁLISE DAS
VULNERABILIDADES AO HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do título de Psicólogo e Licenciado em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Josevânia da Silva

CAMPINA GRANDE
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

P436i Pereira, Élen Lúcio.

Idosos residentes em cidades rurais [manuscrito] : análise das vulnerabilidades ao HIV/AIDS / Elen Lúcio Pereira. - 2015.
27 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e
da Saúde, 2015.

"Orientação: Profa. Dra. Josevânia da Silva, Departamento de
Psicologia".

1. HIV/AIDS. 2. Idoso. 3. Saúde do idoso. I. Título.

21. ed. CDD 616.979 2

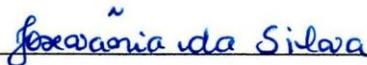
ÉLEN LÚCIO PEREIRA

**IDOSOS RESIDENTES EM CIDADES RURAIS: ANÁLISE DAS
VULNERABILIDADES AO HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do título de Psicólogo e Licenciado em Psicologia.

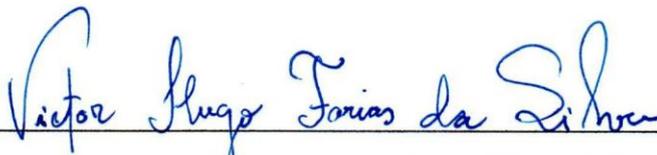
Orientadora: Profa. Dra. Josevânia da Silva

Aprovado em: 30 / 11 / 15



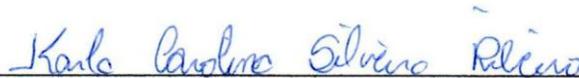
Profa. Dra. Josevânia da Silva / UEPB

Orientadora



Prof. Me. Victor Hugo Farias da Silva / UEPB

Examinador



Profa Dra Karla Carolina Silveira Ribeiro / UEPB

Examinadora

A minha mãe e irmãs, que estiveram sempre ao meu lado
em todos os momentos importantes da minha vida,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, o qual nesses cinco anos tem ouvido minhas preces e me dado forças e luz, para conseguir vencer a luta diária de viver longe de minha família, e aguentar os baques da vida. Quero agradecer a minha família, minha mãe, que sempre rezou por mim, me amou de uma forma espetacular, rindo, chorando, sofrendo e caminhando junto comigo, acreditando que eu alcançaria meus objetivos. Você me ensinou a ser humana, compreensiva. Te amo, mainha.

Agradecer as minhas irmãs. À Élide pelo carinho, companhia animada, e por sempre acreditar na minha capacidade. À Érica pelo cuidado e apoio, você é uma mãezona para mim, sempre preocupada e me ajudando no que precisei, acreditando sempre na minha conquista. A Edinete pela admiração, respeito e apoio esses anos, você que sempre acreditou de uma forma tão meiga em mim. À Marciel, que mesmo distante, desde o início, achou tão empolgante eu entrar na faculdade, perguntando o que via de tão legal no curso. Ao meu pai, Pereira, o qual presenciei pela primeira vez seu choro no momento em que passei no vestibular, de alguma forma aposto que você deve estar feliz, onde estiver, com sua filha terminando o curso. A minha avó Artemísia, que mesmo há tantos anos tendo falecido, me dava tanto amor, a qual eu gostaria que pudesse presenciar esse momento. Amo demais vocês.

Agradecer a toda família Lúcio, a qual me orgulho em fazer parte, e que tem me dado apoio e afeto, durante minha graduação. Obrigada tia Fátima, com sua atenção; Dedé com sua inspiração; Tia Lúcia com sua luz radiante; Tia Marluce com seu carinho tão espontâneo; Tio João com sua simplicidade e tia Dalva com seu sorriso doce. À meu primo Marcinho, que salvou meu tcc ao me presentear com meu instrumento de produção: meu computador.

Obrigada Pai e Mãe da “Budega”, pelo amor e confiança em sua neta, e por existirem em minha vida como uma inspiração de avós. Tenho muito orgulho de vocês, adoro ouvir as lindas músicas cantadas por pai, com as quais lembro em meio correrias, e consigo rir sozinha; adoro os abraços afetuosos de mãe, e sua forma leve e singela de viver no mundo.

Agradeço a minha orientadora, que tem sido tão paciente, afetuosa, amiga e compreensiva comigo, você é um dos motivos pelos quais consegui forças para seguir naquilo que amava em meu curso, obrigada por confiar em mim como orientanda e como bolsista do seu primeiro PIBIC na UEPB. Com certeza você foi um dos presentes que ganhei nessa graduação, agora agunte, que você não se livra de mim nem tão cedo (risos).

Obrigada minhas amigas, Adriana, Jéssica e Mayara que fazem parte da minha família de Campina Grande. Obrigada pelo carinho, pela dedicação, pelo afeto, obrigada por me amarem incondicionalmente, pelos risos, pelos choros, pelos ombros amigos, pelos tombos,

amo vocês. À minha amiga de voz tão doce e que tenho carinho especial Gleicemere. Agradeço as minhas amigas de morada Jordanya e Patrícia, pelo afeto e carinho nas horas boas, e nas mais difíceis. Obrigada também a Ana Clara, que me deu tanto apoio, e acreditou que conseguiria desenvolver meu tcc com sucesso. Obrigada Diogenes pelo afeto e apoio incondicional e por muitas vezes deixar que eu dividisse contigo, o peso das minhas dificuldades. Aos meus pais adotivos em Campina Dona Júlia, Pêpo e Mesma, que me preencheram com atenção e afeto. A minha amiga Edineide que diante de alguns momentos difíceis da vida em Campina me ofereceu abrigo e risos. A minha amiga Gerciane que aos poucos foi entrando na minha vida e a contemplou com mais alegria.

Agradeço a outras pessoas tão especiais que pude conhecer nesse curso, obrigada Ana Cristina pela sua amorosidade e atenção, Sibelle pelo carinho e estímulo a reflexão. Agradeço também a professora Thelma, pela confiança em que me depositou todos esses anos de graduação, em seus projetos e estágios, e por me apresentar a Psicologia Social.

Agradeço a banca, os professores Victor Hugo e Karla Carolina por aceitarem o convite em fazer parte de um momento tão especial em minha vida acadêmica e pessoal; muito obrigada.

Agradeço aos meus amigos de São Bento que tanto me deram afeto, mesmo estando longe deles, vocês são nota dez, amo todos vocês. À Thiago, que desde o início disse que não conseguiria passar no vestibular, como estímulo para que eu estudasse.

