

## Pessoas Idosas em Cidades Rurais: Estilo de Vida e Vulnerabilidades às IST`S/Aids

## Elderly People in Rural Towns: Lifestyle and Vulnerabilities to STI's/Aids

## Personas Mayores en Ciudades Rurales: Estilo Devida y Vulnerabilidades a las ITS/SIDA

*Josevânia da Silva(1); Késia de Macedo Reinaldo Farias Leite(2)*

- 1 Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.  
E-mail: josevaniasco@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3344-3791>
- 2 Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil.  
E-mail: kesiamrflente@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7102-5876>

**Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, vol. 12, n. 2, p. 76-93, Julho-Dezembro, 2020 - ISSN 2175-5027

**Número Temático:** Relações Intergrupais: Preconceito e Exclusão Social

[Submetido: Outubro 01, 2019; Revisão1: Outubro 13, 2019; Revisão2: Fevereiro 19, 2020; Aceito: Março 26, 2020;  
Publicado: Agosto 31, 2020]

DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2020.v12i2.3579>

**Endereço correspondente / Correspondence address**  
Rua Ana de Fátima Gama Cabral, n.701, BL11/506, Portal  
do Sol. João Pessoa, PB. CEP: 58046-780.

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*  
Editor: Elder Cerqueira-Santos

**Como citar este artigo / To cite this article:** [clique aqui!/click here!](#)

## Resumo

O estudo teve por objetivo analisar as vulnerabilidades em saúde em relação ao estilo de vida e às práticas sexuais e preventivas de pessoas idosas residentes em cidades rurais do Estado da Paraíba, Brasil. Participaram 202 pessoas idosas com idades variando de 60 a 92 anos ( $M=68,57$ ;  $DP=6,52$ ), a maioria do sexo feminino (67,8%). Como instrumentos: Questionário sociodemográfico; Questionário Temático sobre vulnerabilidades em saúde; e o Questionário de Autorrelato (Self-Reporting Questionnaire, SRQ-20). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e bivariada. As vulnerabilidades em saúde das pessoas idosas estiveram associadas às dimensões individual, social e programática. Na dimensão individual, destaca-se o uso de álcool e tabaco; práticas sexuais e preventivas caracterizada pela reduzida percepção de risco às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e baixo uso de preservativo. Na dimensão social, é possível citar a baixa renda e escolaridade; a vivência de estresse; a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e crenças sociais sobre Aids na velhice e sexualidade. Por último, na dimensão programática, destaca-se a baixa solicitação do teste para HIV/Aids e as poucas campanhas direcionadas a este público etário.

*Palavras-chave:* Vulnerabilidade em saúde, Envelhecimento, Populações Rurais

## Abstract

The study aimed to analyze health vulnerabilities in relation to lifestyle and sexual and preventive practices of elderly people living in rural cities of Paraíba State, Brazil. The participants were 202 elderly people aged 60 to 92 years ( $M=68.57$ ;  $SD=6.52$ ), most of them female (67.8%). As instruments: Sociodemographic Questionnaire; Thematic Questionnaire on health vulnerabilities; and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The data were analyzed using descriptive statistics and bivariate. Health vulnerabilities of the elderly were associated with the individual, social and programmatic dimensions. In the individual dimension, the use of alcohol and tobacco stands out; sexual and preventive practices characterized by low perceived risk for sexually transmitted infections (STIs) and low condom use. In the social dimension, it is possible to cite low income and education; the experience of stress; the presence of Common Mental Disorders (CMD) and social beliefs about AIDS in old age and sexuality. Finally, in the programmatic dimension, we highlight the low demand for HIV/AIDS testing and the few campaigns aimed at this age group.

*Keywords:* Health Vulnerability, Aging, Rural Population

## Resumen

El estudio tuvo como objetivo analizar las vulnerabilidades de salud en relación con el estilo de vida y las prácticas sexuales y preventivas de las personas mayores que viven en ciudades rurales del estado de Paraíba, Brasil. Participaron 202 personas mayores con edades que oscilan entre los 60 y los 92 años ( $M=68,57$ ;  $DP=6,52$ ), la mayoría de ellos mujeres (67,8%). Como instrumentos: cuestionario sociodemográfico; Cuestionario temático sobre vulnerabilidades de salud; y el Cuestionario de autoinforme (SRQ-20). Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y bivariada. Las vulnerabilidades de salud de las personas mayores se asociaron con dimensiones individuales, sociales y programáticas. En la dimensión individual, se destaca el uso de alcohol y tabaco; prácticas sexuales y preventivas caracterizadas por un bajo riesgo percibido de infecciones de transmisión sexual (ITS) y un bajo uso de condones. En la dimensión social, es posible citar bajos ingresos y educación;

la experiencia del estrés; La presencia de Trastornos Mentales Comunes (TMC) y creencias sociales sobre el SIDA en la vejez y la sexualidad. Por último, en la dimensión programática, destacamos la baja solicitud de pruebas de VIH/SIDA y las pocas campañas dirigidas a esta audiencia de edad.

*Palabras clave:* Vulnerabilidad en Salud, Envejecimiento, Población Rural

## Introdução

No Brasil, em 2012, a população brasileira possuía 25,5 milhões de pessoas idosas, índice que foi elevado para 29,6 milhões, em 2016, correspondendo a um aumento de 16% (Simões, 2016). Contudo, foi observada redução no número de crianças com idades entre 0 e 9 anos. Estima-se que em 2020 e 2050, respectivamente, tenha-se uma proporção de 66,1 e 208,7 idosos para cada 100 crianças (Simões, 2016). O Brasil ocupará, até 2025, a sexta posição no número de pessoas idosas (OMS, 2015). Desse modo, percebe-se um aumento constante do contingente de idosos na população brasileira.

