



DETERMINANTES E CONSEQUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS DA INFEÇÃO PELO VIH/SIDA EM ADULTOS MAIS VELHOS: ESTUDOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

Joana Tavares de Azevedo Feliz

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
Especialidade: Psicologia Clínica

ORIENTADOR: *Prof. Doutor António Augusto Pinto Moreira Diniz*

ÉVORA, JULHO DE 2014





Contactos:

Universidade de Évora

Instituto de Investigação e Formação

Avançada - IIFA

Palácio do Vimioso | Largo Marquês de

Marialva, Apart. 94

7002-554 Évora | Portugal

Tel: (+351) 266 706 581

Fax: (+351) 266 744 677

Email: iifa@uevora.pt



DETERMINANTES E CONSEQUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS DA INFEÇÃO PELO VIH/SIDA EM ADULTOS MAIS VELHOS: ESTUDOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

Joana Tavares de Azevedo Feliz

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
Especialidade: Psicologia Clínica

ORIENTADOR: *Prof. Doutor António Augusto Pinto Moreira Diniz*

ÉVORA, JULHO DE 2014



Agradecimentos

Ao Prof. Doutor António Diniz por me ter aberto o caminho da investigação e ter despertado em mim o interesse por idosos e por métodos quantitativos e qualitativos em Psicologia. Obrigada pela exigência e rigor, mas também pelo apoio e disponibilidade.

À Sra. Dra. Célia Carvalho, À Sra. Dra. Patrícia, ao Sr. Dr. João Abreu, à Sra. Dra. Teresa Branco, ao Sr. Dr. Rubino Xavier, à Sra. D. Paula e à Sra. D. Margarida do Hospital Fernando da Fonseca que foram incansáveis e muito disponíveis. Foram indispensáveis na recolha da amostra. Ao Sr. Dr. José Vera do Hospital de Cascais e ao Sr. Prof. Doutor Francisco Antunes do Hospital de Santa Maria pela autorização para a recolha de dados nos seus serviços. Agradece-se ainda à Sra. Enf. Conceição e à Sra. Dra. Isabel pelo auxílio prestado na recolha.

À Sra. Dra. Jéssica da Caritas de Setúbal que tendo sido a primeira a ajudar-me na recolha de dados me deu força para continuar persistentemente a recolha. À Sra. Dra. Andreia Pinto Ferreira, do GADS, que se disponibilizou desde logo para recolher os dados. À Sra. Enfermeira. Ana Campos Reis pela simpatia, pela disponibilidade e pela forma admirável com que luta pela defesa das pessoas infetadas pelo VIH/SIDA de todas as faixas etárias, o que de alguma forma me motivou ainda mais a levar esta investigação adiante, apesar dos obstáculos que foram surgindo. Obrigada também à Sra. Dra. Susana Catarino pela disponibilidade e persistência que sempre mostrou na ajuda da recolha dos dados na Santa Casa da Misericórdia. Agradece-se também à Direcção do CURPIM, Centro de Dia de Alvalade e do Centro de Dia dos Olivais.

Agradece-se à Dra. Maria do Carmo Câmara e à Dra. Luisa Magalhães e Silva pela tradução do Questionário de Comportamentos Sexuais. À Mestre Alécia Faro pela disponibilidade sempre demonstrada em responder às minhas dúvidas.

À Sra. Dra. Helena Cortes Martins e à Sra. Dra. Helena Espirito Santo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge pela rapidez e prontidão em fornecer dados sobre os adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA em Portugal.

Ao Pedro por tudo, pela amizade, escuta, partilha, incentivo, disponibilidade, sinceridade e paciência.

Aos meus pais. Obrigada mãe pelo exemplo de altruísmo. Obrigada pai pelo exemplo de virtude e inteligência.

Um agradecimento especial à minha família (irmão, avós, primos e tios) e às minhas amigas que foram mostrando, ao longo do tempo, o seu apoio de várias formas. À Margarida pela amizade, conversas e disponibilidade para me substituir sempre que necessário das tarefas da nossa empresa. Continuaremos a estar no mesmo barco a conquistar e a alcançar novos desafios.

Um obrigada muito especial a todos as pessoas que constituíram a amostra, pois só assim foi possível a concretização deste estudo.

Determinantes e Consequências Psicossociais da Infecção pelo VIH/SIDA em Adultos Mais Velhos: Estudos Quantitativos e Qualitativos

Resumo. Pretende-se analisar os determinantes e as consequências da infecção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos, comparando um grupo amostral infetado ($n = 117$) com outro não infetado ($n = 122$). Numa abordagem multi-amostra, procedeu-se ao teste da invariância de um modelo derivado da Escala de Atitudes Sexuais e ao teste da invariância de um Modelo de Mediação da Permissividade, Comunhão e do Conhecimento no efeito do género, estado civil, nível de escolaridade e religião (variáveis exógenas) sobre os Comportamentos Sexuais de Risco. Num terceiro estudo, testaram-se as diferenças entre os grupos na Permissividade, Comunhão, Conhecimento e CSR e as diferenças entre os grupos para cada um dos níveis da operacionalização das variáveis exógenas. Num quarto estudo, analisaram-se as histórias de vida de seis participantes infetados pelo VIH/SIDA. Os resultados dos estudos constituíram-se como subsídios para o delineamento de estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos.

Palavras-chave: VIH/SIDA, adultos mais velhos, atitudes sexuais, comportamentos sexuais de risco, modelação de equações estruturais, histórias de vida.

Psychosocial Determinants and Consequences of HIV Infection among Older Adults: Quantitative and Qualitative Research

Abstract. In this research were examined determinants and consequences of HIV infection among older adults, comparing an HIV-infected group ($n = 117$) with an HIV-uninfected group ($n = 122$). Using a multi-sampling approach, the invariance of a model derived from the Sexual Attitudes Scale was tested as well as a Mediation Model for Permissiveness, Communion and Knowledge influence on gender, marital status, education level and religion (exogenous variables) effects on Sexual Risk Behaviours (SRB). In a third study, the differences between the groups in terms of Permissiveness, Communion, Knowledge and SRB, and also the differences between the groups for each of exogenous variables' operational levels were tested. In a fourth study, the life stories of six participants HIV-positive were analysed. The results of the research enlightened the basis for outlining prevention strategies for HIV/Aids infection among older adults.

Keywords: HIV/Aids, older adults, sexual attitudes, sexual risk behaviours, structural equation modeling, life stories.

Índice

Introdução	1
Parte I: Revisão da Literatura e Problema de Investigação	5
1. Envelhecimento	7
1.1. Conceções Unitárias do Desenvolvimento	12
1.1.1. A teoria do ciclo de vida de Erikson	12
1.1.2. A teoria do curso de vida de Levinson	15
1.1.3. A teoria da formação da identidade de McAdams	19
1.2. Conceções Focais do Desenvolvimento	22
1.2.1. A metateoria do ciclo de vida de Baltes	22
1.2.2. A teoria do controlo de Heckhausen e Schulz	24
1.2.3. A teoria da crise de Caplan	25
1.2.4. A teoria do processo de luto de Kübler-Ross	25
2. Sexualidade em Adultos Mais Velhos	27
2.1. Fatores Biológicos	27
2.2. Fatores Psicossociais	31
2.2.1. Idade	31
2.2.2. Género	31
2.2.3. Estado civil	31
2.2.4. Nível de escolaridade	33
2.2.5. Religião	33
2.2.6. Preconceitos sociais	33
3. A Infecção pelo VIH/SIDA em Adultos Mais Velhos	35
3.1. Dados Epidemiológicos	35
3.1.1. A infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos no mundo	35
3.1.2. A infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos em Portugal	39
3.2. Características da Infecção pelo VIH/SIDA em Adultos Mais Velhos	42
3.2.1. Modos de transmissão	43
3.2.2. Feminização da infeção	44

3.2.3. Sintomas e evolução da infeção	44
4. Determinantes Psicossociais da Infeção pelo VIH/SIDA em Adultos Mais Velhos	47
4.1. Diagnóstico Tardio	47
4.2. Campanhas	49
4.3. Atitudes Sexuais	51
4.3.1. Idade	53
4.3.2. Género	53
4.3.3. Estado civil	54
4.3.4. Nível de escolaridade e estatuto sócio-económico	54
4.3.5. Religião	55
4.4. Conhecimento das Formas de Transmissão da Infeção pelo VIH/SIDA	56
4.4.1. Idade	58
4.4.2. Género	58
4.4.3. Estado civil	58
4.4.4. Nível de escolaridade	58
4.4.5. Religião	58
4.5. Comportamentos Sexuais de Risco	59
4.5.1. Comportamentos sexuais de risco e variáveis sociodemográficas	59
4.5.2. Consumo de álcool	61
4.5.3. Número de parceiros sexuais e infidelidade	61
4.5.4. Recurso à prostituição	63
4.5.5. Utilização do preservativo	64
4.5.6. Perceção de risco e vulnerabilidade à infeção pelo VIH/SIDA	69
4.5.7. Realização do teste de despistagem do VIH/SIDA	70
4.5.8. Medicação para a disfunção erétil	73
5. Consequências Psicossociais da Infeção pelo VIH/SIDA em Adultos Mais Velhos	77
5.1. O Diagnóstico	77

5.2. Conhecimento das Formas de Transmissão da Infecção pelo VIH/SIDA Depois do Diagnóstico de Seropositividade	79
5.3. Comportamentos Sexuais de Risco Depois do Diagnóstico de Seropositividade	80
5.3.1. Atividade sexual	81
5.3.2. Utilização do preservativo	83
5.3.3. Número de parceiros sexuais	85
5.4. Suporte Emocional, Discriminação e Medo da Rejeição	86
5.5. Revelação da Condição de Seropositividade	88
5.6. Religião	90
6. Formulação do Problema de Investigação	91
Parte II: Estudos Empíricos Quantitativos	99
7. Estudo 1 – Invariância dos Fatores Permissividade e Comunhão da Escala de Atitudes Sexuais	101
7.1. Método	101
7.1.1. Participantes	101
7.1.2. Instrumentos	102
7.1.3. Procedimento de recolha de dados	107
7.1.4. Procedimento de análise de dados	110
7.2. Resultados	114
7.3. Discussão	117
8. Estudo 2 – Invariância de um Modelo de Mediação da Permissividade, Comunhão e Conhecimento no Efeito do Género, Estado Civil, Religião e Nível de Escolaridade Sobre os Comportamentos Sexuais de Risco	121
8.1. Método	121
8.1.1. Participantes	121
8.1.2. Instrumentos	121
8.1.3. Procedimento de recolha de dados	121
8.1.4. Procedimento de análise de dados	121
8.2. Resultados	126
8.3. Discussão	132