Agradeço a todos aqueles que em algum momento, me deram uma palavra de afeto, um abraço carinhoso, e dedicaram alguns minutos, horas, instantes, a me fazer crescer, sorrir e levantar.

Agradeço a Robson, Leandro e Andresa, que tiveram paciência e atenção em todos os momentos em que precisei de uma orientação, de uma ajuda, de um apoio. À Val da xérox, que sempre me recebeu com carinho e muitas vezes me fez companhia em momentos de espera.

Às meninas auxiliares de limpeza do departamento, por sempre estarem com o sorriso estampado nos corredores do departamento, e que trabalham com dedicação para manter o departamento ainda mais especial.

A minha amiga Gaby, que seja onde estiver, enchia minha vida de luz, com seu sorriso sempre estampado, e prestes a dizer que deveria aproveitar minha vida. Amiga tua imagem é guardada com muito carinho.

“A assunção de nós mesmos não significa a exclusão dos outros”

(Paulo Freire)

IDOSOS RESIDENTES EM CIDADES RURAIS: ANÁLISE DAS VULNERABILIDADES AO HIV/AIDS

Élen Lúcio Pereira¹

RESUMO: Este estudo teve por objetivo analisar as vulnerabilidades ao HIV/Aids de pessoas idosas, residentes em cidades rurais da macrorregião de Campina Grande-PB. Participaram 74 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos. Utilizou-se como instrumento um questionário que continha sessão referente a questões sociodemográficas e outra sessão com temas referentes às práticas sexuais e vulnerabilidade, bem como sobre crenças acerca da Aids em pessoas idosas. Destaca-se na sessão sociodemográfica, a maior parte dos participantes composta por mulheres, com baixa escolaridade e renda entre um e dois salários mínimos, tendo como profissão a de agricultor. No que concerne as práticas sexuais, a maioria não faz uso de preservativo, nem realizou teste de HIV durante a vida. Os idosos possuem uma baixa média de preocupação em contrair a doença, e não apresentam preocupação acerca da possibilidade de risco. As crenças que apresentaram maior concordância entre os participantes foram, respectivamente, as que versaram sobre a necessidade de campanhas sobre Aids para pessoas idosas, que os idosos podem pegar AIDS através do sexo e que o médico deveria sempre solicitar exame de Aids. No tocante às variáveis com maior frequência de discordância, verificou-se que os idosos discordaram, respectivamente, da crença de que a Aids em pessoas idosas é como outra doença qualquer, que o idoso não tem mais relação sexual, bem como discordam da afirmativa de que o idoso se previne da Aids. Os resultados encontrados apontam para a indissociabilidade dos aspectos individuais, sociais e programáticos da vulnerabilidade das pessoas e coletividades ao adoecimento, particularmente no contexto de idosos residentes em cidades rurais.

Palavras-Chave: HIV/Aids. Vulnerabilidade. Idoso.

¹Aluna de Graduação de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I
Email: elenlucio@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as mudanças ocorridas nas perspectivas de contágio ao vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) estiveram relacionadas com os novos delineamentos no que tange às estratégias de prevenção e no modo de abordar a temática junto à população. Se antes o direcionamento das ações em saúde voltava-se para os grupos denominados de “risco”, na contemporaneidade, o entendimento do processo de saúde e doença, incluindo a Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), pauta-se numa perspectiva que considera os contextos de vulnerabilidades à infecção. De acordo com Kahhale et al (2010) a vulnerabilidade tem sido apontada como importante categoria de análise para exposição de indivíduos e de grupos em relação a Aids.

No processo de vulnerabilidade procura-se compreender como indivíduos e grupos sociais “se expõem a dado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas, (...) chamadas, respectivamente, de dimensão individual, social e programática (AYRES, 2009, p. 16).

A análise da vulnerabilidade envolve a participação de diversos atores sociais e contextos, desconstruindo estratégias anteriores de culpabilização dos sujeitos por seu adoecimento. Sendo assim, dentre os aspectos relacionados com a primeira dimensão, destaca-se o grau e a qualidade da informação de que os sujeitos dispõem e a forma como eles elaboram essas informações e as incorporam às suas práticas cotidianas. A dimensão social compreende os aspectos contextuais que abarcam os indivíduos, grupos e coletividade, envolvendo aspectos relacionados às crenças religiosas, às relações de gênero, à economia, etc. A última dimensão, diz respeito a como as instituições e políticas públicas, especialmente de saúde, bem-estar social, educação, justiça e cultura, têm colaborado para reduzir, reproduzir ou aumentar condições de vulnerabilidade de indivíduos e coletividades em seus contextos (AYRES, PAIVA & FRANÇA JR., 2012).

A partir desta perspectiva teórica e considerando o aumento no número de casos de HIV/Aids em pessoas idosas, ressalta-se a necessidade de estudos que visem análise dos contextos de vulnerabilidade ao HIV/Aids tendo em vista o envelhecimento não como categoria homogênea, mas constituída pelos diversos modos de envelhecer. Isto possibilita o desenvolvimento de ações que atuem “para as diversas pessoas em seus contextos e relações, constantemente em modificação” (AYRES, PAIVA & BUCHALLA, 2012, p. 14),

No Brasil, o aumento na quantidade de estudos sobre HIV/Aids na população idosa foi verificado a partir de 2008, período que também ocorreu a campanha do Dia Mundial de Luta Contra a Aids, com título “Clube dos Enta”, voltada para homens heterossexuais com mais de

50 anos (SOUZA E SOUZA et. al, 2013). Em 2014, dados epidemiológicos do Departamento de DST/Aids e Hepatites virais evidenciaram, no Brasil, estimativa de aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids. Os dados do boletim evidenciou que nos últimos dez anos houve aumento do número de casos em homens na faixa etária de 60 anos ou mais. Entre as mulheres, no mesmo período de tempo, também houve um aumento entre aquelas com 55 a 59 anos e 60 anos ou mais, sendo o aumento de 24,8% e 40,4% de 2004 para 2013.

Pesquisa realizada por Serra et al (2013) na cidade de São Luís com 46 idosos vivendo com HIV, na faixa etária entre 60 e 65 anos, demonstrou que, quando questionados sobre conhecimento prévio acerca do vírus, os participantes apresentaram respostas que variavam de “nenhum” a “algum conhecimento”. Outros ainda relataram que não sabiam nada a respeito de HIV/Aids antes de terem sido infectados, ou que quando existia alguma informação, era muito escassa.