Se por um lado o envelhecimento populacional tem ocorrido, rapidamente, na realidade brasileira, por outro são escassos os investimentos em termos de políticas públicas para atender às necessidades decorrentes do envelhecimento populacional (Miranda, Mendes, & Silva, 2016). A implementação de políticas com intervenções integradas possibilita o cuidado não apenas das doenças crônicas e/ou incapacitantes, mas promovem o envelhecimento bem-sucedido, por abarcar os diversos aspectos da vida humana, tais como lazer, moradia, renda, saúde mental, dentre outras. Embora envelhecer não implique em inevitavelmente adoecer, sabe-se que o envelhecimento da população traz demandas e desafios relacionados à saúde, assim como maior vulnerabilidade ao adoecimento (Silva & Saldanha, 2012).

A vulnerabilidade pode ser compreendida como as chances de exposição e suscetibilidade de indivíduo e coletividade ao adoecimento de morte em decorrência de aspectos que não estão restritos aos indivíduos (Ayres, França-Junior, Calazans, & Saletti-Filho, 2003). Na análise das vulnerabilidades são consideradas as relações multicausais que produzem diferentes conformações frente ao adoecimento (Calazans, Pinheiro, & Ayres, 2018) a partir de três dimensões interrelacionadas: individual, social e programática.

A dimensão individual faz referência ao caráter intersubjetivo dos processos de saúde-doença-cuidado, uma vez que a categoria individual é considerada numa perspectiva relacional e a partir dos cenários cotidianos dos atores sociais (Ayres et al., 2003). A dimensão social corresponde ao conjunto de fatores sociais que estão relacionados com as condições de vida das pessoas, como acesso a direitos garantidos, bens e serviços, participação social, condições de moradia, educação, trabalho, relações de gênero (Ayres, Paiva, & França-Junior, 2012), entre outros fatores. Já a dimensão programática da vulnerabilidade refere-se ao papel das instituições e governos no tocante às ações de prevenção, cuidado e controle dos processos de adoecimento, o que demanda esforços que articulem os diferentes níveis de atenção em saúde (Ayres et al., 2012).

Logo, a vulnerabilidade apresenta-se como um conceito importante para a compreensão das suscetibilidades em saúde vivenciadas por idosos em cidades rurais. A relação entre fenômenos complexos como o envelhecimento e ruralidades exige

uma abordagem ampla e que, ao mesmo tempo, considere suas especificidades. Alguns estudos têm recorrido sobre o estilo de vida (Visser et al., 2018) e as práticas sexuais e preventivas (Silva, Pichelli, & Furtado, 2017) de pessoas idosas como aspectos relacionados às vulnerabilidades em saúde.

O estilo de vida, no campo da saúde, pode ser definido como o “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas” (Nahas, 2017, p. 11). Na avaliação do estilo de vida, o referido autor discorre sobre o Pentágulo do bem-estar ao apresentar cinco fatores que estão relacionados com o estilo de vida individual: práticas preventivas, relacionamentos sociais, atividade física, controle da vivência de estresse e hábitos alimentares (Nahas, 2017). Como exemplo, são indicadores do estilo de vida o consumo de álcool e tabaco, a prática de atividade física, a vivências de estresse, o lazer, as crenças e práticas em relação aos cuidados em saúde são.

O estilo de vida saudável está associado a melhores condições de saúde e maior longevidade (Almeida, Cassotti, & Sena, 2018; Visser et al., 2018). Contudo, a análise do construto não se limita a indicadores meramente comportamentais, mas há que se considerar o contexto de vida das pessoas, os aspectos sociais e culturais e recursos de que dispõe para lidar com as demandas cotidianas (Madeira, Filgueira, Bosi, & Nogueira, 2018).

O estilo de vida saudável em idosos tem estado associado a menor declínio cognitivo, melhora no funcionamento físico e nas relações sociais (Visser et al., 2018). No entanto, em cidades rurais, as pessoas idosas têm apresentado maior consumo de álcool e tabaco, baixa frequência de atividade física, poucas atividades de lazer e reduzida procura por atendimento em saúde preventiva (Gómez, Curcio, & Matijasevic, 2004; Silva et al., 2017). Há que se considerar que a reduzida procura está associada, em parte, às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e transporte precário, bem como à baixa oferta de serviços especializados em saúde (Silva et al., 2017).

No tocante às práticas sexuais e preventivas, a dimensão social da vulnerabilidade é evidenciada, dentre outros aspectos, pela invisibilidade com que é tratada a exposição das pessoas idosas às IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis), sobretudo através das relações sexuais. Associada a esta invisibilidade está o diagnóstico tardio por parte dos profissionais de saúde que, equivocadamente, associam alguns sintomas da Aids com sintomas de doenças “esperadas” na velhice (Silva, 2011). Ademais, os familiares e as pessoas idosas procuram, tardiamente, os profissionais de saúde, o que dificulta a realização de intervenções nos estágios iniciais da doença. Esse fato também contribui para não realização de exames diagnósticos para as IST's (Silva & Saldanha, 2012).