9. Estudo 3 – Teste de Diferenças Entre os Grupos Clínico e Não Clínico Quanto às Variáveis Endógenas para cada um dos Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1	139
9.1. Método	139
9.1.1. Participantes	139
9.1.2. Instrumentos	139
9.1.3. Procedimento de recolha de dados	139
9.1.4. Procedimento de análise de dados	139
9.2. Resultados	140
9.3. Discussão	147
10. Discussão Geral	151
Parte III: Estudos Empíricos Qualitativos	159
11. Considerações Metodológicas	161
12. Método	165
12.1. Participantes	165
12.2. Instrumentos	166
12.3. Procedimento de Recolha de Dados	167
12.4. Procedimento de Análise de Dados	168
12.4.1. Análise cronológica individual	169
12.4.2. Análise categorial temática individual e grupal	170
12.4.3. Biograma individual	171
13. Resultados	173
13.1. Histórias Individuais	173
13.1.1. A história de PF1 ♀	173
13.1.2. A história de PF2 ♀	180
13.1.3. A história de PF3 ♀	186
13.1.4. A história de PF4 ♀	192
13.1.5. A história de PM5 ♂	198
13.1.6. A história de PM6 ♂	204
13.2. Análise Grupal das Histórias de Vida	211
13.2.1. Análise das categorias de McAdams	211

13.2.2. Análise das categorias da teoria do controlo de Heckhausen e Schulz	212
13.2.3. Análise das categorias da teoria da crise de Caplan e da teoria do processo de luto de Kübler-Ross	212
13.2.4. Análise sintática	213
13.2.5. Análise categorial temática grupal: determinantes da infeção pelo VIH/SIDA	213
13.2.6. Análise categorial temática grupal: consequências da infeção pelo VIH/SIDA	215
13.2.7. Análise categorial temática grupal: categorias emergentes	217
14. Discussão	221
15. Conclusão	231
Referências	235

Índice de Tabelas

Tabela 1. Percentagem da População da União Europeia com mais de 65 anos, por País, em 1990 e 2010.	8
Tabela 2. Índices de Envelhecimento na Europa em 1960 e 2012	9
Tabela 3. População Residente em Portugal com mais de 65 anos, por Grupo Etário.	11
Tabela 4. Índices de Envelhecimento em Portugal Desde 1960 até 2012.	11
Tabela 5. Os Estádios de Desenvolvimento do Ego de Erikson	13
Tabela 6. Classificação dos <i>Imagos</i> de Acordo com McAdams	21
Tabela 7. Alterações Físicas na Sexualidade e Impacto no Ciclo de Excitação Sexual de Acordo com o Género	28
Tabela 8. Distribuição dos Casos de Infeção pelo VIH/SIDA nos Diferentes Estádios da Infeção, Entre 01/01/1983 e 31/12/2011, por Género e Grupo Etário (a partir dos 50 anos de idade)	41
Tabela 9. Distribuição dos Grupos Amostrais de Acordo com as Variáveis Sociodemográficas	101
Tabela 10. Estudos de Validação da Escala de Atitudes Sexuais	103
Tabela 11. Invariância do Modelo de Medida Através dos Grupos	115
Tabela 12. Invariância da Forma do Modelo de Medida: Estimativas de Máxima Verosimilhança	116
Tabela 13. Distribuição Quartílica das Notas dos Fatores Permissividade e Comunhão	126
Tabela 14. Invariância do Modelo de Mediação Através dos Grupos	127
Tabela 15 Diferenças Entre os Grupos Clínico e Não Clínico para as Variáveis Endógenas do Modelo da Figura 1	141
Tabela 16. Diferenças Entre os Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1 nos Grupos Clínico e Não Clínico para a Variável Permissividade	143
Tabela 17. Diferenças Entre os Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1 nos Grupos Clínico e Não Clínico para a Variável Comunhão	144
Tabela 18. Diferenças Entre os Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1 nos Grupos Clínico e Não Clínico para a Variável Conhecimento	145

Tabela 19. Diferenças Entre os Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1 nos Grupos Clínico e Não Clínico para a Variável Comportamentos Sexuais de Risco	147
Tabela 20. Caracterização dos Participantes do Estudo Qualitativo	165
Tabela 21. Distribuição dos Participantes de Acordo com as Variáveis Permissividade, Comunhão, Grau de Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco	166
Tabela 22. Pré-categorias, Categorias e Subcategorias Orientadoras da Análise Categorical Temática	171
Tabela 23. Dados de Caracterização de PF1♀	173
Tabela 24. Episódios Nucleares da História de Vida de PF1♀	176
Tabela 25. Dados de Caracterização de PF2♀	180
Tabela 26. Episódios Nucleares História de Vida de PF2♀	183
Tabela 27. Dados de Caracterização de PF3♀	186
Tabela 28. Episódios Nucleares História de Vida de PF3♀	189
Tabela 29. Dados de Caracterização de PF4♀	192
Tabela 30. Episódios Nucleares História de Vida de PF4♀	194
Tabela 31. Dados de Caracterização de PM5♂	198
Tabela 32. Episódios Nucleares História de Vida de PM5♂	200
Tabela 33. Dados de Caracterização de PM6♂	204
Tabela 34. Episódios Nucleares História de Vida de PM6♂	208
Tabela 35. Tom Narrativo, Linhas Temáticas e Análise Sintática por Participante de Acordo com o Episódio do Diagnóstico de Infecção e da Idade em que Ocorreu o Episódio	211
Tabela 36. Fases da Teoria da Crise de Caplan e da Teoria do Processo de Luto de Kübler-Ross por Participante de Acordo com o Tempo de Diagnóstico da Infecção	212
Tabela 37. Categorias e Subcategorias Emergentes das Histórias de Vida	218

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de mediação da Permissividade, da Comunhão, e Conhecimento no efeito do género, estado civil, religião e nível de escolaridade sobre os Comportamentos Sexuais de Risco	95
Figura 2. Mediação completa	124
Figura 3. Mediação parcial	124
Figura 4. Mediação parcial na presença do efeito direto	125
Figura 5. Mediação parcial na ausência do efeito direto	125
Figura 6: Teste do modelo de mediação no grupo clínico com regressões paralelas através dos grupos	130
Figura 7: Teste do modelo de mediação no grupo não clínico com regressões paralelas através dos grupos	131
Figura 8: Biograma da história de vida de PF1 ♀	179
Figura 9: Biograma da história de vida de PF2 ♀	185
Figura 10: Biograma da história de vida de PF3 ♀	191
Figura 11: Biograma da história de vida de PF4 ♀	197
Figura 12: Biograma da história de vida de PM5 ♂	203
Figura 13: Biograma da história de vida de PM6 ♂	210

Índice de Anexos

Anexo A: Questionário Sociodemográfico	277
Anexo B: Escala de Atitudes Sexuais	279
Anexo C: Pedidos de Autorização de Recolha dos Dados Quantitativos e Qualitativos	283
C.1.: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Santa Maria	283
C.2.: Parecer do Conselho de Administração do Hospital de Santa Maria	284
C.3.: Hospital de Dia de Infecçiology do Hospital Fernando da Fonseca	285
C.4.: Serviço de Infecçiology do Hospital de Cascais	286
C.5.: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	287
Anexo D: Termo de Consentimento Informado Estudos Quantitativos	293
Anexo E: Questionário de Comportamentos Sexuais	295
Anexo F: Autorização para a Utilização das Provas	297
Anexo G: Termo de Consentimento Informado Estudos Qualitativos	301
Anexo H: Análise Categorical Temática das Pré-categorias e das Categorias Emergentes das Histórias de Vida	303
H.1.: Grelha de Análise de PF1 ♀	303
H.2.: Grelha de Análise de PF2 ♀	314
H.3.: Grelha de Análise de PF3 ♀	324
H.4.: Grelha de Análise de PF4 ♀	337
H.5.: Grelha de Análise de PM5 ♂	346
H.6.: Grelha de Análise de PM6 ♂	356

Lista de Siglas

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

AFE - Análise Fatorial Exploratória

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CSR – Comportamentos Sexuais de Risco

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

EAS – Escala de Atitudes Sexuais

EUROHIV – European Center for Disease Prevention and Control (Vigilância de VIH/SIDA na Europa)

HAART - Highly Active Antiretroviral Treatment (Terapêutica Antiretroviral de Alta Eficácia)

HV – História de Vida

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

ONUSIDA – Programa das Nações Unidas sobre o VIH

PA – portadores assintomáticos não-SIDA

PS – portadores sintomáticos não-SIDA

QCS – Questionário de Comportamentos Sexuais

SAS - Sexual Attitudes Scale

UE – União Europeia

UNAIDS – United Nations Programme on HIV/AIDS

WHO – World Health Organization

Introdução

O envelhecimento da população tem sido acompanhado pelo aumento do número de casos de infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos no estrangeiro (Altschuler, Katz, & Tynan, 2008; Chiao, Ries, & Sande, 1999; Emlet, Gusz, & Dumont, 2003; Greene, 2003; Kapiark & Shippy, 2006) e em Portugal (Dias, Fonseca, Renca, & Silva, 2005; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge & Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 2013). A infeção pelo VIH/SIDA é a quarta causa de morte no mundo (INSA & CVEDT, 2002) e, atualmente, o número de pessoas que vivem com VIH/SIDA no mundo são cerca de 35.3 milhões, sendo que 3.6 milhões têm mais de 50 anos (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2013a, 2013b; World Health Organization, 2011a). Ainda que o número de pessoas infetadas tenha vindo a aumentar nos últimos anos, em parte devido ao maior acesso aos medicamentos antirretrovirais, o número de novas infeções tem vindo a diminuir, bem como o número de mortes associadas ao VIH/SIDA (UNAIDS, 2007, 2008). De facto, o HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) surgiu no final dos anos 90 (Catz, Heckman, Kochman, & DiMarco, 2001; Godkin & Stoff, 2008), reduzindo drasticamente a morbilidade e mortalidade dos pacientes infetados pelo VIH/SIDA (Gebo, 2006), tornando a infeção uma doença crónica (Balderson et al., 2012; Gebo, 2006; Shippy & Karpiak, 2005).

