

## ENVELHECIMENTO EM CIDADES RURAIS: ANÁLISE DE VULNERABILIDADES EM SAÚDE E VARIÁVEIS ASSOCIADAS

Josinaldo Furtado de Souza <sup>1</sup>  
Ricard José Bezerra da Silva <sup>2</sup>  
Bruno Alves Guimarães <sup>3</sup>  
Josevânia da Silva <sup>4</sup>

### RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar as vulnerabilidades em saúde associadas às práticas sexuais e ao estilo de vida de pessoas com 50 anos ou mais de idade, residentes em cidades rurais. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, e contou com uma amostra de 400 pessoas acima de 50 anos, moradoras de cidades rurais paraibanas. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e um Questionário Temático sobre vulnerabilidades em saúde. Os dados foram analisados através de estatística descritiva (frequência, porcentagem, média, Desvio Padrão) e bivariada (Qui-quadrado). Os resultados evidenciaram que 55,4% dos participantes não realizam nenhuma atividade física. Dos que a realizam, a caminhada foi a atividade com maior menção (78,5%). A maioria afirmou não fazer uso do tabaco e do álcool. No entanto, os índices de ambos foram superiores à média apresentada pela população geral brasileira. Os participantes apresentam preocupação moderada com a Aids e baixo nível de percepção de risco. No entanto, os dados evidenciaram o baixo uso do preservativo nas relações sexuais, com diferenças significativas entre as faixas etárias. A proporção de pessoas que nunca realizaram um teste para HIV/Aids foi maior na faixa etária das pessoas com 60 anos ou mais (87,7%), que entre as pessoas de 50 a 59 anos, embora também tenham apresentado elevado índice (79,5%). É fundamental horizontalizar os conhecimentos acerca das práticas sexuais, bem como desmistificar os tabus, sobretudo no contexto da velhice.

**Palavras-chave:** Vulnerabilidades em saúde, Práticas sexuais, Estilo de vida, Pessoas acima de 50 anos.

### INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo em nível acelerado, o que pode ser considerado um grande avanço da humanidade, mas também um grande desafio, principalmente no campo da saúde. Sobre este processo, o Relatório Mundial de

<sup>1</sup> Psicólogo. Pós-graduando em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: [josinaldofr@hotmail.com](mailto:josinaldofr@hotmail.com)

<sup>2</sup> Psicólogo. Pós-graduando em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: [ricard.bezerra@gmail.com](mailto:ricard.bezerra@gmail.com)

<sup>3</sup> Psicólogo. Pós-graduando em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: [bruno.guimaraes.psi@gmail.com](mailto:bruno.guimaraes.psi@gmail.com)

<sup>4</sup> Orientadora. Doutora em Psicologia Social. Docente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: [josevanciasco@gmail.com](mailto:josevanciasco@gmail.com)

Apoio: Pesquisa financiada através do Edital Universal – CNPq/2016.

Envelhecimento e Saúde destaca que muitas percepções e suposições comuns sobre as pessoas mais velhas ainda são baseadas em estereótipos ultrapassados, como por exemplo no campo da saúde e sexualidade (OMS, 2015). No entanto, o referido documento enfatiza que não há um idoso “típico”, pois “a diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida [...]” (OMS, 2015, p. 3). E acrescenta que embora muitas pessoas ao envelhecerem apresentem diversos problemas de saúde, a idade avançada não é sinônimo de dependência.

É notório que grande parte dos problemas de saúde que as pessoas mais velhas enfrentam podem ser prevenidas ou retardadas a partir de estilos de vida saudáveis ao longo da vida (OMS, 2015). Há que se considerar que um envelhecimento bem-sucedido não depende, exclusivamente, de ações individuais. Investimentos em termos de políticas públicas, condições de vida e bem-estar social são fundamentais.

O termo “envelhecimento ativo” expressa a visão de que não basta apenas prolongar a vida, mas é preciso que esta seja acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Por envelhecimento ativo compreende-se o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com vistas a melhorar a qualidade de vida das pessoas em seu processo de envelhecimento. Tal fato permite que os indivíduos reconheçam seu potencial para o bem-estar social, físico e mental ao longo de sua vida, bem como busca proporcionar proteção, segurança e cuidados, quando se faz necessário (OMS, 2005).