Estudos que contemplem as pessoas idosas de cidades rurais são poucos quando comparados com o número de investigações em cidades urbanas (Skinner & Winterton, 2017; Luco & Parreguez, 2019). Considera-se de fundamental importância desenvolver estudos que contemplem as pessoas idosas em cidades rurais, a fim de investigar aspectos relativos ao estilo de vida e práticas sexuais e preventivas

a partir do marco teórico da vulnerabilidade. Esse horizonte teórico possibilita discorrer sobre processos de adoecimento e saúde a partir da complexa relação entre elementos individuais, sociais e programáticos, evitando narrativas que culpabilizam os indivíduos. Assim, este estudo teve por objetivo analisar as vulnerabilidades em saúde em relação ao estilo de vida e às práticas sexuais e preventivas de pessoas idosas residentes em cidades rurais do Estado da Paraíba, Brasil.

## **Método**

### **Delineamento**

Esta pesquisa se caracteriza como sendo transversal, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa.

### **Local da pesquisa**

O Estado da Paraíba possui 223 municípios, dos quais 155 (69,5%) são de cidades com menos de dez mil habitantes, que são consideradas cidades rurais. As divisões regionais de saúde estão organizadas a partir de quatro macrorregiões (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa), que abarcam dezesseis microrregiões de saúde (Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual [IDEME], 2012).

A coleta de dados foi realizada em cidades com até 10 mil habitantes, selecionadas através de sorteio. Para a realização do sorteio, foi elaborada uma lista das cidades com número populacional igual ou superior a 10 mil habitantes, as quais foram agrupadas em razão da microrregião de saúde, sendo atribuído um número para cada cidade. Depois, foi sorteado um número (cidade) por cada microrregião de saúde através de sorteio aleatório simples, totalizando dezesseis cidades.

### **Participantes**

Participaram, de forma não probabilística e acidental, 202 pessoas idosas com idades variando de 60 a 92 anos ( $M=68,57$ ;  $DP=6,52$ ), a maioria do sexo feminino (67,8%). Para a inclusão dos participantes na amostra, foram adotados os seguintes critérios: a) residir na cidade rural há, no mínimo, seis meses; b) possuir idade igual ou superior a 60 anos; c) aceitar participar de forma voluntária da pesquisa.

### **Instrumentos**

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1) Questionário sociodemográfico: formado por questões versando sobre

idade, renda familiar, escolaridade, cidade de residência, religião, estado civil, sexo e situação laboral;

2) Questionário Temático sobre vulnerabilidades em saúde: o questionário foi pautado nos seguintes temas, conforme objetivo do estudo: a) *práticas sexuais e preventivas* (uso de preservativo, teste para HIV/Aids, crenças sobre Aids em pessoas idosas, dentre outras variáveis), e b) *estilo de vida* (consumo de álcool, consumo de tabaco, práticas de atividade física e lazer e vivência de estresse). As respostas dadas aos itens do questionário foram do tipo dicotômica (sim ou não) ou variando em três níveis (nunca, algumas vezes e sempre), dependendo da variável analisada. Antes da aplicação do questionário na amostra definitiva, foi realizado um estudo piloto para verificar a compreensão dos participantes sobre os itens do instrumento e sobre a adequação da escala de resposta. O estudo piloto foi realizado em uma cidade rural definida através de sorteio, no qual participaram trinta pessoas, que foram escolhidas de forma não probabilística e acidental.

3) Questionário de Autorrelato (*Self-Reporting Questionnaire* [SRQ-20]): trata-se de um instrumento de rastreio para a detecção de morbidade psiquiátrica na população geral (rastreamento de Transtornos Mentais Comuns, não-psicóticos). O instrumento foi elaborado por Harding et al. (1980), já tendo sido validado no Brasil (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008). O questionário é formado por 20 itens, com escala de resposta dicotômica (sim ou não). É indicativo de presença de transtornos mentais comuns a partir de oito ou mais respostas afirmativas (sim).

## **Procedimentos éticos, de coleta e análise de dados**

Os participantes foram abordados em praças, logradouros, feiras públicas e residências. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual. No momento da aplicação, os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo, explicitando o caráter voluntário e sigiloso da participação. Após aceitar participar, solicitou-se que cada participante assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso a pessoa idosa não soubesse ler, a pesquisadora lia as perguntas e, em seguida, os participantes davam suas respostas. O tempo médio de aplicação foi de 10 minutos.

O estudo seguiu critérios recomendados pela Resolução nº 465/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012). A realização da pesquisa foi aprovada pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob número CAAE:79139817.3.0000.5187. Durante todo o processo, foi assegurado aos participantes sigilo de suas identidades, além do direito de desistência de participação no estudo em qualquer momento da pesquisa.

Os dados decorrentes do questionário sociodemográfico e temático foram processadas através do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e analisados através de estatística descritiva (frequência, porcentagem, média, amplitude e desvio padrão) e bivariada (Qui-quadrado de Pearson).

## Resultados

A partir da análise dos dados, o perfil sociodemográfico dos participantes foi caracterizado, em sua maioria, por pessoas idosas do sexo feminino e que se declararam católicas. Ademais, a maioria dos participantes eram aposentados, casados, com baixo nível de escolaridade e baixa renda familiar. Estes e outros dados podem ser observado na tabela a seguir.