Inicialmente a infeção pelo VIH/SIDA era considerada uma infeção exclusiva dos grupos de risco como os toxicodependentes, os homossexuais e as prostitutas (Mota, 2007). Contudo, a infeção em consumidores de droga por via endovenosa, por exemplo, tem vindo a diminuir nos últimos anos, sobretudo, se considerarmos os novos casos (EuroHIV, 2007; Nardone, 2005). Nos países pertencentes à União Europeia, sabe-se que a principal via de transmissão dos novos casos de infeção é a heterossexualidade (56%) (Nardone, 2005). Em Portugal, os dados do INSA e CVEDT (2012) indicam que 15.3% dos portugueses infetados pelo VIH/SIDA têm 50 ou mais anos e a principal via de transmissão é a heterossexual.

Verificando a ainda diminuta literatura existente acerca da problemática da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos portugueses (Grilo, 2001) procurou organizar-se a revisão da literatura de forma a reunir um conjunto de informações sobre como os adultos mais velhos experienciam a doença. No primeiro capítulo refere-se o conceito de envelhecimento e as alterações demográficas que se têm verificado nas sociedades ocidentais, assistindo-se a um aumento exponencial da população idosa, em detrimento da população jovem (Fernandes, 1997; Fontaine, 2000; Instituto Nacional de

Estatística, 2005; Oliveira, 2008; United Nations, 2009). Ainda no primeiro capítulo, abordaram-se as teorias unitárias e focais do desenvolvimento, procurando apresentar, por um lado, as principais componentes do desenvolvimento comuns a todas as pessoas e, por outro, as características próprias de cada pessoa que em interação com o mundo social vão dar origem à diversidade e subjetividade que caracteriza a existência humana. Focaram-se, primeiramente, as concepções unitárias do desenvolvimento referentes ao desenvolvimento da identidade do ego ao longo do ciclo-de-vida (Erikson, 1980, 1982), do curso de vida (Levinson, 1977, 1986) e da formação da identidade (McAdams, 1993, 1996, 2001). Em seguida, abordaram-se as teorias focais do desenvolvimento, designadamente a metateoria do ciclo de vida de Baltes (Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999; Freund & Baltes, 1998), a teoria do controlo de Heckhausen e Schulz (1995, 1997), a teoria da crise de Caplan (1961, 1964) e a teoria do processo de luto de Kübler-Ross (1979, 1989, 1992). Com este capítulo visou-se o estabelecimento de um enquadramento conceptual que permitisse a análise das HV relativas à componente qualitativa deste trabalho, e, ainda, que permitisse uma leitura mais abrangente dos resultados dos estudos quantitativos.

Ainda com estes objetivos, no segundo capítulo, abordaram-se os fatores biológicos (Belsky, 1990; Fernandes, 2006; Santos & Marques, 2006) e psicossociais (Bee, 1997; Belsky, 1990; Weeks, 2002) envolvidos nas principais mudanças na sexualidade associadas ao processo de envelhecer em ambos os géneros. A forma de experienciar as mudanças aquando do envelhecimento irá afetar e influenciar as atitudes e comportamentos das pessoas, designadamente ao nível da sexualidade. A reação pessoal ao envelhecimento e às perdas a ele inerentes são decisivas na vivência da própria sexualidade (Addis, Eeden, Wassel-Fyr, Vittinghoff, Brown & Thomm, 2006; Santos & Marques, 2006).

Prosseguiu-se, no terceiro capítulo, com a revisão da literatura sobre a caracterização da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos, descrevendo-se os principais modos de transmissão da infeção (EuroHIV, 2007; Mota, 2007; Nardone, 2005), realçando o crescente número de casos de mulheres infetadas (Godkin & Stoff, 2008; Karlovsky, Lebed, & Mydlo, 2004; Keigher, Stevens, & Plach, 2004; Levy-Dweck, 2005; Mockus & Coon, 2008; Peate, 2007; Zelenetz & Epstein, 1998), as causas e os principais sintomas descritos pelos adultos mais velhos, quando infetados pelo VIH/SIDA (Butt, Dascomb, DeSalvo, Bazzano, Kissinger, & Szerlip, 2001; Duarte & Dutschman, 1998; Grabar, Weiss, & Costagliola, 2006). Ainda neste capítulo, apresentou-se uma descrição detalhada dos dados epidemiológicos da infeção à escala

mundial (UNAIDS, 2013a, 2013b, 2013c; WHO, 2011a, 2011b), com destaque para o caso de Portugal (INSA & CVEDT, 2012, 2013): primeiro relativamente à população em geral, depois à população com mais de 50 anos, os adultos mais velhos.

No quarto e quinto capítulo reuniu-se informação relativa aos determinantes da infeção nesta faixa etária, tais como a idade, o género, o estado civil, a religião, o nível de escolaridade e sua influência sobre as atitudes sexuais, o conhecimento e os comportamentos sexuais de risco (CSR), procurando, ainda, identificar as principais consequências da condição de seropositividade em adultos mais velhos.

Após a revisão da literatura formulou-se o problema de investigação, apresentando-se os objetivos dos estudos, que seguem uma abordagem quantitativa e qualitativa. Dada a natureza multifacetada do problema de investigação (determinantes e consequências da infeção pelo VIH/SIDA) recorreu-se a um método misto de análise (Collins, Onwuegbuzie, & Jiao, 2006; Creswell & Tashakkori, 2007; Prakash & Klotz, 2007) sequencial de investigação (Collins et al., 2006; Morgan, 2007) na perspectiva de que ambas as abordagens se complementam, por um lado, uma quantitativa (nomotética), e, por outro, uma qualitativa (ideográfica) (Thomae, 1999).

Realizaram-se três estudos quantitativos junto de adultos mais velhos. Nos dois primeiros procedeu-se à validação estrutural (Fornell & Larcker, 1981; Nunnally & Bernstein, 1994) de um modelo derivado da Escala de Atitudes Sexuais (EAS; Alferes, 1994; Hendrick & Hendrick, 1987; Margalha, Diniz, & Vaz, 2008) e ao teste de um modelo de mediação da permissividade, comunhão e conhecimento no efeito do género, estado civil, religião e nível de escolaridade sobre os CSR. Isto foi feito numa abordagem multi-amostra, recorrendo à modelação de equações estruturais (e.g., Kline, 2011; Jöreskog & Sörbom, 1993), para analisar a invariância destes modelos em adultos mais velhos infetados (grupo clínico) versus não infetados (grupo não clínico) pelo VIH/SIDA. No terceiro estudo, testaram-se as diferenças entre os grupos clínico e não clínico no que respeita à permissividade, à comunhão, ao conhecimento e aos CSR e, ainda, as diferenças entre estes grupos nessas variáveis para cada um dos níveis da operacionalização das variáveis género, estado civil, religião e nível de escolaridade. Estes três estudos serviram para apreciar determinantes e consequências da infeção de forma extensiva ou por outras palavras, numa aproximação nomotética (Thomae, 1999).

Nos estudos quantitativos destacaram-se como principais determinantes da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos as relações género-Permissividade, estado civil-Permissividade, nível de escolaridade-Permissividade, religião-Permissividade, género-Comunhão, nível de escolaridade-Comunhão, género-Conhecimento, nível de escolaridade-

-Conhecimento, religião-Conhecimento, estado civil-CSR, nível de escolaridade-CSR, Comunhão-CSR, Conhecimento-CSR. E como consequências as relações religião-Permissividade, nível de escolaridade-Permissividade, nível de escolaridade-Comunhão, género-Conhecimento, estado civil-Conhecimento, religião-Conhecimento, nível de escolaridade-Conhecimento, género-CSR, estado civil-CSR, religião-CSR, nível de escolaridade-CSR e Permissividade-CSR.

No estudo qualitativo, numa aproximação ideográfica (Thomae, 1999), apresentaram-se e analisaram-se histórias de vida focalizadas (HV; Poirier, Clapier-Valladon, & Raybaut, 1999) na sexualidade e na infeção de seis dos adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA (dois homens e quatro mulheres) que participaram nos estudos quantitativos e que podiam ser tidos como casos significantes (Simonton, 1999) e exemplares (Hilton & Von Hippel, 1996) da diversidade que caracteriza a infeção neste grupo etário. Este estudo de casos múltiplos foi realizado numa ótica eminentemente explanatória (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2003), com o objetivo de encontrar as *nuances* relativas aos determinantes e às consequências da infeção, mediante uma análise intensiva das trajetórias de vida dos participantes. Neste estudo realizaram-se análises temáticas (Bardin, 2004), análises cronológicas e biogramas (Agra & Matos, 1997; Tinoco & Pinto, 2001) para complementar a informação obtida nos estudos quantitativos.

Neste estudo destacaram-se como principais determinantes da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos: as atitudes permissivas, a falta de Conhecimento quanto às formas de transmissão da infeção, a baixa taxa de utilização do preservativo, o desconhecimento do estado serológico dos parceiros, as infidelidades conjugais, o elevado número de parceiros sexuais ocasionais e a baixa perceção de risco para a infeção. Como consequências da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos: o aumento do Conhecimento quanto às formas de transmissão da infeção, a redução dos CSR nuns casos e a continuação da prática de CSR noutros casos e a discriminação e o medo da rejeição.

Por último, apresenta-se a conclusão global dos estudos quantitativos e qualitativos, articulando os resultados obtidos com o enquadramento teórico e as questões previamente enunciadas. Em suma, os estudos realizados tiveram como finalidade a recolha de informação para a criação de programas de prevenção e intervenção específicos para adultos mais velhos já infetados pelo VIH/SIDA ou em risco, sabendo-se que existe uma lacuna em campanhas específicas nesta faixa etária (e.g. Altschuler et al., 2008; Cahil & Krivo-Kaufman, 2009; Dias et al., 2005).

Parte I
Revisão da Literatura e Problema de Investigação

1. Envelhecimento

O envelhecimento além de cada vez mais ser um fenómeno coletivo, é acima de tudo um fenómeno particular e específico de cada pessoa. Etimologicamente envelhecer significa tornar-se velho, “ficar com mais idade” (Serra, 2006, p. 21). Pode também ser definido como um processo biológico, psicológico, ecológico e social que afeta o ser humano, com um determinado código genético, no decurso do seu desenvolvimento, modificando as suas relações com o mundo, com o tempo e com a sua própria história (Coleman & O’Hanlon, 2004; Serra, 2006). De acordo com o modelo biomédico, a velhice é um período em que se registam múltiplas perdas, mudanças, problemas e incapacidades de adaptação ao corpo, que aumentam as probabilidades do aparecimento de doenças que eventualmente conduzirão à morte (Coleman & O’Hanlon, 2004). Nesta fase do desenvolvimento verifica-se, pois, um declínio das funções orgânicas e corporais, e das funções psicológicas e intelectuais da pessoa (Serra, 2006).