Envelhecer ativamente requer uma diversidade de fatores determinantes como a cultura, gênero, relacionados a saúde, dentre outros. No entanto, no cenário brasileiro, as pessoas idosas, ainda estão expostas a muitas vulnerabilidades. Conforme destaca Salmazo-Silva et al (2012), na velhice, há uma junção de eventos sociohistóricos e culturais, que ao se relacionar com os recursos internos e externos torna a pessoa idosa mais ou menos vulneráveis.

A vulnerabilidade pode ser definida, segundo Ayres, Paiva e França Júnior (2012), como um conjunto de aspectos individuais e coletivos na qual as pessoas são expostas ao adoecimento ou agravo, ou seja, uma maior suscetibilidade ao adoecimento, bem como, de modo inseparável, uma menor disponibilidade de recursos protetores. Ainda de acordo com os autores supracitados, melhor que observar os traços gerais de desigualdade, é necessário

compreender a concretude das relações de gênero e raciais, de classe e de geração em cada cena da vida cotidiana, com interesse no modo como em cada local (município, comunidade, rede de relações) a desigualdade está sendo experimentada pelos brasileiros (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012, p. 83).

Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo analisar as vulnerabilidades em saúde associadas as práticas sexuais e ao estilo de vida de pessoas com 50 anos ou mais de idade, residentes em cidades rurais. Considera-se que o processo de saúde-doença-cuidado é complexo e multifatorial, incluindo fatores genéticos, comportamentais, ambientais e é perpassado pelo campo da construção simbólica (AYRES, 2007).

## **METODOLOGIA**

### **Delineamento**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

### **Participantes**

Participaram 400 pessoas, com idades variando de 50 a 92 anos ( $M=61$ ;  $DP=8,62$ ), e sendo 70% do sexo feminino. A amostra se deu de forma não probabilística e acidental com pessoas com 50 anos ou mais de idades residentes em cidades rurais da Paraíba, que possuíam número populacional de até dez mil habitantes.

Para a delimitação do número amostral, utilizou-se o critério de seleção adotado por Gil (2019), que tem 95% como intervalo de confiança, erro amostral de 5% e a prevalência estimada em 50%. Deste modo, tendo a Paraíba uma população de 195.322 pessoas com idades iguais ou superior a 50 anos (IDME, 2011), o n amostral representativo da população era equivalente a 385 pessoas.

Utilizou-se como critérios de inclusão: residir na cidade pesquisada há no mínimo seis meses; ter idade igual ou superior a 50 anos; e aceitar participar, de forma voluntária, da pesquisa. É importante destacar que a inclusão de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos ocorreu em virtude da perspectiva do envelhecimento bem-sucedido. Ou seja, preconiza-se que o envelhecimento é um processo, o que demanda a melhoria das questões de saúde ao longo da vida, não se restringindo somente às pessoas com 60 anos ou mais de idade.

## **Instrumentos**

Para coleta dos dados utilizou um questionário sociodemográfico, composto por questões como idade, renda familiar, escolaridade, cidade de residência, religião, estado civil, sexo e situação laboral. Foi utilizado também um Questionário Temático sobre vulnerabilidades em saúde, cujo foco pautava-se em duas temáticas principais, sendo elas: *práticas sexuais e preventivas*, que abordavam, por exemplo, o uso de preservativo, a realização do teste para HIV/Aids, dentre outros; e *estilo de vida*, que abordava questões como consumo de álcool e tabaco e atividades físicas. As respostas eram do tipo dicotômica (sim ou não) ou variavam em três níveis (nunca, algumas vezes e sempre), a depender da variável.

## **Procedimentos**

Os participantes foram abordados em praças, logradouros e residências. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual. Ao serem convidados para participar da pesquisa, os participantes eram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre a participação voluntária.

## **Análise dos dados**

Para análise dos dados, utilizou-se o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), na qual foram submetidos à estatística descritiva e de posição (frequência, porcentagem, média, Desvio Padrão) e bivariada (Qui-quadrado).