A partir do quadro conceitual da vulnerabilidade e da indissociabilidade entre suas dimensões é possível contextualizar a vulnerabilidade de idosos ao HIV/Aids. Serra et al (2013) destacaram diferentes aspectos que podem estar associados com aumento dos índices de contaminação desses sujeitos, como mudanças socioculturais frente à sexualidade na velhice. Destacam-se, ainda, as dificuldades para incluir o uso do preservativo como forma de prevenção às DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis), as inovações na área de saúde e de medicamentos, além do direcionamento de propagandas e divulgação de prevenção às DST's ligadas diretamente à juventude, excluindo a participação do público na maturidade e na velhice, limitando o debate acerca da sexualidade e dos cuidados em saúde necessários à prevenção ao HIV/Aids em pessoas idosas.

Na contemporaneidade tem se verificado esforços em constituir políticas públicas que propiciem qualidade da assistência às pessoas com HIV/Aids, em que a superação de iniquidades e desigualdades apresenta-se como desafio para os que defendem a vida como direito ao bem público e à cidadania (VILLARINHO et al, 2013). Essas políticas possuem como objetivo a garantia da atenção em saúde através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção a toda população, considerando as diferentes realidades e necessidade da saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2010).

O perfil atual da epidemia tem apontado para a chamada interiorização da Aids (SILVA, LIMA & HAMANN, 2010), que significa o aumento dos casos em cidades rurais. Para o IBGE (2011), considerando o critério populacional, cidades rurais são aquelas que possuem número populacional igual ou inferior a 10 mil habitantes. Dentre os desafios atuais

para a redução dos índices epidemiológicos, está o direcionamento de ações voltadas para as cidades rurais.

As populações territorialmente definidas como rural e urbana possuem diferenças quanto ao acesso e à utilização de serviços de saúde, sendo as cidades rurais aquelas que apresentam maiores desafios (VIEIRA, 2010). Perpassando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, estão os aspectos socioeconômicos e contextos políticos que, em maior ou menor grau, contribuem para dificultar a efetivação de políticas públicas. Além disso, Vieira (2010) elenca o acesso inadequado ao sistema de cuidados efetivos à saúde como um dos seus pilares, seguido pelos problemas relacionados à oferta e a organização dos serviços de saúde, a dificuldade envolvida em atrair médicos e outros profissionais de saúde, além da rotatividade destes profissionais e a qualidade da assistência oferecida. Sendo assim, ações em saúde tornam-se, muitas vezes, inacessíveis (PERUCCHI et al, 2011). Ademais, temas relacionados com prevenção às DST's/Aids em pessoas idosas tornam-se menos prioritários quando se consideram outras demandas existentes.

Em face a esta realidade, o Ministério da Saúde do Brasil propôs um programa de atendimento prioritário as pessoas vivendo com HIV/Aids, a partir dos 50 anos. Este programa tem como o objetivo disponibilizar informações sobre práticas sexuais e prevenção, bem como disponibilizar insumos nas Unidades Básicas de Saúde. Dentre os insumos, estão disponibilizados, de forma gratuita, o preservativo feminino e masculino e o gel lubrificante (BRASIL, 2010). No entanto, as questões evidenciadas envolvem diferentes problemáticas, como, por exemplo, a análise da eficácia e eficiência das ações, se as pessoas da população em geral têm tido acesso a tais insumos e informações e, principalmente, acesso aos serviços de saúde de Atenção Básica.

O processo de disseminação da epidemia e os seus impactos são diferenciados nas populações. Garcia e Souza (2010) evidenciaram que é necessário identificar e reconhecer as diferenças e especificidades do processo, sendo este reconhecimento indispensável no planejamento e implementação de políticas e programas voltados à redução da vulnerabilidade ao HIV e outras DST's.

Tendo em vista as especificidades de cada contexto, Martins et. al (2007) relata que muitos estudos se dedicam a estudar a velhice sob novas óticas, no entanto, a maioria das pesquisas na área se referem a idosos que habitam o ambiente urbano, sendo escassas as que abordam questões que envolvam o envelhecimento no meio rural. Sendo assim, este estudo tem por objetivo analisar as vulnerabilidades ao HIV/Aids de pessoas idosas residentes em cidades rurais da macrorregião de Campina Grande-PB.

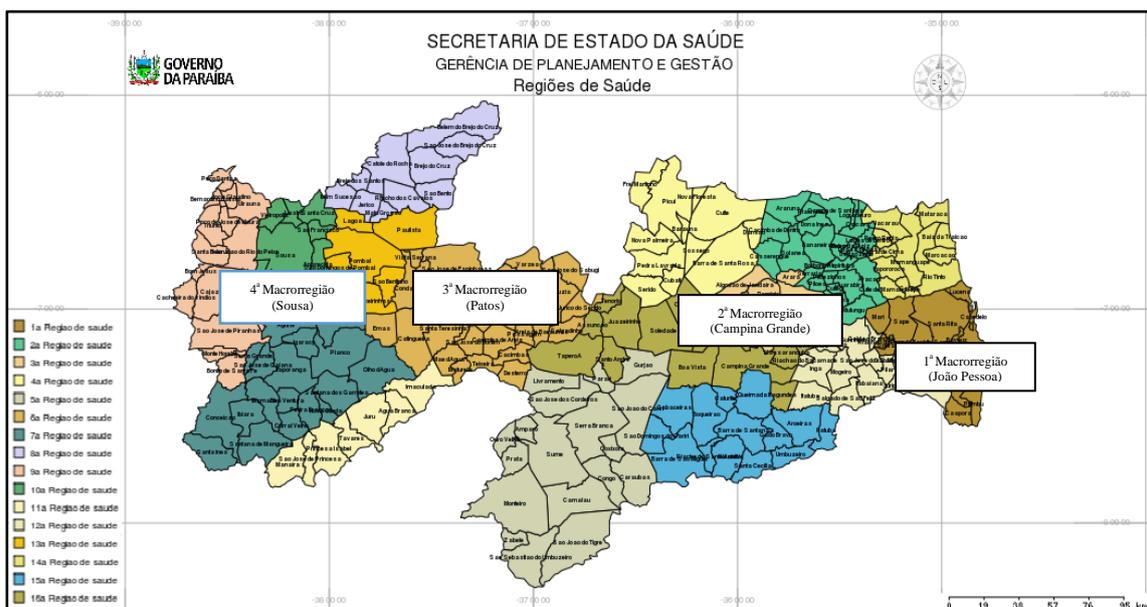
MÉTODO

DELINEAMENTO

Este estudo é transversal, de caráter quantitativo, que também pode ser considerado epidemiológico descritivo, pois pôde possibilitar a determinação da prevalência das variáveis que foram estudadas. O estudo teve como Variável consequente (VC) as respostas apresentadas pelos participante ao instrumento, e como Variáveis consideradas Antecedentes (VA), os grupos critérios (pessoas idosas que residem em cidades rurais).