Na verdade, ao processo de envelhecer estão ligados fatores biológicos (idade e mudanças decorrentes do desenvolvimento); psicológicos (história pessoal e capacidade de adaptação); e, sociais e culturais (variabilidade na conceção do idoso consoante a sociedade e a cultura em que está inserido) (Coleman & O’Hanlon, 2004; Vandenplas-Holper, 2000; Viegas & Lima, 1988).

Na sociedade atual urge pensar o idoso, dado que o seu número está a crescer significativamente face às outras faixas etárias (United Nations, 2009). De facto, “o século XXI será (...) o século dos idosos, ao menos no mundo ocidental” (Oliveira, 2008, p.5), pois o declínio da mortalidade e o aumento da esperança média de vida, após a Revolução Industrial, e as melhorias na qualidade de vida e a evolução da medicina, a partir da Segunda Guerra Mundial, fizeram com que o envelhecimento populacional fosse observável sobretudo nos países industrializados, ainda que, atualmente, se assista à sua generalização nos países menos desenvolvidos (Fernandes, 1997; Fontaine, 2000; INE, 2005; United Nations, 2009). Esta explosão demográfica da terceira idade deve-se, também, ao declínio da taxa de natalidade, em consequência do reduzido número de casamentos e pelo facto destes serem tardios, da emancipação da mulher e da sua crescente inserção no mercado de trabalho e, ainda, da generalização dos métodos contraceptivos (Eurostat, 2011; Nazareth, 1988). Constata-se, deste modo, uma alteração na estrutura da pirâmide etária com o aumento da população idosa (envelhecimento de topo) e a diminuição do número de jovens (envelhecimento na base), pelo declínio das

taxas de natalidade e mortalidade (Branco & Gonçalves, 2001; Carrilho & Patrício, 2008; INE, 2002, 2008b; Nazareth, 1988; Rosa, 1996).

Desde 1950 que o número da população idosa mundial triplicou, e prevê-se que irá voltar a triplicar até 2050. Em 1950, existiam no mundo 205 milhões de pessoas com 60 ou mais anos. Em 2009, este número ascendeu aos 737 milhões e estima-se que, em 2050, a população idosa chegue aos dois biliões no mundo (United Nations, 2009).

Considerando os países da União Europeia (UE), constata-se que as pessoas com 65 ou mais anos representam 17.4%, com os casos da Alemanha, Itália e Grécia a registarem 20.7%, 20.2% e 18.9%, respetivamente (Tabela 1) (Eurostat, 2011). Em 2060, prevê-se que percentagem de pessoas nesta faixa etária ascenda aos 30% (Eurostat, 2011; Goll, 2010).

Tabela 1. *Percentagem da População da União Europeia com mais de 65 anos, por País, em 1990 e 2010*

Países	1990	2010
Europa dos 27	13.7	17.4
Alemanha	14.9	20.7
Áustria	14.9	17.6
Bélgica	14.8	17.2
Bulgária	13.0	17.5
Chipre	10.8	13.1
Dinamarca	15.6	16.3
Eslováquia	10.3	12.3
Eslovénia	10.6	16.5
Espanha	13.4	16.8
Estónia	11.6	17.1
Finlândia	13.3	17.0
França	13.9	16.8
Grécia	13.7	18.9
Hungria	13.2	16.6
Irlanda	11.4	11.3
Itália	14.7	20.2

(continua)

Tabela 1. *Percentagem da População da União Europeia com mais de 65 anos, por País, em 1990 e 2010 (continuação)*

Países	1990	2010
Letónia	11.8	17.4
Lituânia	10.8	16.1
Luxemburgo	13.4	14.0
Malta	10.4	14.8
Países Baixos	12.8	15.3
Polónia	10.0	13.5
Portugal	13.2	17.9
Reino Unido	15.7	16.3
República Checa	12.5	15.2
Roménia	10.3	14.9
Suécia	17.8	18.1

A idade média da população residente na UE é de 40.9 anos, sendo que na Alemanha, Itália e Finlândia, a média atinge os 44, 43 e 42 anos, respetivamente. Prevê-se que, em 2060, a média de idades na UE aumente para os 47.9 anos (Eurostat, 2011).

Em 2012, verificou-se que os países mais envelhecidos foram a Alemanha, seguida da Bulgária e da Grécia, com 157, 140 e 135 idosos, respetivamente, por cada 100 jovens (PORDATA, 2013) (Tabela 2). E os países menos envelhecidos foram a Irlanda, a Islândia e o Chipre, com 55, 61 e 79 idosos, respetivamente, por cada 100 jovens.

Tabela 2. *Índices de Envelhecimento na Europa em 1960 e 2012*

Países	1960	2012
Alemanha	50.8	157.1
Áustria	55.5	123.7
Bélgica	50.9	102.7
Bulgária	28.8	140.9
Chipre	-	79.2
Dinamarca	42.0	100.2

(continua)

Tabela 2. *Índices de Envelhecimento na Europa em 1960 e 2012* (continuação)

Países	1960	2012
Eslováquia	21.9	84.2
Eslovénia	-	117.7
Espanha	-	115.7
Estónia	46.1	113.5
Finlândia	24.0	112.2
França	44.1	93.2
Grécia	32.1	135.8
Hungria	35.7	117.6
Irlanda	36.0	55.5
Itália	37.6	-
Islândia	23.1	61.8
Letónia	-	129.9
Lituânia	-	123.3
Luxemburgo	50.5	81.8
Malta	X	114.6
Países Baixos	30.0	96.0
Polónia	-	93.1
Portugal	27.0	129.4
Reino Unido	50.0	96.5
República Checa	37.2	111.8
Roménia	X	107.7
Suécia	52.4	113.0
Croácia	X	120.0
Noruega	42.6	84.2
Suíça	42.6	115.4

Em Portugal, em 2011, a população com mais de 65 anos constituía 19.1% do total da população portuguesa (INE, 2011), verificando-se um aumento gradual em todos grupos etários acima dos 65 anos, desde 1970 até 2012 (Tabela 3) (INE, 2013b). Na faixa etária dos 65 aos 74 anos residem em Portugal 1 038 649 pessoas, no grupo dos 75 aos 84 anos de idade existem 749 668 pessoas e 244 289 com 85 anos ou mais,

verificando-se na população com idade mais avançada uma predominância do género feminino relativamente ao masculino (INE, 2011, 2013b).

Tabela 3. *População Residente em Portugal com mais de 65 anos, por Grupo Etário*

Anos	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
1970	328 257	235 170	147 525	83 002	43 981
2000	534 659	449 628	345 076	199 328	159 439
2012	559 012	479 637	434 981	314 687	244 289

No nosso País, o índice de envelhecimento¹ subiu extraordinariamente nos últimos anos, registando-se por cada 100 jovens, 27 idosos, em 1960, 34 em 1970, 101 em 2001 e 129 idosos em 2012 (Tabela 4). As regiões do Alentejo e Centro registaram os valores mais elevados em 2011, apresentando, por cada 100 jovens, 179 e 164 idosos respetivamente. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentaram os valores mais baixos com 74 e 91 idosos por cada 100 jovens, respetivamente (INE, 2011, 2013a, 2013b).

Tabela 4. *Índices de Envelhecimento em Portugal Desde 1960 até 2012*

Anos	Índice de Envelhecimento
1960	27.3
1970	34.0
2001	101.6
2012	129.4

O aumento da população idosa nos países desenvolvidos e em desenvolvimento foi um dos fatores que fez com que alguns sectores da sociedade se interessassem pelo estudo do envelhecimento. Outro fator, e que despertou o interesse da Psicologia na segunda metade do século XX, foi o facto de, por um lado, se querer saber que repercussões a infância e a adolescência tinham em fases posteriores do desenvolvimento, e, por outro, que acontecimentos ocorrem ao longo da vida capazes de levar a um processo de desenvolvimento bem-sucedido. Existe uma dinâmica, ao longo da vida (desde o nascimento até à morte), de ganhos e perdas que mostram que o desenvolvimento é multidirecional e multidimensional (Baltes, 1987; Erikson, 1980).

¹Quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população jovem (dos 0 aos 14 anos).

Existem duas abordagens na construção das teorias do desenvolvimento: uma concepção unitária, centrada na pessoa e outra concepção focal, centrada na função. Num primeiro momento, surgiram as concepções unitárias do desenvolvimento e, posteriormente, com base nestas, surgiram as concepções focais do desenvolvimento.

As abordagens holísticas, unitárias, referem-se ao desenvolvimento da *identidade do ego* ao longo do ciclo-de-vida (Erikson, 1980, 1982), do *curso de vida* (Levinson, 1977, 1986) e da formação da identidade (McAdams, 1993, 1996, 2001). Estas abordagens permitem o acesso às principais componentes do desenvolvimento, possibilitando identificar as componentes comuns a todas as pessoas e aquelas que lhes são exclusivas, caracterizando o desenvolvimento e focalizando-se na pessoa como um sistema através da descrição e relação entre os diferentes estádios ao longo do ciclo-de-vida.

As concepções focais do desenvolvimento estudam uma categoria do comportamento ou um mecanismo (como a identidade ou os traços de personalidade), descrevendo as alterações ao longo da vida nos mecanismos e processos relacionados com a categoria ou comportamento selecionado. Como resultado destas concepções focais surgiram, por exemplo, a *metateoria do ciclo vital* de Baltes (1997) e a *teoria do controlo* de Heckhausen e Schulz (1995), a teoria da crise de Caplan (1961, 1964) e a teoria do processo de luto de Kübler-Ross (1979, 1989, 1992).

1.1. Concepções Unitárias do Desenvolvimento

1.1.1. A teoria do ciclo de vida de Erikson. Ao contrário de Adler (1957), que focou a sua teoria do desenvolvimento na construção do estilo de vida durante o período da infância, Erikson (1980, 1982) elaborou a sua teoria do desenvolvimento incidindo no estudo da evolução da identidade do ego ao longo do ciclo-de-vida, representada numa sucessão de etapas divididas em estádios, comuns a todas as pessoas.

Para compreender o desenvolvimento da identidade do ego, Erikson (1980, 1982) considera que é necessário ter em conta o princípio epigenético, resultante do desenvolvimento dos organismos no útero. Este princípio pressupõe que tudo aquilo que cresce tem um plano de fundo, a partir do qual as partes se formam, a um ritmo de tempo específico até formarem um todo funcional. Do mesmo modo, o desenvolvimento da identidade do ego deve ser entendido como um processo evolutivo, de acordo com este princípio epigenético, implicando uma capacidade pré-determinada do organismo se relacionar com o ambiente, começando com a imagem materna para depois se expandir para o mundo.