## **Aspectos éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 18083113.0000.5176). Durante a realização desta pesquisa resguardou-se os critérios éticos necessários em pesquisas com humanos, tal como preconiza as legislações vigentes. Aos participantes foi informado o caráter voluntário e sigiloso das informações, sendo, portanto, solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Perfil dos participantes**

A análise dos dados evidenciou que a maioria dos participantes residia na macrorregião de Campina Grande (n= 132, 33%), eram aposentados (n=154, 52,7%) e se

declararam católicos (n=338, 85,4%). Estes e os demais dados podem ser verificados na tabela 1 abaixo:

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico dos participantes

	<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Sexo</b> (400)	Masculino	120	30
	<b>Feminino</b>	<b>280</b>	<b>70</b>
<b>Faixa etária</b> (400)	<b>50-59 anos</b>	<b>202</b>	<b>50,5</b>
	60-69 anos	117	29,3
	70-79 anos	69	17,3
	80 anos ou mais	12	3,0
<b>Escolaridade</b> (n=389)	Sem escolaridade	86	22,1
	<b>Ensino fundamental I</b>	<b>163</b>	<b>41,9</b>
	Ensino fundamental II	54	13,9
	Ensino Médio	53	13,6
	Superior	33	8,5
<b>Situação Laboral</b> (n=292)	Empregado	97	33,2
	Desempregado	41	14
	<b>Aposentado</b>	<b>154</b>	<b>52,7</b>
<b>Renda mensal</b> (n=328)	Sem renda	01	0,3
	Menos que 1 salário	77	23,5
	<b>1-2 salários</b>	<b>218</b>	<b>66,7</b>
	3-4 salário	30	9,2
	Mais que 5 salários	01	0,3
<b>Estado Civil</b> (n=397)	<b>Casado</b>	<b>262</b>	<b>66</b>
	Solteiro	45	11,3
	Divorciado	31	7,8
	Viúvo	59	14,9
<b>Macrorregião</b>	João Pessoa	105	26,3
	<b>Campina Grande</b>	<b>132</b>	<b>33</b>
	Sousa	93	23,3
	Cajazeiras	70	17,5
<b>Religião</b> (n=396)	<b>Católica</b>	<b>338</b>	<b>85,4</b>
	Evangélica	54	13,6
	Espírita	01	0,3
	Outra	03	0,8

Fonte: dados da pesquisa

No tocante a escolaridade, os achados do presente estudo demonstraram que a maior parte dos participantes possui apenas o Ensino Fundamental I e renda familiar entre um e dois salários mínimos. Fato este que pode ser também verificado em outros estudos (FREIRE et al, 2015; CONFORTIN et al, 2016), uma vez que escolaridade e renda são importantes para o

acesso a informação, melhores condições de trabalho e manutenção de melhores condições de vida, incluindo moradia, alimentação, transporte, dentre outros.

## Vulnerabilidades em saúde

### *Estilo de vida*

Analisando as vulnerabilidades no que se refere ao estilo de vida, percebe-se que a maioria dos entrevistados (55,4%) não realizam nenhuma atividade física. Dos que a realizam, a caminhada foi a atividade com maior menção (78,5%). Ao se considerar a frequência dos que realizam atividades físicas (26,2%), verifica-se que este índice é superior ao nacional (22,5%). Quando se observa a faixa etária, este percentual é mais elevado, pois em nível nacional, na faixa de 40 a 59 anos somente 18,3% realizam exercício físico, e no grupo de 60 anos ou mais somente 13,6% (IBGE, 2013).

**Tabela 2.** Vulnerabilidades em saúde

Variáveis		Frequência	Porcentagem
Faz atividade física? (n=397)	<b>Não</b>	<b>220</b>	<b>55,4</b>
	Algumas vezes	73	18,4
	Sim	104	26,2
Tipo de atividade física (n=163)	<b>Caminhada</b>	<b>128</b>	<b>78,5</b>
	Academia	17	10,4
	Futebol	12	7,4
	Ciclismo	6	3,7
Uso de tabaco (n=397)	<b>Não</b>	<b>304</b>	<b>76,6</b>
	Sim	93	23,4
Uso de álcool (n=398)	<b>Não</b>	<b>295</b>	<b>74,1</b>
	Sim	103	25,9

Fonte: dados da pesquisa

Ao se considerar o total dos que realizam atividades físicas (26,2%) verifica-se que ele é superior à média nacional (22,5%). Quando se observa a faixa etária, este percentual é mais elevado, pois em nível nacional, na faixa de 40 a 59 anos somente 18,3% realizam exercício físico, e no grupo de 60 anos ou mais somente 13,6% (IBGE, 2013).