LOCUS

A pesquisa foi realizada em cidades rurais questão definidas, segundo o IBGE (2011), a partir do critério populacional, ou seja, cidades com população igual ou inferior a 10 mil habitantes. Para seleção das cidades, levou-se em consideração a distribuição de assistência em saúde da Paraíba, a qual é dividida em quatro macrorregiões de saúde, conforme figura 1 abaixo. Estas devem, de acordo com Brandão (2012), atender necessidades dos municípios que delas fazem parte, sendo a macrorregião composta por determinado número de municípios. A sede de cada macrorregião de saúde deve ser responsável por absorver as demandas de cidades vizinhas.



Fonte: Governo da Paraíba (2015)

Fig. 01 – Mapa das Macrorregiões de Saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes.

A primeira macrorregião tem como sede município de João Pessoa e é composta por 04 regiões de saúde, totalizando 64 municípios (43,75% deles com menos de 10.000 hab.). A segunda macrorregião, polarizada pelo município de Campina Grande, é composta por 05

regiões de saúde, totalizando 70 municípios (60% deles com menos de 10.000hab.). A terceira macrorregião, tem como sede o município de Patos e é formada por 03 regiões de saúde totalizando 49 municípios (75,5% deles com menos de 10.000hab). Por última, a quarta macrorregião de saúde é polarizada pelo município de Sousa e abarca 04 regiões de saúde, totalizando 40 municípios. Para a composição da amostra, foi considerada apenas a macrorregião de Campina Grande por estapossuir o maior número de municípios.

PARTICIPANTES

Participaram do estudo, de maneira acidental e não probabilística, 74 pessoas idosas, com idade igual a superior a 60 anos residentes em cidades rurais da macrorregião de saúde de Campina Grande, sendo em sua maioria do sexo feminino (75,7%). Como critério de exclusão, adotou-se os seguintes aspectos: a) recusa em participar do estudo; b) ausência de informações importantes no questionário; c) questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas.

INSTRUMENTOS

Utilizou-se para coleta de dados um questionário que continha sessão referente a questões sociodemográficas (idade, sexo, renda, escolaridade, estado civil, atividade ocupacional, religião e religiosidade) e outra sessão com temas referentes às práticas sexuais e vulnerabilidade, bem como sobre crenças acerca da Aids em pessoas idosas. As questões do instrumento eram fechadas e podiam ser auto respondidas. As medidas foram realizadas através de variáveis dicotômicas e de perguntas com escala de resposta do tipo Likert.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

O estudo foi realizado através da voluntária participação das pessoas, que foram abordados em praças, logradouros e residências, onde foram informadas sobre o caráter voluntário e anônimo da pesquisa. Em seguida, o participante era solicitado a assinar o “Termo de consentimento livre e esclarecido”. Para os participantes que não possuíam escolaridade ou não sabiam assinar, a assinatura era feita através da impressão datiloscópica (carimbo do polegar). Depois, foi solicitado que cada participante respondesse, individualmente, os instrumentos. Alguns idosos, no entanto, pediam que o questionário fosse lido para melhor entendimento durante as suas respostas. O tempo médio de aplicação foi de 25 minutos.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise das respostas recorrentes do questionário foram processadas através do software estatístico SPSS, em sua versão 20. Foram realizadas análises de estatística descritiva, de posição e de sua variabilidade, sendo respectivamente, frequência, média e desvio padrão.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e sua realização foi pautada nos aspectos éticos pertinentes às pesquisas que envolvem seres humanos. Foi garantido aos participantes confidencialidade de suas identidades e dos dados, como também o direito de retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem causar nenhum dano ou prejuízo ao idoso.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados sociodemográficos verificou-se que a idade dos participantes variou de 60 a 90 anos ($M= 68,8$; $DP= 6,5$), sendo a maioria do sexo feminino, correspondendo a 75,7% da amostra. Ademais, a maioria dos participantes eram casados (62,2%) e 47,3% possuíam grau de escolaridade correspondente ao ensino fundamental I. Ainda em relação à escolaridade, destaca-se que 25,1% se declararam analfabetos e apenas 1,4% dos participantes tiveram acesso ao ensino superior.

A renda familiar dos participantes, em sua maioria, foi relativamente baixa com 71,4% recebendo de 1 a 2 salários mínimos² por mês. Verificou-se, ainda, que 19% possuíam renda familiar inferior a 1 salário mínimo.

Em tocante a profissão, a maior parte dos participantes relataram ser agricultores (35,1%), seguidos da ocupação de dona-de-casa (20,3%). Já em relação à religião e religiosidade, respectivamente, a maioria dos idosos declararam-se católicos (87,7%) e, numa escala de zero à dez para seu nível de religiosidade, demonstram níveis elevados de sentimento religioso com média igual a 8,9 ($DP=1,9$).

Por sua vez, as questões temáticas versaram sobre práticas sexuais e vulnerabilidade, bem como sobre crenças acerca da Aids em pessoas idosas. Em relação às práticas sexuais e vulnerabilidade, a média de idade da primeira relação sexual dos idosos foi de 21 anos

²Valor correspondente a R\$ 724,00 no momento da coleta de dados.

(DP=6,1), variando de 11 à 42 anos. Procurou-se verificar, ainda, o uso do preservativo pelos idosos na primeira relação sexual. O dados indicaram o baixo uso do preservativos entre os idosos na primeira relação sexual, o que pode estar relacionado com o contexto sócio cultural de sua época, caracterizada por reduzida discussão e acesso a informação sobre práticas sexuais e uso de preservativo. No entanto, quando indagados sobre a frequência do uso de preservativo nas relações sexuais ao longo da vida, o uso do preservativo continuou sendo baixo, conforme demonstrado na tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Uso do preservativo nas relações sexuais

Variáveis	(f)	%	Uso do preservativo
Primeira relação sexual (N=69)	67	97,1	Não usaram
	02	2,9	Usaram
Em todas as relações sexuais(N=70)	59	84,3	Não usaram
	06	8,6	Às vezes
	05	7,1	Sempre

Fonte: dados da pesquisa

Sobre a preocupação em contrair HIV/Aids, numa escala de zero a dez, os participantes pontuaram uma média moderadamente alta de 6,5 (DP=4,2). Embora demonstrando preocupação em contrair a doença, os dados indicaram que, numa escala de 0 a 10, o idosos pontuaram baixo no que se refere a sua percepção de risco para contrair HIV/Aids, apresentando média de 1,03 (DP=2,4). Além disso, quando indagados sobre a sensação de que poderiam ter sido contaminados com vírus da Aids, 92,2% dos participantes afirmaram não ter essa possibilidade de risco.