Erikson foi um dos pioneiros na criação de um modelo teórico que abrange todas as fases do desenvolvimento humano. Formulou uma teoria de estádios capaz de explicar o desenvolvimento psicossocial da personalidade. Apesar da influência recebida da teoria de Freud, afasta-se deste pelo reconhecimento da importância do ambiente/sociedade no ciclo de vida. Assim, de acordo com Erikson, o desenvolvimento é o produto da “interação entre instintos inatos e exigências sociais” (Marchand, 2001, p.28), sendo que, à medida que a pessoa se desenvolve vão surgindo novas exigências da sociedade que provocam uma crise que terá que ser resolvida pelo próprio.

Para construir uma identidade total, a pessoa deve ser capaz de solucionar, com sucesso, as oito crises que aparecem ao longo da vida (Tabela 5). Estas crises têm dois polos, existindo duas possibilidades para as resolver: uma ótima (que poderá levar a aquisição de uma virtude) e uma negativa ou menos adequada. Acresce, ainda, que sempre que uma crise não seja resolvida, existe a possibilidade de a retomar noutra momento da vida e alcançar, deste modo, uma virtude resultante da mesma (Erikson, 1980; Marchand, 2001; Veríssimo, 2002). A crise não se refere a uma “ameaça de catástrofe, mas antes a um ponto de viragem, a um período crucial de elevado potencial, mas também de vulnerabilidade aumentada” (Veríssimo, 2002, p. 12).

Tabela 5. *Os Estádios de Desenvolvimento do Ego de Erikson*

Estádio	Idade aproximada	Crise psicossocial	Virtude a adquirir
Oral-sensitivo	0-1 anos	Confiança básica vs. desconfiança básica	Esperança
Anal-muscular	2-3 anos	Autonomia vs. vergonha e dúvida	Força de vontade
Genital-locomotor	3-6 anos	Iniciativa vs. culpa	Propósito
Latência	6-12/13-anos	Indústria vs. inferioridade	Competência
Adolescência	12/13-18 anos	Identidade vs. confusão de papéis	Fidelidade

(continua)

Tabela 5. *Os Estádios de Desenvolvimento do Ego de Erikson* (continuação)

Estádio	Idade aproximada	Crise psicossocial	Virtude a adquirir
Jovem Adultez	18-35 anos	Intimidade vs. isolamento	Amor
Adultez	35-60/65 anos	Generatividade vs. estagnação	Cuidado
Velhice	60/65 anos-morte	Integridade vs. desespero	Sabedoria

No 1º estágio (experiências do primeiro ano de vida), a Esperança emerge da Confiança básica em oposição à Desconfiança básica; no 2º estágio (experiências do segundo e terceiro ano de vida) a Vontade emerge da Autonomia em oposição à Vergonha e à Dúvida; no 3º estágio (experiências do terceiro ao sexto ano de vida), o Propósito emerge da capacidade de Iniciativa em oposição à Culpa; no 4º estágio (experiências decorridas entre o sexto e o décimo terceiro ano de vida) a Competência emerge do reconhecimento das potencialidades (Indústria) em oposição ao sentimento de inferioridade. É do desenvolvimento e integração destes primeiros estágios que se dá uma progressiva aquisição da identidade através da noção de ser diferente do outro e do lugar que se ocupa no mundo.

No 5º estágio, que diz respeito à adolescência (entre os 13 e os 18 anos), a Fidelidade emerge da Identidade em oposição à Confusão de papéis (ou confusão de identidade), sendo este um estágio de transição para a vida adulta. Assiste-se, tal como já foi experienciado na infância, a um conjunto de transformações e de oportunidades que direcionam o jovem para a seleção e para o compromisso.

Os últimos três estágios referem-se à vida adulta. No 6º estágio, que corresponde à jovem adultez (dos 18 aos 35 anos), o Amor emerge da Intimidade em oposição ao Isolamento (intimidade entendida como a capacidade de partilha com o outro e distanciamento entendido no sentido da aquisição da capacidade de estar só, resultantes da oposição à incapacidade de um compromisso íntimo satisfatório que acarreta como consequência, o isolamento); no 7º estágio, que corresponde à fase adulta (dos 35 aos 65 anos), o Cuidado emerge da capacidade de Generatividade em oposição à Estagnação (generatividade entendida como o sentimento de ter produzido algo que perdurará para além da sua vida e estagnação entendida como o desprendimento pelo outro). Por fim, no 8º estágio, dos 65 anos em diante, a Sabedoria emerge da Integridade (alcançada através da introspeção e aceitação do ego) em oposição ao Desespero (Erikson, 1980).

No presente trabalho importa realçar as crises das duas últimas fases do desenvolvimento: generatividade vs. estagnação e integridade vs. desespero. Na meia-idade devem encontrar-se formas de satisfazer a generatividade, isto é, a preocupação com as gerações vindouras. O melhor exemplo disso é a parentalidade. Porém a generatividade é mais do que isso, acarreta produtividade (i.e., produtos, ideias) e criatividade (i.e., obras de arte). Assim, a generatividade inclui ter filhos, casa e trabalhar de forma produtiva e criativa. A virtude a conquistar é o cuidado, o cuidado com as gerações futuras e com o mundo. Realça-se aqui a interdependência de gerações e a capacidade de ser altruísta. Quando a generatividade falha, surge a estagnação, que caracteriza a pessoa egocêntrica que estagnou numa vida que resulta apenas da sua gratificação pessoal.

Na velhice os desafios passam pela resolução de conflitos passados e pelo investimento no presente. Deste modo, a integridade do ego resulta da aceitação do ciclo de vida individual, isto é, dos sete estádios precedentes. Com o aproximar do final da vida, a pessoa faz um balanço da vida que viveu, dos seus erros e das consequências das suas ações. Se daqui resultar um saldo positivo, adquire-se um sentimento de realização pessoal que poderá culminar na Sabedoria. Se, por outro lado, o saldo for negativo surge o sentimento de desespero e a dificuldade de aceitação da inevitabilidade da morte (Erikson, 1980; Marchand, 2001, 2005; Veríssimo, 2002).

Erikson elaborou uma teoria de estádios universais, hierárquicos e qualitativamente diferentes para corresponder às exigências das tarefas de vida. Foi pioneiro no estudo dos adultos idosos e destaca-se, ainda, pela importância dada aos fatores culturais, sociais e históricos no desenvolvimento do ego. Contudo, foi criticado pela preocupação em estabelecer padrões universais (comuns a todas as pessoas), descurando as diferenças individuais, e por ter traçado um planeamento do desenvolvimento. A sua teoria é marcada por enviesamento cultural, no sentido em que só foram estudados homens brancos. De acordo com Gilligan (1994), Erikson edificou a sua teoria num pensamento predominantemente masculino que, posteriormente, generalizou para a população feminina.

1.1.2. A teoria do curso de vida de Levinson. De acordo com Levinson (1986), as grandes contribuições de Erikson foram, por um lado, a sua teoria dos estádios de desenvolvimento da identidade do ego e, por outro, o facto de esta assentar nas noções de ciclo-de-vida e de curso de vida: considerou no seu corpo teórico a diferença entre a noção de eu (psiquismo, personalidade e mundo interno) e a noção de mundo externo

(sociedade, cultura, instituições e história), tendo sido pioneiro da noção de curso de vida (isto é, o compromisso do eu com o mundo).

Tal como Erikson, Levinson (1977, 1984, 1986) identificou períodos do desenvolvimento ao longo da vida, mas em maior número e explorando de forma mais detalhada a construção da identidade (Coleman & O'Hanlon, 2000). A teoria de Levinson debruça-se sobre o processo de desenvolvimento ao longo do ciclo-de-vida e do curso de vida, considerando a estrutura de vida da pessoa (resultantes das sucessivas interações da pessoa com o mundo externo), mas também, e detalhadamente, a conceção do desenvolvimento da adultez, considerando a jovem adultez e a meia-idade.

Levinson (1986) centrou-se nos miniciclos de mudança que ocorrem no maxiciclo do desenvolvimento do adulto (teoria da mudança), defendendo que o desenvolvimento do adulto se desenrola em fases comuns a todas as pessoas (ciclo de vida), mesmo tendo em conta a subjetividade de cada uma (curso de vida). A noção de curso de vida refere-se à evolução de uma vida do seu princípio ao fim, indicando uma sequência ou corrente temporal e a necessidade de estudar uma vida à medida que ela é vivida. A pesquisa do curso de vida deve contemplar todos os aspetos da vida das pessoas, como os seus desejos, fantasias, relações afetivas, família e trabalho, acompanhando a sua evolução ao longo do tempo.

O ciclo-de-vida refere-se a uma orientação comum a todos os cursos de vida, ainda que retenha a sua idiossincrasia. Levinson (1977, 1986) conceptualiza o ciclo de vida constituído por uma sequência de eras, cada uma delas com as suas características biopsicossociais e cada uma contribuindo para o todo de uma vida. Entre cada era existem mudanças significativas. Cada era tem o seu início quando a anterior chega perto do fim, sendo que nesse período intermédio é possível observar transições entre eras, que têm um período de duração de cerca de cinco anos. Estas eras e períodos de transição entre eras formam a estrutura do ciclo-de-vida que Levinson (1986) designou de macroestrutura.

O autor distingue quatro eras ao longo do ciclo-de-vida. A primeira, denominada era da Pré-Adultez, ocorre desde o nascimento até aos 22 anos de idade, contendo a infância e a adolescência. A segunda era, designada de Jovem Adultez, ocorre entre os 17 e os 45 anos, sendo a primeira época da fase adulta. A terceira era, a da Meia-Idade, ocorre entre os 40 e os 65 anos, e corresponde à 2ª era da fase adulta. Por último, a era da Velhice, correspondendo à 3ª era da fase adulta, acontece a partir dos 60 anos até à morte (Durkin, 1995; Levinson, 1986).

Descrevendo essas eras, a primeira, a da Pré-Adulter, estende-se até cerca dos 22 anos. Durante estes anos a pessoa parte de uma posição de indiferenciação e total dependência (enquanto bebê), atravessando a adolescência até ao surgimento de uma vida adulta em que se torna cada vez mais independente e com mais responsabilidades. Esta é a era em que o crescimento biopsicossocial é mais visível, estabelecendo-se o primeiro passo no processo de individuação (distinção básica entre o eu e o outro).