Sobre o uso do tabaco e álcool, a maioria afirmou não fazer uso destes. No entanto, os índices de ambos foram superiores à média apresentada pela população geral brasileira, que é de 24% para álcool, e 17,4% para o tabaco (IBGE, 2013). A identificação do consumo de

álcool e tabaco entre as pessoas na maturidade e velhice é importante para avaliar a suscetibilidade ao adoecimento. Quando consumido de forma abusiva, o álcool pode gerar conflitos nas relações sociais e prejudicar a saúde mental. Ademais, em razão das alterações fisiológicas no metabolismo na velhice, o consumo de álcool aumenta a suscetibilidade à intoxicação e agravamento de quadros clínicos.

Apoiados no que diz Salmazo-Silva et al (2012), lembra-se a importância de analisar o contexto de vida no qual os entrevistados se localizam, pois sendo a velhice resultante de um processo ao longo da vida, os eventos sócio-históricos e culturais vivenciados em outras etapas do desenvolvimento podem favorecer ou não os processos de vulnerabilidade. Desse modo, é condição essencial atentar para as pessoas que ainda estão fora da faixa de 50 anos ou mais, visto que o processo de envelhecimento ocorre cotidianamente.

#### *Práticas sexuais e preventivas*

No tocante as práticas sexuais e preventivas, constatou-se que os moradores de cidades rurais, ao serem questionados sobre o nível de preocupação com a Aids, em uma escala de 0 a 10, demonstraram uma preocupação moderadamente alta, com média 6,7 (DP=4,09). Quando questionados sobre o risco de contrair a doença, consideraram este risco relativamente baixo, média de 2,3 (DP=3,49).

Sobre medo de já ter a contraído o vírus HIV, a maioria (88,1%) declarou que nunca tiveram este medo. Ou seja, mesmo os entrevistados tendo elevada preocupação em relação à Aids, eles apresentam preocupação moderada com a doença e um nível de percepção de risco baixo. No entanto, os dados evidenciaram o baixo uso do preservativo nas relações sexuais, com diferenças significativas entre as faixas etárias.

Destaca-se que os pesquisados com idades iguais ou superior a 60 anos demonstraram maior vulnerabilidade com relação ao uso do preservativo, apresentando diferenças estatisticamente significativa entre os grupos, com exceção da variável “*Interrupção do uso após algum tempo de relacionamento*”. Considerando a faixa etária das pessoas com 60 anos ou mais, apenas 11 pessoas afirmaram usar o preservativo sempre.

Estes achados são corroborados pelo estudo de Andrade et al (2017), que ao pesquisar 382 idosos, somente 5,2% usavam preservativo em todas as relações sexuais. Tal realidade pode ser explicada por elementos como a confiança no(a) parceiro(a), e estar em um relacionamento estável. Segundo Serra et al (2013), em estudo para identificar o perfil comportamental de idosos com HIV/Aids, os idosos alegam não fazer uso porque não gostam

e/ou preferem a relação sexual sem camisinha, uma vez que, na opinião deles, o uso do preservativo retiraria o prazer e/ou quebraria o clima. Quanto a estes aspectos, podem-se destacar questões culturais, que são carregadas por tabus.

**Tabela 3.** Uso do preservativo nas relações sexuais segunda faixa etária

Variáveis	Categorias	50 a 59 anos	60 anos ou +	$X^2(\text{gl})^a$	*p
Uso do preservativo na primeira relação sexual	Sim	21 (11,4%)	08 (4,2%)	6,623(1)	0,012
	Não	<b>164 (88,6%)</b>	<b>181 (95,8%)</b>		
Em todas as relações sexuais	Nunca	142 (76,8%)	<b>163 (86,2%)</b>	6,218(2)	0,045
	Às vezes	<b>29 (15,7%)</b>	15 (7,9%)		
	Sempre	14 (7,6%)	11 (5,8%)		
Interrupção do uso após algum tempo de relacionamento	Sim	<b>72 (59,5%)</b>	<b>63 (55,8%)</b>	0,337(1)	0,327
	Não	49 (40,5%)	50 (44,2%)		
Já fez teste para HIV/Aids?	Sim	39 (20,6%)	22 (12,3%)	4,629(1)	0,036
	Não	<b>150 (79,4%)</b>	<b>157 (87,7%)</b>		

Fonte: dados da pesquisa

Destaca-se que os pesquisados com idades iguais ou superior a 60 anos demonstraram maior vulnerabilidade com relação ao uso do preservativo, apresentando diferenças estatisticamente significativa entre os grupos, com exceção da variável “*Interrupção do uso após algum tempo de relacionamento*”. Considerando a faixa etária das pessoas com 60 anos ou mais, apenas 11 pessoas afirmaram usar o preservativo sempre.