**Tabela 1.** Frequências e percentuais referentes aos dados sociodemográficos

Variáveis	f (%)
<i>Macrorregião de saúde (n=202)*</i>	
Campina Grande	74 (36,6)
João Pessoa	52 (25,7)
Patos	42 (20,8)
Sousa	34 (16,8)
<i>Sexo (n=202)</i>	
Feminino	138 (67,8)
Masculino	65 (32,2)
<i>Escolaridade (n=198)</i>	
Sem escolarização	64 (31,7)
Fundamental I	82 (41,4)
Fundamental II	26 (13,1)
Médio	21 (10,6)
Superior	05 (2,5)
<i>Situação laboral (n=147)</i>	
Aposentado	124 (84,4)
Desemprego	13 (8,2)
Empregado	11 (7,5)
<i>Renda familiar mensal (n=166)</i>	
Menor que 1 salário	25 (15,1)
Entre 1 e 2 salários	125 (75,3)
Entre 3 e 4 salários	16 (9,6)
<i>Estado Civil (n=201)</i>	
Casado	125 (62,5)
Viúvo	39 (19,5)
Separado/divorciado	19 (9,5)
Solteiro	17 (8,5)

Variáveis	f (%)
<i>Religião (n=201)</i>	
Católico	168 (84)
Evangélico	28 (14)
Espírita	01 (0,5)
Outras	03 (1,5)

*n*\*: Alguns participantes não responderam a todas as questões. Por isso, as diferenças no número do *n* amostral nas variáveis; f: frequência; %: porcentagem.

Em relação ao consumo de tabaco entre as pessoas idosas de cidades rurais, observou-se que 22,3% da amostra consumiam tabaco, sem diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo. Já em relação ao consumo do álcool, 34% afirmou consumir, sendo maior consumo entre os homens idosos (67,6%), com diferenças estatisticamente significativas em comparação com as mulheres idosas, conforme tabela abaixo.

**Tabela 2.** Consumo de tabaco e álcool, vivência de estresse e prevalência de Transtornos Mentais Comuns, segundo sexo (n=202)

Variáveis	Total f (%)	Masculino f (%)	Feminino f (%)	p*
<i>Consumo de tabaco</i>				
Não	157 (77,7)	46 (29,3)	111 (70,7)	
Sim	45 (22,3)	19 (42,2)	26 (57,8)	0,074
<i>Consumo de álcool</i>				
Não	168 (83,2)	42 (25)	126 (75)	
Sim	34 (16,8)	23 (67,6)	11 (32,4)	0,000
<i>Situações frequentes de estresse</i>				
Não	121 (59,9)	45(37,2)	76 (62,8)	
Sim	81 (40,1)	20 (24,7)	61 (75,3)	0,043
<i>Transtornos Mentais Comuns</i>				
Não	150 (74,3)	58 (89,3)	92 (67,2)	
Sim	52 (25,7)	07 (10,7)	45 (32,8)	0,000

\* Qui-quadrado de Pearson; f: frequência; %: porcentagem.

No tocante às atividades de lazer e prática de atividade física, verificou-se que a maioria dos participantes declararam não realizar qualquer atividade física. Além disso, a maioria da amostra pesquisada indicou como atividade de lazer “ficar em casa” (Tabela 3).

**Tabela 3.** Frequência e percentuais referentes às variáveis atividade física, tipo de atividade física e atividades de lazer

Variáveis	f (%)
<i>Atividade Física (n=202)*</i>	
Não	101 (50)
Raramente	37 (18,3)
Frequentemente	64 (31,7)
<i>Tipo de atividade física (n=91)</i>	
Caminhada	68(74,7)
Academia	11 (12,1)
Futebol	08 (8,8)
Ciclismo	04 (4,4)
<i>Atividades de lazer (n=195)</i>	
Nenhuma	42 (21,5)
Ficar em casa	45 (23,1)
Igreja	35 (17,9)
Encontro com amigos	23 (11,8)
Festas/eventos	11 (5,6)
Esporte/atividade física	10 (5,1)
Encontro familiares	06 (3,1)
Trabalhos manuais	05 (2,6)
TV/DVD/Internet	05 (2,6)
Viagem	03 (1,5)
Outras	11 (5,1)

*n*\*: Alguns participantes não responderam a todas as questões. Por isso, as diferenças no número do *n* amostral nas variáveis; f: frequência; %: porcentagem.

A análise da prevalência de TMC em razão do sexo evidenciou que, dentre as 137 mulheres idosas participantes, 32,8% apresentaram TMC. Já entre os 65 idosos, apenas sete apresentaram os sintomas. A frequência de TMC foi maior entre as mulheres idosas quando comparada aos homens ( $\chi^2=11,241$ ;  $p=0,000$ ).

Na análise da vulnerabilidade associado às práticas sexuais e preventivas, verificou-se que a iniciação sexual dos participantes ocorreu em média aos 19 anos de idade (DP=5,29), sem o uso do preservativo (95,8%). Quando perguntado sobre o uso do preservativo ao longo da vida, 86,5% dos participantes afirmaram nunca terem usados, 7,8% afirmaram usar “algumas vezes” e 5,7% disseram que usam “sempre”. Ao serem indagados sobre o uso do preservativo em seus relacionamentos estáveis, 55,3% dos participantes afirmaram não usar na maior parte do tempo de relacionamento.

Em relação à percepção da própria vulnerabilidade ao HIV/Aids, numa escala de 0 a 10, foi perguntado as pessoas idosas se havia alguma preocupação em relação à Aids e como eles avaliavam o próprio risco em se contaminar com o vírus. Os resultados demonstraram moderada preocupação em relação à doença (M=6,30; DP=4,26) e baixa

percepção de risco ( $M=1,84$ ;  $3,32$ ). Verificou-se, ainda, que 90,8% dos participantes afirmaram nunca terem pensado sobre a possibilidade de se contaminar com o vírus HIV. Embora, possuam idades iguais ou superior a 60 anos, 87,4% dos participantes nunca fizeram o teste para o HIV/Aids.