A realização do teste de HIV também esteve presente como questão, no qual os participantes em sua maioria (82,7%) afirmaram nunca ter realizado o teste. Apenas 17,3% dos idosos afirmaram já ter realizado o teste para HIV, o que pode está relacionado com a percepção de baixo risco de contágio, além da baixa solicitação do exame por parte dos profissionais de saúde.

As últimas questões do instrumento versavam sobre crenças acerca da Aids em pessoas idosas e os participantes deveriam responder sim ou não, dependendo de sua concordância com as afirmativas. Alguns participantes não responderam a todas as questões, deixando de uma a duas questões sem resposta, o que contribuiu para que o número de

participantes variasse entre as questões. A partir das respostas, foi realizado o levantamento da frequência de resposta dos participantes para cada item, conforme explicitado na tabela 2.

Tabela 2. Crenças acerca da Aids em pessoas idosas

Variáveis	Não		Sim	
	f	%	f	%
O idoso usa camisinha nas relações sexuais? (N=62)	37	59,7	25	40,3
O idoso se previne da Aids? (N=63)	41	65,1	22	34,9
Pessoas idosas se contaminam com a Aids? (N=48)	11	22,9	37	77,1
Os idosos podem pegar AIDS através do sexo? (N=64)	12	18,8	52	81,3
O idoso não tem mais relação sexual? (N=64)	42	65,6	22	34,4
É vergonhoso ter AIDS quando a pessoa é idosa? (N=65)	31	47,7	33	50,8
É difícil falar sobre Aids em pessoas idosas? (N=63)	25	39,7	38	60,3
A sociedade rejeita o idoso com Aids? (N=64)	21	32,8	43	67,2
É difícil para a família aceitar o idoso com Aids? (N=62)	13	21	49	79,0
O idoso com Aids sofre mais preconceito do que o jovem? (N=62)	14	22,6	58	77,4
A família geralmente apoia o idoso com Aids? (N=64)	16	25	48	75
É melhor o idoso manter segredo sobre seu diagnóstico de Aids? (N=65)	37	56,9	28	43,1
O idoso tem informação sobre a Aids? (N=63)	40	63,5	23	36,5
Existem campanhas sobre Aids para pessoas idosas? (N=65)	42	64,6	23	35,4
É necessário campanhas sobre Aids para pessoas idosas? (N=65)	11	16,9	54	83,1
O médico deve sempre solicitar exame de Aids para os idosos?(N=65)	14	21,5	51	78,5

Fonte: dados da pesquisa

As crenças que apresentaram maior concordância entre os participantes foram, respectivamente, as que versaram sobre a necessidade de “campanhas sobre Aids para pessoas idosas”, que os “idosos podem pegar AIDS através do sexo” e que o médico deveria sempre “solicitar exame de Aids”. No tocante às variáveis com maior frequência de discordância, verificou-se que os idosos discordaram, respectivamente, da crença de que o “idoso não tem

mais relação sexual”, “existem campanhas sobre Aids para pessoas idosas”, bem como discordam da afirmativa de que o “idoso se previne da Aids”.

DISCUSSÃO

Os indicadores sociodemográficos são informações que apontam para contextos de vivência das pessoas e perpassam os processos de saúde e doença. Numa perspectiva da vulnerabilidade, tais informações subsidiam a compreensão dos aspectos sociais e programáticos que aumentam as chances de adoecimento das pessoas e comunidades. Nessa direção, o perfil dos idosos participantes da pesquisa corroboram o perfil da pauperização da Aids, ou seja, a maioria das pessoas que vivem com HIV/Aids possuem baixa renda e baixo grau de escolaridade.

A renda e a escolaridade, de certo modo, limitam o acesso a bens materiais e simbólicos, além de limitar os cuidados em saúde, incluindo a alimentação e as condições de moradia. Sobre a escolaridade, o estudo de Garcia e Souza (2010) com pessoas idosas demonstrou relação entre baixo nível de escolaridade e a construção de informações equivocadas sobre as formas de prevenção e de contágio com o HIV.

Embora o nível de renda e de escolaridade sejam dimensões importantes na caracterização dos contextos de pobreza, considera-se que são indicadores que não abarcam outras privações sofridas pelas pessoas (OTONELLI & MARINAO, 2014). Há que se considerar, segundo Sen (1981), os aspectos que impedem as pessoas viverem de acordo com o que almejam, nomeado pelo autor de abordagem das capacitações. Dentre outros aspectos, deve-se considerar o acesso aos serviços de saúde e de saneamento básico, o acesso ao trabalho e a participação na vida da comunidade (SEN, 1981). Os idosos participantes eram em sua maioria aposentados e tinham como atividade ocupacional a agricultura, podendo estar relacionado com a renda familiar identificada, visto que a média salarial de aposentadoria para agricultores é de um salário mínimo.

Além dos aspectos socioeconômicos, a vulnerabilidade das pessoas está relacionada com as crenças que são elaboradas a partir das pertencas grupais e dos processos de intersubjetividade (AYRES, PAIVA & FRANÇA JR 2012), como as crenças relativas à religiosidade e à autopercepção de vulnerabilidade. No tocante ao nível de religiosidade, o resultados indicaram níveis elevados entre os idosos participantes, o que é mais frequente entre pessoas residentes em cidade rurais quando comparados com residentes em cidades

urbanas. Para Lomonaco (2002) a influência da religiosidade nas cidades rurais é verificada nas relações familiares e comunitárias.

As crenças religiosas e o modo como as pessoas as vivenciam podem ajudar no processo de enfrentamento ao adoecimento ou ainda dificultar a adesão ao tratamento, bem como contribuir para a elaboração de explicações equivocadas sobre os processos de adoecimento. Em estudo com comunidades rurais, Ximenes e Júnior (2013) identificaram que os participantes posicionavam Deus como responsável por suas condições, muitas vezes evitando a análise crítica das situações e as próprias responsabilidades nas decisões tomadas. De outro modo, verificou-se que a religiosidade apresentava-se como suporte, em que buscasse explicações para situações adversas enfrentadas (XIMENES & JÚNIOR, 2013).