Estes achados são corroborados pelo estudo de Andrade et al (2017), que ao pesquisar 382 idosos, somente 5,2% usavam preservativo em todas as relações sexuais. Tal realidade pode ser explicada por elementos como a confiança no(a) parceiro(a), e estar em um relacionamento estável. Segundo Serra et al (2013), em estudo para identificar o perfil comportamental de idosos com HIV/Aids, os idosos alegam não fazer uso porque não gostam e/ou preferem a relação sexual sem camisinha, uma vez que, na opinião deles, o uso do preservativo retiraria o prazer e/ou quebraria o clima. Quanto a estes aspectos, pode-se destacar questões culturais, que são carregadas por tabus.

A proporção de pessoas que nunca realizaram um teste para HIV/Aids foi maior na faixa etária das pessoas com 60 anos ou mais (87,7%), que entre as pessoas de 50 a 59 anos, embora também tenham apresentado elevado índice (79,5%). Tais achados corroboram com outros estudos, a exemplo o de Arrais et al (2014), na qual revela que 60% da amostra também nunca realizou a sorologia para HIV/Aids. Segundo Alencar e Ciosak (2016), este



fato também decorre da falta de solicitação dos profissionais de saúde, que ao examinarem idosos que mesmo apresentando certos sinais e sintomas, buscam outras patologias, e não pensam na possibilidade do HIV/Aids em razão de crenças equivocadas sobre a sexualidade na velhice.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Salienta-se nesse trabalho, a necessidade de criar estratégias que possam minar os problemas encontrados e que tenham como foco principal a promoção do envelhecimento ativo, defendido como um processo de apropriação da vida ativa em todas as fases de desenvolvimento humano (OMS, 2005). Os dados aqui apresentados demonstram que é fundamental horizontalizar os conhecimentos acerca das práticas sexuais, bem como desmistificar os tabus, sobretudo no contexto da velhice.

Este grupo etário possui vida sexual ativa e relacionamento íntimos, mas são poucos os que possuem práticas preventivas em relação às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). É possível que as percepções relacionadas a finitude da vida e/ou que não se está mais em idade reprodutiva possam contribuir negativamente para a falta ou diminuição dos cuidados de si. Nesse sentido, a atenção às vulnerabilidades em saúde associadas as práticas sexuais de pessoas com 50 anos ou mais de idade colabora para a diminuição de diagnósticos tardios para estas patologias.

Pensando a saúde como um processo de construção dialética, é imprescindível que o saber exposto acerca das práticas sexuais e do estilo de vida das pessoas com mais de 50 anos seja levado em consideração. Ademais, quando considera-se o saber do outro, há a possibilidade de incluir o saber formal da saúde nesse processo, visto que a realidade apresentada existe e não pode ser modificada rapidamente, sendo necessário haver um processo de conscientização (AYRES, 2007), pelo qual poderá haver uma mudança nas práticas, tornando os sujeitos menos vulneráveis aos processo de adoecimento.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. AIDS in the elderly: reasons that lead to late diagnosis. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1076-81, 2016.

ANDRADE, J. *et al.* Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 1, 2017.

ARRAIS, A. R. *et al.* Atividade sexual e HIV/Aids na terceira idade: a vivência de alunos da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins. **Brasília Médica**, v. 51, n. 1, 2014.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JR, I. F. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALLA, C. M. (Orgs). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá, 2012.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Comparação do perfil socioeconômico e condições de saúde de idosos residentes em áreas predominantemente rural e urbana da grande Florianópolis, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 3, p. 330-338, 2016.

FREIRE, G. V. *et al.* Perfil de idosos que frequentam um centro de convivência da terceira idade. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 11-19, 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 17 mai 2019.

IDME – Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual da Paraíba. **Características do Crescimento Populacional nas Regiões Geoadministrativas do Estado da Paraíba, 2000-2010**. João Pessoa: IDME, 2011.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em 18 mai. 2019.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 18 mai. 2019.

SERRA, A. *et al.* Perfil comportamental de idosos com HIV/Aids atendidos em um centro de referência. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 2, p. 407-13, 2013.