Quanto às crenças em relação à vulnerabilidade de pessoas idosas ao HIV/Aids, observou-se que a maioria dos participantes concordaram que as pessoas idosas estão vulneráveis ao contágio com o vírus HIV, podendo ocorrer através das relações sexuais. Contudo, a maioria concordou com as afirmações de que as pessoas idosas não se previnem e não fazem o uso do preservativo, além de não possuírem informações sobre HIV/Aids. Estes aspectos apontam para a vulnerabilidade individual e programática.

**Tabela 4.** Crenças em relação à vulnerabilidade de pessoas idosas ao HIV/Aids (n=202\*)

Variáveis	Não		Sim	
	f	%	f	%
As pessoas idosas usam camisinha nas relações sexuais? (n=181)	136	75,1	45	24,9
As pessoas idosas se previnem da Aids? (n=184)	110	59,8	74	40,2
As pessoas idosas possuem informações sobre HIV/Aids? (n=186)	97	52,2	89	47,8
As pessoas idosas podem se contaminar com a HIV/Aids? (n=188)	57	30,3	131	69,7
As pessoas idosas podem pegar HIV/Aids através do sexo? (n=187)	45	24,1	142	75,9
Pessoas idosas não têm mais relação sexual? (n=187)	105	56,1	83	43,9
É vergonhoso ter Aids quando a pessoa é idosa? (n=185)	60	32,4	125	67,6
É difícil falar sobre Aids em pessoas idosas? (n=186)	72	38,7	114	61,3
A sociedade rejeita o idoso com Aids? (n=185)	49	26,5	136	73,5
É difícil para a família aceitar o idoso com Aids? (n=184)	31	16,8	153	83,2
Pessoas idosas vivendo com Aids sofrem mais preconceito que os jovens? (n=185)	27	21,8	158	78,2
A família geralmente apoia o idoso vivendo Aids? (n=186)	74	39,8	112	60,2
É melhor o idoso vivendo com Aids manter segredo sobre seu diagnóstico? (n=187)	103	55,1	84	44,9
Existem campanhas sobre prevenção ao HIV/Aids para pessoas idosas? (n=186)	125	67,2	61	32,8
É necessário campanhas sobre prevenção ao HIV/Aids para pessoas idosas? (n=187)	27	14,4	160	85,6
É feita a distribuição de camisinha no serviço de saúde? (n=188)	40	21,3	148	78,7
Já lhe ofereceram a realização do teste para o HIV? (n=193)	166	86	27	14
O médico deve solicitar aos idosos, sempre que necessário, o teste para o HIV? (n=185)	41	22,2	144	77,8

n\*: Alguns participantes não responderam a todas as questões. Por isso, as diferenças no número do n amostral nas variáveis; f: frequência; %: porcentagem.

## Discussão

Os resultados evidenciados quanto à religião e ao maior percentual de mulheres idosas corroboram o perfil das pessoas com 60 anos ou mais da população brasileira (Souza, 2019; Silva, Santos, Sores, & Silva, 2018). O elevado número de pessoas que se autodeclararam católicas possui relação com a própria história do país, que em diversos momentos teve influência da religião católica (Souza, 2019;). Além disso, a adesão às denominações religiosas tem sido um dos aspectos que caracterizam os valores associados ao universo de pessoas residentes em cidades rurais (Alcântara, 2016), principalmente no Nordeste brasileiro.

A feminização da velhice e a maior expectativa de vida entre as mulheres da população brasileira têm sido explicada, em parte, pelo elevado percentual de mortes violentas entre jovens homens; pela maior cobertura e incentivos governamentais em políticas públicas de saúde no âmbito materno-infantil, ginecológico e obstétrico; além da maior procura das mulheres por cuidados preventivos em saúde ao longo da vida (Silva et al., 2018). No entanto, a maior expectativa de vida nem sempre corresponde às melhores condições de vida e saúde entre mulheres longevas (Souza, 2019).

Em geral, renda e escolaridade estão associadas a maior suscetibilidade ao adoecimento (Visser et al., 2018), uma vez que possuem relação com o acesso à informação e manutenção de condições necessárias para a qualidade de vida e saúde, à exemplos da alimentação, trabalho, condições de moradia, etc. Neste estudo, o perfil sociodemográfico das pessoas idosas aponta para a vulnerabilidade social, como baixa renda familiar e baixa escolaridade.

Maiores níveis de escolaridade colaboram para o acesso e compreensão de informações em saúde, necessárias para o enfrentamento da vulnerabilidade às IST's/Aids (Ayres et al., 2012). Os indivíduos que apresentam baixos níveis escolaridade possuem maiores dificuldades em compreender e assimilar novas informações, principalmente conhecimentos mais técnicos, podendo gerar dúvidas para o exercício de práticas sexuais seguras, bem como para a ocorrência do diagnóstico tardio (Silva et al., 2017). A baixa escolaridade, assim como a baixa renda da maioria das pessoas diagnosticadas com HIV/Aids, são aspectos que caracterizam a chamada pauperização da epidemia. A pauperização diz respeito à maior prevalência de HIV/Aids em pessoas mais pobres, com menor renda e escolaridade (Góis et al., 2017).