A segunda era, a da Jovem Adulter, estendendo-se até cerca dos 45 anos. Entre os 17 e os 22 anos observa-se a transição da jovem adulter, antecedendo a primeira estrutura de vida adulta. A primeira tarefa deste período de transição passa pela retirada do mundo pré-adulto, onde a pessoa questiona a sua natureza e o seu lugar no mundo, modifica as relações com as figuras significativas, grupos e instituições, e reavalia e transforma o seu *self* como um produto desse mundo. A segunda tarefa desta era corresponde à entrada da pessoa no mundo adulto, onde explora as suas possibilidades, imaginando-se como um membro ativo desse mundo, realizando escolhas e consolidando a identidade como um iniciado na vida adulta. Deste modo, a primeira estrutura de vida da fase adulta (que se estende dos 22 aos 28 anos) resulta do período de transição da jovem adulter, sendo que a principal tarefa consiste em criar e testar a estrutura que une o *self* e a sociedade adulta. Considerada enquanto pico do ciclo de vida, nesta fase a pessoa esforça-se por estabelecer um lugar no mundo profissional, uma relação especial com alguém e procura um mentor (alguém mais velho e experiente que lhe dá conselhos).

A transição dos 30 anos ocorre, geralmente, entre os 28 e os 33 anos, caracterizando-se como uma fase em que a pessoa pode trabalhar as falhas e limitações da primeira estrutura de vida da jovem adulter. Levinson afirma que é um período de reforma e não de revolução. A pessoa tem oportunidade de rever a estrutura de vida em que se encontra, designadamente, analisar se os seus sonhos foram ou ainda são possíveis de serem concretizados. Esta transição é acompanhada de alguma tensão visto que a pessoa, no limite, reformula as suas escolhas ou adota outras que considera mais adequadas, entrando numa nova estrutura de vida. No período dos 33 aos 40 anos, a pessoa procura investir nas várias fases da sua vida e, simultaneamente, concretizar e realizar objetivos pendentes. Nesta fase dá-se a estabilização, a pessoa procura “assentar”, encontrando o seu lugar na sociedade, estabelecendo compromissos para avançar numa carreira e aceitando os limites da sua vida.

O período de transição da segunda para a terceira era corresponde à transição para a Meia-Idade e ocorre entre os 40 e os 45 anos. É um período em que a pessoa se

questiona acerca da direção do seu curso de vida, das suas capacidades, da relação estabelecida com os pares, família, cônjuge, filhos, do seu papel na comunidade, da importância dos seus objetivos e dos seus sonhos. É na resolução da crise da meia-idade que a pessoa vai poder realizar a transição da meia-idade para a nova era. À medida que a pessoa realiza esta transição, vão ocorrendo mudanças significativas ao nível da personalidade (a pessoa torna-se mais compreensiva, reflexiva e justa). Verifica-se, também, um incremento da generatividade, numa fase em que a pessoa se preocupa mais com o outro e com a descendência. De facto, dos 40 aos 45 anos, que corresponde à transição para a meia-idade, a pessoa revê a sua história de vida, havendo uma maior consciência da sua mortalidade e compreensão de que alguns dos sonhos da juventude não poderão ser concretizados.

A terceira era, corresponde ao período da Meia-Idade e ocorre entre os 40 e os 65 anos. Durante este período verifica-se um decréscimo das capacidades biológicas em comparação com o período anterior, mantendo, no entanto, as potencialidades para que a pessoa consiga viver de forma apta e satisfatória ao nível pessoal e social. Por esta altura, a pessoa estará entre os membros mais velhos da sua comunidade. Esta posição acentua o seu nível de generatividade, já incrementado anteriormente durante a transição da meia-idade, fazendo com que a pessoa se sinta não só responsável pelas tarefas do seu curso de vida, mas também auxilie e se preocupe com as tarefas e trabalho das gerações seguintes. A entrada na meia-idade dá-se entre os 45 e 50 anos e caracteriza-se por um decréscimo da vitalidade, ainda que a pessoa continue a ter uma vida ativa. Esta fase pode possibilitar elevados níveis de satisfação pessoal. Dá-se uma nova transição entre os 50 e os 55 anos, em que as pessoas analisam a estrutura de vida anterior. A fase entre os 55 e os 60 anos é caracterizada por ser suscetível de proporcionar satisfação quando a pessoa consegue adaptar as estruturas de vida às mudanças de papéis e do eu.

A última era da macroestrutura de Levinson corresponde ao período da Velhice, tendo o seu início aproximadamente aos 60 anos. A transição da velhice ocorre entre os 60 e os 65 anos, unindo a meia-idade e a velhice. Surge, então, uma nova transição, a transição para a terceira idade, que é considerada por Levinson como a maior transição do ciclo de vida. Aos 65 anos entra-se na última época da vida adulta em que as pessoas devem adaptar-se ao declínio físico e aos problemas psicológicos decorrentes do avançar da idade. Durkin (1995), baseando-se em Levinson, refere que, apesar de a velhice ser primordialmente um fenómeno biológico, o impacto sobre a pessoa é mediado por uma série de fatores sociais e culturais, sendo que estes incluem as normas

culturais, as expectativas acerca das consequências biológicas do envelhecimento e a influência das instituições como o estado e a família. O idoso pode experimentar alguns dos mais negativos estereótipos sociais, sendo que algumas influências socioculturais favorecem estas condições afetando as condições do curso de vida do idoso e a sua relação e envolvimento com a comunidade. No entanto, estes estereótipos podem, por vezes, não se aplicar a determinados casos e as suas consequências podem ser minimizadas através do comportamento das pessoas cujas capacidades e objetivos contrariem este senso comum. Na verdade, existem variações significativas entre os idosos e as suas circunstâncias, pelo que um dos fatores que melhor contribui para o seu bem-estar e para um envelhecimento bem-sucedido prende-se com as relações estabelecidas com os outros, significando que um envolvimento social ativo promove uma adaptação positiva e bem-estar, mesmo durante alguns dos acontecimentos mais dolorosos da velhice, tal como a perda de pessoas significativas.

1.1.3. A teoria da formação da identidade de McAdams. McAdams sustentou-se na teoria do desenvolvimento do ciclo de vida de Erikson, no entanto, em vez de considerar a identidade como uma evolução através de estádios de desenvolvimento, considera-a como uma construção da história de vida da pessoa, da sua autonarrativa.

O autor preconiza cinco princípios de análise da personalidade das pessoas, que evoluem da generalidade humana para a singularidade de cada um (McAdams & Pals, 2006). Com o primeiro princípio defende-se que a vida humana é uma variação de um *design* evolutivo geral, aperfeiçoado ao longo de milhares de anos pela pressão seletiva dos fatores ambientais. Assim, o estudo científico das pessoas deve ter como base a teoria da evolução, procurando perceber as características específicas da espécie, considerando o como e o porquê da sua evolução, no sentido de se encontrar o que é comum a todas as pessoas. Com o segundo princípio determina-se que existem cinco traços disposicionais (extroversão, afabilidade, determinação, neuroticismo e abertura à experiência), consistentemente identificados em várias sociedades e diferentes línguas. Ainda que existam variações num pequeno conjunto de traços disposicionais implicados na vida social, estes constituem o aspeto mais estável e reconhecível da individualidade psicológica. Deste modo, os traços constituem o primeiro nível da personalidade, sendo as dimensões mais gerais que permitem estabelecer diferenças entre as pessoas. São consistentes através do tempo e de diferentes situações, independentemente do contexto. Com o terceiro princípio assume-se que além dos traços disposicionais, as vidas humanas variam de acordo com as adaptações características da pessoa (como sejam as

tarefas de vida, os mecanismos de defesa e de *coping*, os *skills* específicos e os valores), contextualizadas num tempo e lugar, e relacionadas com preocupações motivacionais, sociocognitivas e desenvolvimentais. Com o quarto princípio assinala-se a singularidade humana como procura reflexiva do sentido e identidade feita pela pessoa nos contextos em que vive. Para além dos traços disposicionais e das adaptações características, as vidas humanas variam no respeitante às narrativas pessoais que as pessoas constroem para obter identidade e sentido no mundo moderno, integrando o passado, o presente e o futuro. Com o quinto princípio refere-se a importância da cultura na construção da identidade da pessoa. A cultura providencia um cardápio de temas, imagens e tramas que permitem a construção psicossocial da identidade narrativa.

McAdams (1996) acrescenta que a evolução da sociedade ocidental acarretou uma série de mudanças que se refletiram na identidade das pessoas, postulando seis características do *self* na modernidade: (1) o *self* é criado e trabalhado pelo próprio; (2) a pessoa cria e recria o *self* com base na vida social quotidiana; (3) o *self* moderno tem profundidade; (4) o *self* desenvolve-se ao longo do ciclo de vida; (5) a pessoa enquadra o *self* numa coerência temporal; (6) os *selves* modernos conectam-se com profundidade através da “relação pura” (com amor).

McAdams (1993, 1996) à semelhança de outros teóricos do desenvolvimento conceptualiza sete estádios que ocorrem ao longo do ciclo de vida. De acordo com o autor, uma história de vida tem sete características fundamentais.

Tom narrativo (infância precoce). O tom emocional geral da história de vida gera-se na era pré-narrativa e nas experiências e relações precoces da pessoa, que pode oscilar entre o otimismo sem esperanças e o pessimismo sem fronteiras. As formas míticas da comédia e do romance refletem um tom narrativo otimista, enquanto que o drama e a tragédia espelham um tom pessimista. As comédias são histórias que começam e acabam bem. Os romances são histórias que começam mal mas acabam bem. Os dramas são histórias que começam e acabam mal. E as tragédias são histórias que começam bem mas acabam mal. O tom é transmitido pela forma como a história é contada e pelos conteúdos evocados.

Imagética (anos pré-primária). As crianças com esta idade vivem no mundo do faz-de-conta, revestindo a sua vida de imagens fortes, provenientes das várias áreas da sua vida, que poderão ou não perdurar pela vida fora. A cultura, que pode ser gerada na família, histórias infantis, religião, televisão, cinema, proporciona e forma estas imagens. Fotografias verbais, sons, cheiros, sabores, símbolos e metáforas que brotam

dos anos pré-narrativos e emprestam à história textura e paladar próprios. A imagética corresponde às metáforas preferidas e aos símbolos das pessoas.

Linhas temáticas (infância). As linhas temáticas estão relacionadas com as motivações humanas: o que as personagens querem, o que lutam por atingir e evitar. As crianças nesta fase (dos 6 aos 12 anos) apercebem-se das motivações e intenções das diferentes personagens das histórias, o que ajuda a estabelecer e a consolidar os seus próprios padrões motivacionais. As linhas temáticas aglutinam-se em torno de duas temáticas base: a comunhão (associada ao amor e união com o meio) e a iniciativa (associada ao poder e à individualidade). A comunhão traduz o esforço para conseguir amor e amizade e surgem como subtemas a amizade, o amor, o diálogo, o cuidado, a ajuda e a união. A iniciativa representa os esforços para expandir, afirmar, proteger e aperfeiçoar o *self*, dominando o ambiente e surgem como subtemas o autocontrolo, o estatuto, a responsabilidade e as vitórias.