A análise da vulnerabilidade implica a consideração de aspectos que se inter cruzam, estando relacionados com a dimensão social e, ao mesmo tempo, vivenciados em contextos individuais e intersubjetivos. Assim como as crenças religiosas, as práticas sexuais e a própria percepção de vulnerabilidade são perpassadas pelos contextos de pertença dos indivíduos e são mediados pelos elementos da história de vida das pessoas. Para os idosos da presente pesquisa, a primeira relação sexual ocorreu em média aos 21 anos, período da juventude, ou seja, há mais de 40 anos, considerando a média de idade dos participantes.

São idosos que iniciaram sua vivência sexual numa época em que o vírus HIV encontrava-se desconhecido por parte da mídia e pouco divulgado no meio científico, já que os primeiros casos de Aids, no mundo, datam no fim da década de 70. No Brasil, as discussões sobre o contágio com o vírus data do fim dos anos 80, com ênfase na noção de grupos de risco, ao se considerar que a síndrome seria uma afecção exclusiva de homens gays, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (BASTOS, 2006).

É possível que o contexto de iniciação sexual dos participantes esteja relacionado com o fato de 97,1% dos idosos terem afirmado não utilizar o preservativo em sua primeira relação sexual. Ademais, de acordo com Ministério da Saúde (2012), apenas em 1994 teve início a política de distribuição gratuita de preservativos. Dessa forma, o acesso às formas de prevenção ou informação sobre DST's/Aids iniciou décadas após a primeira relação sexual desses idosos. Acrescenta-se a este dado o fato de que o acesso às informações e políticas públicas de prevenção tiveram sua maior divulgação, inicialmente, nos grandes centros urbanos para, posteriormente, serem ampliadas para as cidades rurais.

Ao se perguntar sobre a preocupação em contrair Aids, os idosos demonstraram moderado receio. No entanto, ao avaliarem o próprio risco de adquirir a doença e a sensação de que poderiam ter sido contaminados com vírus da Aids, os participantes apresentaram

baixa percepção de risco. Estudo realizado por Serra et al (2013) com idosos que viviam com Aids demonstrou que os participantes, antes de contrair a doença, percebiam a Aids como uma “doença do outro”, como algo abstrato e distante de sua realidade, o que corrobora os dados aqui encontrados. Outros estudos sobre percepção de vulnerabilidade ao HIV tem demonstrado resultados nessa direção para as pessoas da população em geral, como no público composto por adultos jovens (RIBEIRO, SILVA & SALDANHA, 2011).

A Aids, assim como outros processo de adoecimento, parecem ainda se apresentar como uma “doença do outro”, o que dificulta o manejo da prevenção, além de estar relacionada com a vivência das pessoas em suas relações e contextos de vida. Isto possibilita uma variedade de modos de enfrentamento, seja no lidar com a doença, seja no modo de vivenciar a sexualidade e incorporar práticas preventivas. Para Paiva (2010), na vida cotidiana, a sexualidade é raramente pensada e vivida como atitudes e práticas coerentes com as opiniões e conhecimentos sobre a Aids, se fazendo necessário compreender os sujeitos em relação em seus cenários cotidianos.

Diante da percepção de invulnerabilidade em adquirir HIV, a maioria dos participantes relataram não fazerem uso de preservativo durante suas relações sexuais, podendo ter relação com o grande percentual de sujeitos casados no estudo. Segundo Kahhale et al (2010), a fidelidade e a situação conjugal apresentam-se como elementos de imunização para infecções e acabam se tornando facilitadoras da negação do risco. Nessa direção, em pesquisa realizada com 64 sujeitos nas cidades de São Paulo e Recife, Garcia e Souza (2010) encontraram nos discursos dos entrevistados concepções de que exclusividade sexual, diminuição de parceiros e conhecer o parceiro são as melhores formas de prevenção.

Os resultados indicaram, ainda, a baixa realização do teste de soropositividade para o HIV. Em pesquisa realizada por Silva, Lima e Hamman (2010), verificou-se que apenas 22% dos participantes realizaram testagem de HIV, demonstrando o baixo número de realização de testes também em outro espaço rural, as comunidades quilombolas.

Dentre as várias intervenções de políticas públicas existentes, o incentivo a realização do teste para HIV tem ganhado grande destaque (SOARES E BRANDÃO, 2011), uma vez que a detecção precoce está associada a maior eficácia do tratamento e qualidade de vida para as pessoas. A reduzida realização do teste por idosos pode ser indicativo da baixa solicitação do exame por parte dos profissionais de saúde, o que tem relação com a vulnerabilidade programática. A vulnerabilidade programática também está relacionada com a dificuldade de acesso às instituições de saúde vivenciada pelas pessoas residentes em cidades rurais. Há que se considerar, ainda, a vulnerabilidade em âmbito individual e social evidenciada por meio das

crenças de alguns profissionais de saúde sobre o baixo risco dos idosos em contrair Aids (OLIVEIRA; ARAÚJO; SALDANHA, 2006).

Percebe-se nas considerações dos idosos, as três dimensões da vulnerabilidade implicadas, pois todas atravessam a vida cotidiana dos sujeitos e estão, de acordo com Paiva (2012) impregnadas de sentidos, que são construídos historicamente, e que se atualizam em contextos intersubjetivos, em cenas e cenários locais.

As intervenções na área de saúde devem considerar as pessoas idosas em suas várias dimensões, incluindo a sexualidade e suas condições de vida. No contexto das cidades rurais, as ações para a redução da vulnerabilidade às DST's/Aids demanda a articulação com ações programáticas, a garantia de acesso aos serviços de saúde e à informações completas, direcionadas às especificidades desse grupo etário e com participação multidisciplinar (PAIVA, 2012). Para Santos e Assis (2011), a própria literatura pode contribuir para a redução da vulnerabilidade programáticas dos idosos, ao ampliar os estudos que contemplem a participação não apenas de jovens e profissionais da saúde, mas de idosos em seus diversos contextos, sobretudo os residentes em cidades rurais.

No que concerne as crenças sobre Aids na velhice, exposto na tabela 2, os resultados evidenciam os posicionamentos dos participantes em relação aos diferentes aspectos que envolvem a relação idoso e HIV/Aids.