As condições de vida de pessoas idosas em cidades rurais, muitas vezes, caracterizam-se por situações de afastamento geográfico e, por seguinte, com difícil acesso aos cuidados em saúde (Skinner & Winterton, 2017). Muitas pessoas vivem em condições de moradia deficitárias, com dificuldades de transporte e mobilidade, o que é acentuado pela precariedade na efetivação de políticas públicas (Skinner & Winterton, 2017; Luco & Parreguez, 2019). Estes aspectos evidenciam a vulnerabilidade

programática, sobretudo quando se observa a escassez de recursos pessoais e sociais (Calazans et al., 2018).

A análise da vulnerabilidade e sua relação com os determinantes sociais da saúde implica considerar os aspectos que colaboram para as iniquidades em saúde, que tornam indivíduos e populações suscetíveis ao adoecimento (Saldanha, Silva, & Silva, 2016). Embora se considere, por exemplo, que o uso de álcool seja um comportamento volitivo e, por isso mesmo, caracterizado como individual, faz-se necessário levar em conta os cenários nos quais as pessoas vivenciam suas demandas cotidianas.

Os comportamentos e as relações interindividuais não se dão em um contexto de relações a-históricas. Por isso, o estilo de vida tem relação com o contexto nos quais as pessoas estão inseridas (Almeida et al., 2018). O cuidado em saúde, a prática de atividade física e o lazer, por exemplo, dependem de políticas públicas e investimentos em espaços que favoreçam tais práticas (Madeira et al., 2018). Neste estudo, a maioria das pessoas idosas não realizavam atividade física e não tinham atividades de lazer. Alguns idosos afirmaram que ficar em casa ou ir à igreja eram os únicos momentos de lazer.

Tendo em vista a promoção de um envelhecimento bem-sucedido, a vivência regular de atividades de lazer é fundamental para o processo de envelhecimento ativo, uma vez que favorece a manutenção das relações sociais, diminui o isolamento e promove a qualidade de vida. Já a prática de atividade física melhora o funcionamento físico, colaborando com os sistemas respiratório, cardíaco, circulatórios, bem como proporciona redução do estresse e promove saúde mental (Ribeiro, Ferretti, & Sá, 2017).

A maior prevalência de TMC em mulheres também foi apontada por estudos anteriores (Furtado, 2016; Martins et al., 2016). Em parte, é possível que os elevados níveis de TMC em mulheres possuam relação com sobrecarga de responsabilidades diárias, além de aspectos relativos ao isolamento e à percepção sobre a velhice. O adoecimento mental, no entanto, não é aleatório, mas advém de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida. As condições de vida são aspectos que perpassam todo o processo de adoecimento, implicando em modos diferenciados de diagnósticos e prognósticos.

Os Transtornos Mentais Comuns são caracterizados sobretudo por sintomas como ansiedade e depressão. Na velhice, sintomas de depressão podem ser subdiagnosticados por serem atribuídos a aspectos que caracterizam este grupo etário (Silva, 2011), o que colabora para o diagnóstico tardio, ocorrendo quando a pessoas idosas já vivenciam elevados níveis de sofrimento psíquico. Por isso, alguns idosos evitam falar sobre os sintomas para evitar serem tratados como frágeis, bem como para não perder sua autonomia em razão de restrições impostas por familiares e pessoas próximas (Falcão & Carvalho, 2010).

Em relação à percepção de vulnerabilidade, os resultados evidenciaram que, para estas pessoas idosas, a percepção de vulnerabilidade à Aids está direcionada ao outro e não

si próprio, dificultando o manejo da prevenção e, conseqüentemente, contribuindo para maior suscetibilidade. Além disso, acrescenta-se o fato de que a maioria dos idosos não usou preservativo nas relações sexuais, e não realizou o teste de HIV/Aids, o que pode estar relacionado com a baixa percepção de risco. Há que se considerar, ainda, que este grupo etário iniciou sua vivência sexual numa época em que o vírus HIV era desconhecido, já que os primeiros casos de Aids, no mundo, datam do fim da década de 1970.

Outro fator que impede o uso da camisinha entre pessoas idosas é a confiança no parceiro devido às práticas sexuais serem restritas ao casal (Brito et al., 2016). No tocante às mulheres, em função da impossibilidade de gravidez após os 60 anos, muitas não fazem a adesão ao uso do preservativo (Siqueira, Bittencourt, Nóbrega, Nogueira, & Silva, 2015). Assim, as ações em saúde direcionadas à prevenção necessitam ir além do “dar a informação”, demandando considerar os sujeitos destinatários desta informação, quanto aos seus valores, subjetividades, grupos etários, dentre outros aspectos.

Na dimensão social da vulnerabilidade, destacam-se as crenças dos participantes quando afirmaram que é vergonhoso para uma pessoa idosa viver com Aids e falar sobre o assunto. A maioria dos participantes também acredita que a sociedade rejeita a pessoa idosa vivendo com Aids e que estes viveriam mais situações de preconceito. Nesse contexto, para os participantes, seria melhor o idoso manter segredo sobre seu diagnóstico. Embora a maioria acredite que seja difícil para a família aceitar uma pessoa idosa com Aids, 60,2% dos participantes afirmaram que a família, geralmente, apoia o idoso.

A vulnerabilidade programática foi evidenciada a partir das afirmações sobre a oferta do teste para o HIV, que deve ser solicitado pelo(a) médico(a). Além disso, os participantes afirmaram que não existem campanhas de prevenção às IST`s/Aids direcionadas a este grupo etário, mas que estas são necessárias. Contudo, a maioria dos participantes afirmou que é feita a distribuição de camisinha no serviço de saúde.