Setting ideológico (adolescência). Refere-se às crenças religiosas, às convicções políticas e éticas e ao quadro de valores da pessoa, que se começa a construir na adolescência, fase em que as questões da identidade são fundamentais. É a partir do *setting* ideológico que a pessoa avalia a qualidade da sua própria vida e da dos outros.

Imagos (aduldez). Volta a surgir o interesse da pessoa por histórias e narrativas. Assim, esta fase caracteriza-se pela criação de *imagos* que são personificações idealizadas do *self* que tendem a refletir os modelos da cultura contemporânea da pessoa e que esta vai desenvolvendo e explorando ao longo da vida. *Imago* é a personificação idealizada do *self* que funciona como personagem principal na narrativa (e.g. “o sábio”, “o atleta”, “a esposa obediente”). McAdams criou uma classificação dos *imagos* estabelecendo uma ponte com as linhas temáticas.

Tabela 6. *Classificação dos Imagos de Acordo com McAdams*

Comunhão	Iniciativa	Exemplos de imagos
Elevada	Elevada	O curador, o professor, o conselheiro
Elevada	Baixa	O amante, o cuidador, o amigo, o ritualista

(continua)

Tabela 6. *Classificação dos Imagos de Acordo com McAdams (continuação)*

Comunhão	Iniciativa	Exemplos de imagos
Baixa	Elevada	O guerreiro, o viajante, o sábio, o fazedor
Baixa	Baixa	O sonhador, o sobrevivente

Desenrolar generativo (meia-idade). O desenrolar generativo surge pela meia-idade e associa-se à necessidade de desenvolver um legado que assegure uma imortalidade simbólica. Apesar de a morte não estar próxima a sua ideia torna-se mais presente, bem como a necessidade de um legado. Nesta fase verifica-se a consolidação da identidade e dos imagos. Como forma de generatividade, a pessoa pretende tornar-se mestre e mentor, ao querer deixar a sua marca no mundo. Corresponde, portanto, a um período de maior preocupação com o outro.

Avaliação narrativa (adulter tardia). Até ao fim da vida prossegue um trabalho de revisão e reconstrução da nossa história tendo em vista a sua pacificação e adequação às preocupações presentes.

1.2. Conceções Focais do Desenvolvimento

1.2.1. A metateoria do ciclo de vida de Baltes. Enquanto que a perspetiva de Erikson é unitária, holística, centrada na pessoa, a perspetiva do grupo de Berlim (e.g. Baltes, Saudinger, & Lindenberger, 1999) é focal, isto é, centrada na função. Enquanto que Erikson procurou estabelecer um padrão de desenvolvimento individual ao longo de estádios, Baltes et al. (1999) focaram-se no estudo da constância e mudança dos comportamentos (como a identidade, a perceção, a inteligência, os traços de personalidade, a vinculação) ao longo da ontogénese. Nesta aproximação procura-se perceber as diferenças e as semelhanças interindividuais, bem como a plasticidade da pessoa singular.

De acordo com a perspetiva teórica de Baltes (1997), existem três tipos de influências que marcam o desenvolvimento individual ao longo da vida: as influências normativas graduadas pela idade (acontecimentos ou mudanças que ocorrem ao longo das diferentes idades para a maioria das pessoas de uma mesma sociedade, como por exemplo, a infância, a adolescência, o casamento); as influências normativas graduadas pela história económica e social (acontecimentos macroestruturais que têm impacto nas diferentes faixas etárias, como por exemplo, uma crise económica, uma guerra); e, por último, as influências não normativas ligadas a acontecimentos significativos da vida

(acontecimentos imprevisíveis que não atingem todos as pessoas de uma faixa etária ao mesmo tempo, como por exemplo, o divórcio e a perda de emprego).

Em 1987, Baltes determina os princípios teóricos subjacentes ao processo de desenvolvimento humano, considerando que: (1) o desenvolvimento processa-se ao longo de toda a vida (todas as fases do desenvolvimento são importantes, sendo um processo contínuo); (2) o desenvolvimento é multidirecional e multidimensional (assume múltiplos níveis e dimensões consoante a pessoa e a sua circunstância); (3) o desenvolvimento acarreta perdas e ganhos (dá-se a tentativa de equilíbrio entre ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida, ainda que de diferentes formas em cada fase do desenvolvimento); (4) existe plasticidade no desenvolvimento (que depende das condições de vida e da pessoa); (5) o desenvolvimento depende do contexto histórico e cultural (os fatores ambientais influenciam o desenvolvimento da pessoa); (6) o desenvolvimento é multidisciplinar (para uma melhor compreensão do processo de desenvolvimento devem considerar-se diferentes disciplinas, como a sociologia, a antropologia, a biologia).

Mais tarde, Baltes (1997) propõe três princípios gerais que determinam as trajetórias entre a biologia e a cultura no desenvolvimento ao longo da vida: a plasticidade biológica decresce com a idade (a natureza privilegia a fase reprodutiva da vida, dado que permite a evolução); a necessidade de recursos culturais aumenta com a idade (para a manutenção do funcionamento em idades avançadas são necessários cada vez mais recursos para compensar as falhas/declínios que vão surgindo); a eficácia da cultura diminui com a idade (o declínio da plasticidade na velhice faz com que existam perdas ao nível da eficiência nos recursos culturais).

Partindo destes princípios, Baltes construiu um modelo teórico acerca do envelhecimento bem-sucedido, que explicita a dinâmica entre ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida, designado por modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC). Esta metateoria tem como objetivos fornecer uma descrição do desenvolvimento e estabelecer como as pessoas podem maximizar os ganhos e minimizar as perdas em função da sua plasticidade comportamental (Baltes & Smith, 2003; Neri, 2006). Na velhice, sobretudo na passagem da terceira para a quarta idade, verifica-se o predomínio das perdas sobre os ganhos, como tal o processo de adaptação resulta de três mecanismos: a seleção eletiva e a baseada em perdas (estipular metas a serem alcançadas, considerando a diminuição da plasticidade), a otimização (adquirir meios para conseguir alcançar os objetivos) e a compensação (procurar novas maneiras de fazer face à perda de forma a alcançar os objetivos pretendidos). Um exemplo do

processo SOC é o de um pianista com 80 anos que quando é questionado acerca de como consegue continuar a ser um grande pianista enuncia três razões: diminuiu o seu repertório (seleção), por isso conseguia praticar mais cada música que tocava (otimização) e diminuiu o ritmo da música nas partes mais difíceis de forma a ocultar a perda na capacidade de executar movimentos rápidos com os dedos (compensação) (Baltes & Smith, 2003). Deste modo, ao longo do período de senescência, torna-se necessário este processo adaptativo, capaz de otimizar e compensar as falhas que advêm da idade avançada.

1.2.2. A teoria do controlo de Heckhausen e Schulz. Enquadrando-se no âmbito dos trabalhos realizados por Baltes et al. (1999), Heckhausen e Schulz (1995), propõem uma teoria acerca do curso de vida baseada em mecanismos de controlo e que fornecem as bases para um modelo de regulação do desenvolvimento do ciclo vital. O controlo é o mecanismo central para descrever o desenvolvimento humano da infância à velhice e surge como resultado da vontade das pessoas em agirem sobre o meio e sobre si próprias.

Esta teoria assenta nos conceitos de controlo primário (comportamentos orientados no sentido de modificar o ambiente em seu próprio proveito) e de controlo secundário (que atua no sentido da adaptação aos constrangimentos do ambiente). No controlo primário a pessoa intervém diretamente sobre o ambiente, e no controlo secundário intervém sobre si mesmo. Ambos envolvem cognição e ação, contudo o controlo primário refere-se, sobretudo, ao comportamento dirigido para o ambiente de forma a modificá-lo à medida das necessidades e desejos da pessoa, enquanto que o controlo secundário refere-se, principalmente, aos processos cognitivos (internos), às tentativas de se encaixar no mundo e sentir que faz parte dele. Deste modo, enquanto que o controlo primário torna a pessoa capaz de modificar o ambiente no sentido de favorecer as suas necessidades e expectativas (objetivando o mundo externo), a principal função do controlo secundário é minimizar as perdas e manter ou aumentar os níveis de controlo primário.

Na dinâmica deste processo existe uma primazia funcional do controlo primário sobre o secundário, visto aquele ser mais eficaz e recompensador do que este. O controlo primário é dirigido ao mundo, pelo que permite a pessoa explorar e acomodar o seu meio, de modo a que este preencha as suas necessidades e otimize o seu potencial. Tomando como exemplo a perda de mobilidade aquando da velhice, uma estratégia de controlo primário utilizada pelo idoso seria a aquisição de uma bengala que o auxiliasse nas deslocações, e uma de controlo secundário seria deixar de ir à rua por dificuldades

em andar. Assim, verificamos que o controlo primário implica o desenvolvimento de capacidades e o investimento em recursos, e o controlo secundário engloba as representações internas das pessoas para compensar as perdas e declínios.

1.2.3. A teoria da crise de Caplan. Caplan (1961, 1964) preconiza uma teoria baseada no conceito de crise. Uma pessoa quando é confrontada com um obstáculo na sua vida, como é o caso do conhecimento de que está infetado pelo VIH/SIDA, temporariamente não consegue ultrapassar a situação com recurso aos seus mecanismos habituais de resolução de problemas e pode ocorrer um período de desorganização psíquica. A crise é um ponto de viragem na vida da pessoa: se a situação não for eficazmente resolvida pode ocorrer um comportamento inadaptado ou mesmo uma descompensação; se o resultado for positivo a pessoa irá adquirir competências que podem ser aplicadas em crises futuras (Caplan, 1961).

Na primeira fase, identificada por Caplan (1964), o problema provoca tensão na pessoa que faz esforços no sentido de ativar os habituais mecanismos de *coping* que costuma acionar para resolver um problema. Na segunda fase, como a pessoa ainda não conseguiu solucionar o problema através dos seus mecanismos de resposta, começa a aumentar a tensão, o que provoca ansiedade, zanga, dificuldades em dormir e uma sensação de incapacidade da pessoa para resolver a situação. Na terceira fase, como o problema continua sem solução, a pessoa cria novos mecanismos de *coping*. Por fim, na quarta fase, quando o problema/crise não é resolvido/ultrapassado, entra-se num processo de fracasso contínuo, havendo uma deterioração progressiva (acumulação de pressão interior por necessidades não satisfeitas) e atinge-se um ponto de rutura, onde poderá ocorrer uma “descompensação” ou desorganização da personalidade.