Nas questões que envolviam a vulnerabilidade individual, a maioria dos participantes afirmaram que os idosos não usam o preservativo nas relações sexuais e não se previnem em relação às DST's/Aids. Embora a dimensão individual da vulnerabilidade analise as ações das pessoas em seus contextos, a concepção de sujeito pauta-se na noção de um ser que está em relação, devendo se considerar os recursos que os mesmos dispõe para lidar com suas demandas, implicando a consideração dos aspectos sociais. Assim, a dimensão social da vulnerabilidade “busca exatamente focar (...) aspectos contextuais que conformam vulnerabilidades individuais” (Ayres, Paiva e França Jr, 2012, p. 86). As construções sociais sobre a abordagem da sexualidade da velhice, muitas vezes, perpassadas por tabus, nos contextos de produção discursivas, dificultam o diálogo e a prevenção nesse grupo etário.

Mesmo concordando, em sua maioria, com a ausência da prevenção, os participantes concordaram que idosos podem se contaminar com a Aids e tendo o sexo como via de contágio. Ademais, discordam da crença de que idosos não têm relação sexual. A partir deste resultado, considera-se que a experiência do processo de adoecimento e de prevenção às DST's/Aids envolve aspectos relativos à constituição subjetiva, à forma de gerir o próprio

cotidiano (AYRES, PAIVA & FRANÇA JR, 2012), abarcando também as produções discursivas sobre a sexualidade.

Os resultados indicaram a concordância da maioria dos participantes em relação às crenças que versavam sobre o preconceito acerca da Aids em idosos, tais como: ser vergonhoso o idoso ter Aids, rejeição por parte da sociedade, dificuldade para falar sobre Aids com idosos, dificuldade da família aceitar o idoso com Aids, e o reconhecimento do preconceito ser maior entre os idosos com Aids que entre pessoas jovens. Nessa direção, estudo realizado por Serra et al (2013) com idosos soropositivos demonstrou dois tipos de sofrimento vivenciado pelos participantes, ou seja, a vivência da própria enfermidade e o preconceito social, evidenciado pelo medo da rejeição e do sofrimento causado pelo preconceito e pela possibilidade de discriminação. No contexto da velhice, verifica-se dupla estigmatização. A primeira ligada ao diagnóstico da soropositividade ao HIV, e a segunda ligada a condição do idoso como aquele que é assexuado, mas que, contrariando tal crença, é acometido por uma doença sexualmente transmissível.

É possível que o temor de sofrer discriminação esteja relacionado com a concordância da maioria dos participantes de que os idosos que vivem com Aids deveriam manter sigilo sobre o seu diagnóstico. Em seu estudo, Kahhale et al (2010) relataram as problemáticas envolvidas no medo de divulgação da condição de soropositividade ao HIV, na qual, muitas vezes, as pessoas escondem informações a respeito de sua saúde para evitar discriminação social, porém correm o risco de vivenciar um isolamento social.

A família, apresenta-se como elemento fundamental de suporte social e afetivo. Embora concordem sobre a dificuldade da família em aceitar o idoso com Aids, a maioria dos participantes concordaram que, geralmente, a família apoia o idoso com Aids. No entanto, estudo realizado por Diniz e Saldanha (2007) identificou a ausência de cuidador junto a idosos que viviam com Aids. Para as pesquisadoras, a falta de informação sobre a doença também compõe um fator que dificulta a aceitação da família no cuidado ao a pessoa vivendo com Aids, sugerindo-se a necessária busca de suporte oferecido pelo serviço de saúde, tendo em vista ajudar o familiar a permanecer ao lado do idoso.

A falta de informação também existe entre os próprios idosos, seja em relação às formas de cuidado e proteção, seja na ausência de campanhas direcionadas aos idosos. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes concordaram sobre a necessidade de campanhas para idosos que abordem a temática da Aids. Além disso, a maioria dos participantes discordaram que os idosos possuem informações sobre Aids e de que existam campanhas direcionadas para este público. Estudo realizado por Garcia e Souza (2011)

identificou que os participantes com idades acima dos 45 anos e com baixo nível de escolaridade, apresentavam pouco conhecimento sobre as formas de transmissão e práticas sexuais sem proteção. Para estes pesquisadores a vulnerabilidade dos participantes possuíam relação com aspectos sociais e programáticos.

As ações de prevenção e promoção de saúde por meio da divulgação de informações e campanhas, em períodos específicos, podem negligenciar outras demandas e populações. Garcia e Souza (2010) consideraram que as campanhas de prevenção à Aids são comparadas às campanhas contra dengue, evidenciadas apenas em certas épocas do ano, à exemplo de campanhas sobre a Aids apenas em período carnavalesco. Assim, os resultados evidenciam a vulnerabilidade programática, seja através da escassez de informações e campanhas voltadas para o público em envelhecimento, seja através da necessidade de maior ênfase na solicitação do teste de sorologia para HIV. Compreender a vulnerabilidade no âmbito programático requer, segundo Ayres, Paiva e Júnior (2012), analisar as formas como políticas e instituições atuam como formas que propiciem ou diminuam condições de vulnerabilidade dos sujeitos em seus contextos.

Deve-se procurar reconhecer no cotidiano dos sujeitos as dimensões de vulnerabilidade de modo integrado, seja por meio de conversas nos serviços de saúde ou sobre espaços de vida social onde se pode observar a promoção e proteção do direito à saúde, à não discriminação e à participação social (AYRES, PAIVA & FRANÇA JR, 2012). A redução da vulnerabilidade ao HIV/Aids implica, ainda, a articulação de ações para além dos espaços da saúde, contemplando uma perspectiva pautada nos direitos humanos, ampliando às ações para espaços como a educação, os serviços comunitários, a assistência social, dentre outros. Isto implica reconhecer as pessoas como sujeitos de direito, tendo em vista a promoção da cidadania.

CONCLUSÃO

A análise das vulnerabilidades ao HIV/Aids de pessoas idosas residentes em cidades rurais da macrorregião de Campina Grande-PB demonstrou que a vulnerabilidade está associada às condições objetivas de vida das pessoas, incluindo a baixa renda e o nível de escolaridade. Além disso, verificou-se o baixo uso de preservativo e pouca preocupação em contrair o vírus, o que pode estar relacionada com o contexto sócio cultural de iniciação sexual dos idosos e como eram abordadas as questões referentes à prevenção de DST's/Aids. Ademais, os idosos concordaram acerca da existência do preconceito frente às pessoas idosas

vivendo com Aids, sento este preconceito mais enfatizado quando comparado com pessoas jovens vivendo com a mesma patologia.