A Aids é concebida por muitos idosos como um problema esperado em pessoas jovens (Sousa, Moura, Valle, Magalhães, & Moura, 2019), tornando-se fator de vergonha quando ocorre na velhice (Silva et al., 2017). Além disso, as pessoas idosas reconhecem a possibilidade de contágio com o vírus HIV, sabem da disponibilidade do preservativo no serviço de saúde, mas a prevenção aparece distante das práticas sexuais (Bittencour et al., 2015; Brito et al., 2016). Em parte, o desconhecimento sobre a própria sexualidade dificulta o diálogo sobre a prevenção (Bittencour et al., 2015).

Embora as informações estejam disponíveis, há um silenciamento sobre esta temática junto as pessoas idosas nos serviços de saúde. A necessidade de informações sobre HIV/Aids e prevenção são observados até mesmo entre idosos vivendo com Aids e atendidos por serviços de assistência especializada (Quadros, Campos, Soares, & Silva, 2017). Por isso, é necessário o desenvolvimento de estratégias de prevenção que considere as especificidades e heterogeneidade deste grupo etário. Dentre as especificidades, há que se considerar o lugar de moradia (rural e urbano), níveis de

escolaridade, capacidade de compreensão, linguagem utilizada, dentre outros. Se faz necessário considerar, ainda, o direcionamento de ações voltadas à desconstrução de estereótipos sobre a sexualidade, intimidade e prevenção às IST's na velhice.

## Considerações Finais

O estudo procurou analisar as vulnerabilidades em saúde em relação ao estilo de vida e às práticas sexuais e preventivas de pessoas idosas residentes em cidades rurais do Estado da Paraíba, Brasil. A partir dos achados, verificou-se que o envelhecimento em cidades rurais é heterogêneo, o que vai estar relacionado aos diversos modos de envelhecer. A vulnerabilidade das pessoas idosas, em cidades rurais, compreende aspectos que estão associados às dimensões individual, social e programática.

Na dimensão individual, destacaram-se o uso de álcool e tabaco; a reduzida realização de atividades físicas e de lazer; e práticas preventivas caracterizadas pela reduzida percepção de risco e baixo uso de preservativo. Na dimensão social, ficaram explícitas a baixa renda e escolaridade; a vivência de estresse; maior prevalência de TMC entre as mulheres; e as crenças sociais sobre sexualidade e Aids na velhice.

Por último, na dimensão programática, destacaram-se a baixa solicitação do teste para HIV/Aids e as poucas campanhas direcionadas a este público etário. Foi evidenciado a importância de campanhas de prevenção que considerem as especificidades das pessoas idosas, apontando a necessidade de adequação da linguagem, local de moradia e nível de escolaridade. Além disso, é necessário a desconstrução de estereótipos na sociedade, entre profissionais de saúde e entre os próprios idosos.

Os resultados revelados não são passíveis de generalização. Tratou-se de um estudo em cidades rurais, de um estado do Nordeste brasileiro. Dada à dimensão regional do país, são necessários estudos futuros que contemplem os diversos portes de cidades (pequeno, médio e grande). Ademais, alguns participantes não deram respostas para algumas variáveis, sendo as ausências de respostas computadas como *missing values* no software utilizado. Assim, os dados ausentes não foram considerados nas análises, o que possibilitou maior veracidade dos achados.

Sugerem-se estudos futuros sobre as vulnerabilidades em saúde de idosos em cidades rurais e urbanas, uma vez que a suscetibilidade das pessoas ao adoecimento varia em razão das condições de vida. Mais que isso, dependendo do porte da cidade, as ações em saúde e as estratégias de promoção de saúde variam em termos de investimentos estruturais na cidade (como saneamento básico, transporte público, rede de serviços de saúde, educação, dentre outros).

## Referências

- Alcântara, A. (2016). Envelhecer no contexto rural: a vida depois do aposento. In A. O. Alcântara, A. A. Camargo, & K. C. Giacomini (Orgs.), *Política nacional do idoso: velhas e novas questões* (pp. 323-342). Rio de Janeiro, RJ: IPEA.
- Almeida, C. B., Casotti, C. A., & Silva, E. L. S. (2018). Reflexões sobre a complexidade de um estilo de vida saudável. *Avances en Enfermería*, 36(2), 220-229. doi: 10.15446/av.enferm.v36n2.67244
- Ayres, J. R. C. M., França-Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti-Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. Freitas. (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.117-39). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr, I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. Buchalla (Orgs.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde* (pp.71-94). Curitiba, PR: Ed Juruá.
- Bittencourt, G. K. G. D., Moreira, M. A. S. P., Silva Meira, L. C. M., da Nóbrega, M. M. L., Nogueira, J. A., & Silva, A. O. (2015). Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 579-585. doi: 10.1590/0034-7167.2015680402i
- Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União. Retrieved from [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Brito, N. M. I., Costa, S. S. A., Silva, F. M. C., Fernandes, M. R. C. C., Brito, K. K. G., & Oliveira, S. H. S. (2016). Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e Aids: conhecimentos e percepção de risco. *ABCS Health Sciences*, 41(3), 140-145. doi: 10.7322/abcshs.v41i3.902
- Calazans, G. J., Pinheiro, T. F., & Ayres, J. R. D. C. M. (2018). Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (29), 263-293. doi: 10.1590/1984-6487.sess.2018.29.13.a
- Falcão, D. V. S., & Carvalho, I. S. (2010). Idosos e saúde mental: demandas e desafios. In D. V. S. Falcão, & L. F. Araújo (Orgs.), *Idosos e saúde mental* (pp. 11-31). Campinas, SP: Papyrus.
- Furtado, F. M. S. F. (2016). *Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB). Retrieved from <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8544/2/arquivo%20total.pdf>