A vulnerabilidade programática foi evidenciada por meio da ausência de informações e campanhas que tenham como foco as especificidades deste público etário, bem como a necessidade de maior solicitação do teste de soropositividade ao HIV por parte dos profissionais de saúde.

Os resultados encontrados apontam para a indissociabilidade dos aspectos individuais, sociais e programáticos da vulnerabilidade das pessoas e coletividades ao adoecimento, particularmente no contexto de idosos residentes em cidades rurais. Considerando que as dimensões da vulnerabilidade estão implicadas dialeticamente entre si, as ações em saúde devem considerar as construções sociais que são, muitas vezes, perpassadas por preconceitos, os quais dificultam os cuidados em saúde e as relações sociais. A defasagem ao atendimento e promoção de saúde a esses sujeitos está associada com maior vulnerabilidade programática e, portanto, referem-se à demandas evitáveis. As ações em saúde e assistência têm se constituído insuficientes na medida que as informações não chegam de forma adequada aos atores sociais, objeto principal das ações.

Em contexto rurais, se faz necessário, ainda, o atendimento a população de forma interdisciplinar tendo em vista compreender a maneira como os sujeitos, em seus cenários cotidianos, significam os processo de vulnerabilidade e adoecimento, que meios de prevenção incorporam em suas práticas sexuais e como as relações intersubjetivas e produções discursivas se articulam para direcionar o modo como vivenciam sua sexualidade. Dessa forma, é possível o desenvolvimento de políticas públicas que considere as subjetividades, a participação social e o protagonismo.

Como limitação da pesquisa, ressalta-se que estes resultados são referentes às cidades de uma macrorregião de saúde da Paraíba, se fazendo necessário contemplar outras macrorregiões para maior generalização dos resultados. Além disso, sugere-se como estudo futuro a investigação das diferenças existentes ou não acerca das variáveis estudadas ao se comparar idosos residentes em cidades rurais e urbanas.

ELDERLY RESIDENTS OF RURAL TOWNS: ANALYSIS OF VULNERABILITY TO HIV/AIDS

Élen Lúcio Pereira

ABSTRACT: This study aimed to analyze the vulnerabilities to HIV / AIDS of elderly people, residents in rural towns in the macro-region of Campina Grande-PB. Participated 74 elderly aged 60 years or over. It was used as an instrument a questionnaire that contained session concerning to sociodemographic questions and another session with issues related to sexual practices and vulnerability, as well as beliefs about AIDS in older people. It stands out on sociodemographic session, most participants made up of women with low education and income between one and two minimum wages, having farmer as their profession. Regarding sexual practices, most of them do not use condoms or conducted HIV test during their lifetime. The elderly have an average low of concern to contracting the disease, and do not have concern about the possibility of risk. The beliefs that showed greater agreement among the participants were, respectively, those about the need for campaigns on AIDS for the elderly people, that elderly people can get AIDS through sex and that the doctor should always request examination of AIDS. Regarding variables with higher frequency of disagreement, it was found that the elderly people disagreed, respectively, of the belief that the AIDS in older people is like any other disease, the elderly no longer have sexual intercourse, and they disagree with the statement that the elderly protect themselves against AIDS. The results point to the inseparability of the individual, social and programmatic aspects of the vulnerability of people and collectivity to the illness, particularly in the context of seniors living in rural towns.

Keywords: HIV / AIDS. Vulnerability. Elderly.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, p. 11-23, 2009.

AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; BUCHALLA, Cassia Maria. Direitos Humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção de saúde: uma introdução. In.: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria. **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença a cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012.

AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; FRANÇA JR, Ivan. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In.: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria. **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença a cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRANDÃO, Isabel Cristina Araújo et al. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização. **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**. v. 16, p. 347-352, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso – Brasília, 2010.

DINIZ, Raquel Farias; SALDANHA, Ana Alayde Werba. A ausência da família no cuidado ao idoso soropositivo para o HIV/AIDS. In: SIDAnet. (Org.). **O HIV/SIDA na criança e no idoso**. 1ed.Santarém: Normagrafe, pp. 61-72, 2007.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 de maio de 2015.

KAHHALE, Edna Peters et al. **HIV/Aids: enfrentando o sofrimento psíquico**. São Paulo: Cortez, 2010.

LOMONACO, Beatriz Penteadó. A relação com o saber de crianças e jovens de zona rural: dados preliminares de pesquisa. Col. **LEPSI IP/FE-USP**, São Paulo – SP, 2002.

MARTINS, Cíntia Ribeiro et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 11, p. 135-154, 2007.

Ministério da Saúde <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia?start=790>>. Acessado em 13 de junho as 22:30 horas.

OLIVEIRA, Isabel Cristina Vasconcelos, ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes Araújo, SALDANHA, Ana Alayde Werba. Percepções dos profissionais de saúde acerca da Aids na velhice. **DST–J bras Doencas Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 97, 2006.

OTTONELLI, Janaina & MARIANO, Jorge Luiz. Pobreza multidimensional nos municípios da Região Nordeste. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.48, n.5, p.1253-1279, 2014.

PAIVA, Vera. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In.: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença a cidadania. Curitiba: Juruá, 2012.

RIBEIRO, Karla Carolina Silveira; SILVA, Josevânia; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Querer é poder? A ausência do uso de Preservativo nos relatos mulheres jovens. **DST - J brasDoencas Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 84-89, 2011.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 147-157, 2011.

SEN, Amartya K. **Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation**. Oxford: Oxford University Press, 1981.

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

SILVA, Maria Josenilda Gonçalves; LIMA, Francisca Sueli da Silva; HAMANN, Edgar Merchan. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, supl.2, p.109-120, 2010.

SOARES, Priscila da Silva; BRANDÃO, Elaine Reis. O Aconselhamento e a Testagem anti-HIV como Estratégia Preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.4, p.940-953, 2012.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. Dissertação de Mestrado. UFMG, Belo Horizonte: 2010.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, p. 271-277, 2013.

XIMENES, Verônica Moraes; JÚNIOR, James Ferreira Moura. **Psicologia Comunitária e comunidades rurais do Ceará: caminhos, práticas e vivências em extensão universitária**. In.: LEITE, J. F. & DIMENSTEIN, M. (Org.). *Psicologia e contextos rurais*. 1ed. (pp. 453-476). Natal: EDUFRN.