- Góis, A. R. S., Oliveira, D. C., Costa, G., Fátima, S., Oliveira, R. C., & Abrão, F. M. S. (2017). Social representations of health professionals about people living with HIV/AIDS. *Avances en Enfermería*, 35(2), 171-180. doi: 10.15446/av.enferm.v35n2.59636
- Gómez, J. F., Curcio, C. L., & Matijasevic, F. (2004). Autopercepción de salud, presencia de enfermedades y discapacidades en ancianos de Manizales. *Rev. Asoc. Colomb. Geriatric*, 18(4), 706-714. Retrieved from [http://acgg.org.co/pdf/pdf\\_revista\\_04/18-4.pdf#page=11](http://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_04/18-4.pdf#page=11)
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do self-reporting questionnaire Como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o structured clinical interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 380-390. Retrieved from <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2008.v24n2/380-390/pt>
- Harding, T. W., Arango, V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ladrido-Ignacio, L., & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological medicine*, 10(2), 231-241. doi: 10.1017/S0033291700043993
- IBGE. (2010). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IDEME. (2012) *A Dinâmica Populacional como um indicador para o planejamento e implementação de políticas públicas e sociais, 2000-2010*. João Pessoa, PB: Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual.
- Luco, I. N., & Parraguez, P. O. (2019). Longevidad y ruralidad: aproximaciones etnográficas a transformaciones del envejecimiento y territorios en zonas rurales del sur de Chile. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 32(3), 127-134. Retrieved from <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2019/03/RAGG-03-2019-127-134.pdf>
- Madeira, F. B., Filgueira, D. A., Bosi, M. L. M., & Nogueira, J. A. D. (2018). Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 106-115. doi: 10.1590/S0104-12902018170520
- Martins, A. M. E. D. B., Nascimento, J. E., Souza, J. G. S., Sá, M. A. B. D., Feres, S. D. B. L., Soares, B. P., & Ferreira, E. F. (2016). Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 3387-3398. doi: 10.1590/1413-812320152111.07842015
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. D. C. G., & Silva, A. L. A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507-519. doi: 10.1590/1809-98232016019.150140
- Nahas, M. (2017). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo* (7a ed.). Londrina, PR: Midiograf.
- Organização Mundial de Saúde, OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

- Organização Mundial de Saúde, OMS. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Geneva: OMS.
- Quadros, K. N., Campos, C. R., Soares, T. E., & Silva, F. M. D. R. (2016). Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/Aids atendidos no serviço de assistência especializada. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min*, 6(2), 2140-2146. doi: 10.19175/recom.v6i2.869
- Ribeiro, C. G., Ferretti, F., & Sá, C. A. (2017). Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 330-339. doi: 10.1590/1981-22562017020.160110
- Silva, J. D. (2011). *O impacto da Aids na saúde mental e qualidade de vida de pessoas na maturidade e velhice* (Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB). Retrieved from <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6914/1/ArquivoTotal.pdf>
- Silva, J., & Saldanha, A. A. W. (2012). Vulnerabilidade e convivência com o HIV/AIDS em pessoas acima de 50 anos. *Revista Subjetividades*, 12(3-4), 817-852. Retrieved from <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/download/5070/4075>
- Silva, J., Pichelli, A. A. W. S., & Furtado, F. M. S. (2017). O envelhecimento em cidades rurais e a análise das vulnerabilidades em saúde. In C. M. R. G. Carvalho & L. F. Araújo (Orgs.), *Envelhecimento e práticas gerontológicas* (pp. 291-310). Curitiba, PR: CRV, coedição: Teresina: EDUFPI.
- Silva, P. A. B., Santos, F. C., Soares, S. M., & Silva, L. B. (2018). Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 10(1), 97-105. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.97-105
- Simões, C. C. (2016). *Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população*. Instituto Rio de Janeiro: Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE.
- Siqueira, M. C. D. F., Bittencourt, G. K. G. D., Nóbrega, M. M. L. D., Nogueira, J. D. A., & Silva, A. O. (2015). Banco de termos para a prática de enfermagem com mulheres idosas com HIV/Aids. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(1), 28-34. doi: 10.1590/1983-1447.2015.01.46671
- Skinner, M. W., & Winterton, R. (2017). Interrogating the contested spaces of rural aging: Implications for research, policy, and practice. *The Gerontologist*, 58(1), 15-25. doi: 10.1093/geront/gnx094
- Sousa, L. R. M., Moura, L. K. B., Valle, A. R. M. D. C., Magalhães, R. D. L. B., & Moura, M. E. B. (2019). Representações sociais do HIV/Aids por idosos e a interface com a prevenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1129-1136. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0748
- Souza, A. R. (2019). Pluralidade cristã e algumas questões do cenário religioso brasileiro. *Revista USP*, (120), 13-22. doi: 10.11606/issn.2316-9036.v0i120p13-22
- Visser, M., Wijnhoven, H. A., Comijs, H. C., Thomése, F. G., Twisk, J. W., & Deeg, D. J. (2019). A healthy lifestyle in old age and prospective change in four domains of functioning. *Journal of aging and health*, 31(7), 1297-1314. doi: 10.1177/0898264318774430