1.2.4. A teoria do processo de luto de Kübler-Ross. Kübler-Ross (1979, 1989, 1992) foca-se na descrição das fases que as pessoas atravessam perante uma situação de doença e confronto com a morte. O conhecimento do diagnóstico da infeção pelo VIH/SIDA coloca o seropositivo perante a sua mortalidade, visto tratar-se de uma doença sem cura. Ainda que, o VIH seja, hoje, considerada uma doença crónica (Butt et al., 2001; Cahil & Krivo-Kaufman, 2009; Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Emlet et al., 2003; Gebo, 2006; Godkin & Stoff, 2008; Grabar et al., 2006; Knodel & VanLandingham, 2002; Mack & Ory, 2003; Manfredi, 2002; Peate, 2007; Shippy & Karpiak, 2005; Stoff, Khalsa, Monjan, & Portegies, 2004), os pensamentos sobre a ideia de morte invadem a consciência dos seropositivos (Brasileiro & Freitas, 2006; Castanha, Coutinho, Saldanha, & Oliveira, 2012).

Kübler-Ross desenvolveu as suas investigações com pacientes terminais, designadamente doentes com SIDA (Kübler-Ross, 1979, 1989, 1992). Considerou que a pessoa ao tomar conhecimento duma doença mortal, como é o caso da infeção pelo VIH/SIDA, passa por fases, no seu confronto com a ideia de morte. As fases das reações emocionais vivenciadas não são exclusivamente sequenciais, sendo que a pessoa pode entrar numa fase mais avançada sem ter passado pelas anteriores (Kübler-Ross, 1992).

A primeira fase é designada por negação e isolamento. Perante a comunicação da notícia de que se tem uma doença potencialmente mortal, há uma negação da pessoa em reconhecer o diagnóstico, o que poderá levar, no limite, à adoção de comportamentos sexuais de risco (CSR) (negação total). Pode, também, verificar-se uma negação parcial nas pessoas que relevam a gravidade da doença. A fase da negação pode permanecer até ao fim. A permanência nesta fase constitui uma forma de evitar sofrimento emocional. Posteriormente, mas ainda nesta fase de negação a pessoa pode colocar-se numa situação de isolamento pessoal ou apenas manter contacto e comunicação com pessoas que não saibam ou não falem sobre a doença.

Na segunda fase, designada por raiva, surge a revolta, o ressentimento, a cólera, o desespero face à constatação do diagnóstico. Há uma revolta contra tudo: família, trabalho, Deus, profissionais de saúde, podendo criar-se muitos conflitos com os outros. É uma fase complicada para quem o rodeia, pelas constantes críticas agressivas. Verificam-se mudanças de humor constantes. A pessoa questiona-se: “Porquê a mim?”

Na fase da negociação, terceira fase, a pessoa acredita que pode ser recompensada pelo seu estado clínico e procura negociar mais tempo de vida, fazendo promessas a entidades divinas. Esta fase caracteriza-se pela existência de sentimentos de culpa e, como tal, a pessoa faz promessas e pedidos a Deus para que adie o seu fim e não agrave o seu estado de saúde.

Entra-se na quarta fase, a depressão, quando já não é possível negar nem negociar a doença, surgindo sintomas típicos dum quadro depressivo, como a inércia, o isolamento, o desinteresse por tudo, a angústia, a tristeza e os sentimentos de perda (em termos financeiros, de identidade corporal e de pessoas significativas).

A quinta e última fase, a aceitação, o doente aceita a inevitabilidade da morte, encarando a realidade. Surge na fase terminal do doente e é uma fase adaptativa, acompanhada de tranquilidade pela aceitação passiva do fim. Há uma rendição face à condição da doença.

2. Sexualidade em Adultos Mais Velhos

Apesar do estereótipo do idoso assexuado, estudos demonstram que um elevado número de idosos possui ainda interesse, desejo e capacidade pela atividade sexual, e que, por isso, são sexualmente ativos até uma idade tardia da sua vida (Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Calvet, 2003; Cooperman, Arnsten, & Klein, 2007; Eldred & West, 2005; Gott, 2001; Levy-Dweck, 2005; Lindau, Leitsch, Lundberg, & Jerome, 2006; Pedersen, 1998; Santos & Marques, 2006; Steinke, 1994; Weeks, 2002). Por exemplo, no estudo de Bergström-Walan e Nielsen (1990), com uma amostra de 509 participantes com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos, apurou-se que um sexto dos inquiridos revelou ter interesse e atividade sexuais. No estudo de Gott (2001) constatou-se que 81.5% da sua amostra, constituída por 319 participantes com mais de 50 anos, eram sexualmente ativos. Num outro estudo realizado, em 1998, pelo *National Council on the Aging* com cerca de 1300 participantes com idade superior a 60 anos, constatou-se que 48% dos participantes afirmou ser sexualmente ativo, sendo que na faixa etária dos 60 anos 71% dos homens e 51% das mulheres eram sexualmente ativos, na faixa etária dos 70 anos 57% dos homens e 30% das mulheres eram sexualmente ativos e na faixa etária dos 80 anos 25% dos homens e 20% das mulheres eram sexualmente ativos (Calvet, 2003).

À medida que se dá o processo de envelhecimento ocorrem alterações ao nível fisiológico, das capacidades sensoriais e cognitivas, do sono, e, ainda, no campo da sexualidade. Contudo, estas modificações fisiológicas relacionadas com a idade não impossibilitam ou dificultam necessariamente a atividade sexual (Santos & Marques, 2006). Na verdade, “seja ou não expressa comportamentalmente, a sexualidade faz parte das fantasias e memórias que influenciam a qualidade de vida das pessoas na idade adulta avançada” (Lima, 2006, p.83). Sexualidade e velhice não são, por isso, termos antagónicos.

As mudanças ocorridas ao nível da sexualidade podem ser explicadas por fatores biológicos (alterações físicas, doenças crónicas e tratamentos), psicológicos (atitudes, conhecimento, expectativas sobre si próprio, parceiro sexual e experiência anterior) e sociais (classe social e estereótipos da sociedade) (Bee, 1997; Lima, 2006).

2.1. Fatores Biológicos

O envelhecimento fisiológico e orgânico, relacionado com a idade e com a doença, é responsável pelas alterações que intervêm na anatomia e fisiologia do sistema sexual. Deste modo, na perspetiva biomédica defende-se que o envelhecimento acarreta

uma série de transformações físicas e hormonais capazes de reduzir ou mesmo eliminar o desejo e o comportamento sexual (Lima, 2006; Santos & Marques, 2006).

Masters e Johnson foram os primeiros, em 1966, a estudar os comportamentos sexuais dos adultos idosos, concluindo que, apesar das relações sexuais irem diminuindo ao longo tempo, mesmo durante a velhice as pessoas têm desejo sexual. Este estudo foi realizado com 39 casais com idades superiores a 50 anos. Os autores fizeram uma descrição das alterações fisiológicas, tanto no homem como na mulher com mais de 50 anos, que têm influência no seu desempenho sexual (Belsky, 1990; Fernandes, 2006), como pode observar-se na Tabela 7.

Tabela 7. *Alterações Físicas na Sexualidade e Impacto no Ciclo de Excitação Sexual de Acordo com o Género*

Tipos de Alterações	Alterações físicas básicas	
	Homens	Mulheres
	↓ Testosterona	↓ Estrógeno e Progesterona
	↓ Espermatogénese	↑ FSH e LH
	↓ Tamanho dos testículos	↓ Testosterona
	↑ Tamanho da próstata	↓ Espessura e elasticidade da vagina
	↓ Vigor das contrações da próstata	↓ Lubrificação vaginal
	↓ Viscosidade e volume do fluído seminal	↓ Tamanho do colo do útero, útero e ovários
Tipos de Alterações	Impacto no ciclo de excitação	
	Homens	Mulheres
Fase da excitação	Resposta mais lenta	Resposta mais lenta
	Necessidade de uma maior estimulação do pénis	Redução da vasoconstricção vaginal
	Ereção menos firme	Coito pode ser doloroso

(continua)

Tabela 7. Alterações Físicas na Sexualidade de Acordo com o Género (continuação)

Tipos de Alterações	Impacto no ciclo de excitação	
	Homens	Mulheres
Fase de <i>plateau</i>	Fase de plateau mais lenta Decréscimo do fluido pré-ejaculatório	Redução da lubrificação Redução da elevação uterina Redução da elevação dos grandes lábios
Fase do orgasmo	Menor duração do orgasmo Contrações orgásmicas fracas e em menor número	Menor duração do orgasmo Contrações orgásmicas mais fracas e em menor número
Fase de resolução (relaxamento)	Retorno mais rápido ao estado de pré-estimulação Aumento do período refratário	Retorno mais rápido ao estado de pré-estimulação Capacidade multiorgásmica mantida

Nas mulheres durante a menopausa ocorre a diminuição de estrogénios (Belsky, 1990; DeLamater & Friedrich, 2002; Lima, 2006; Moreira & Côrte-Real, 1999; O'Donohue, 1987; Santos & Marques, 2006). O aparecimento da menopausa marca um período importante na vida sexual da mulher, porque a baixa de estrogénios provoca alterações nos órgãos sexuais e poderá diminuir o desejo e a função sexual, como sugere a literatura (DeLamater & Friedrich, 2002; Fernandes, 2006; Weeks, 2002).

A partir dos 50 anos a resposta sexual no homem também diminui como aponta o estudo de Masters e Johnson, ainda que, ao contrário da mulher, mantenha o período fértil até uma idade mais tardia (Santos & Marques, 2006; Vaz & Nodin, 2005). Nesta fase, regista-se uma diminuição gradual da produção de testosterona, de esperma e do fluido seminal (DeLamater & Friedrich, 2002; Lima, 2003, 2006; O'Donohue, 1987; Trudel, Turgeon, & Piche, 2000).

É de salientar que todas as alterações descritas devem ser consideradas com alguma prudência, uma vez que existe uma enorme variabilidade individual. Não é

possível estabelecer-se uma linha divisória com base na idade, pois estas mudanças não são um processo rígido inerente ao ser humano. Note-se, ainda, que apesar da ocorrência de todas estas alterações, não significa que a atividade sexual cesse.

A literatura demonstra que também a doença influencia o comportamento e a resposta sexual, sobretudo a partir dos 50 anos, na medida em que o aparecimento de uma doença, mais comum nestas idades, diminui o interesse pela sexualidade. Para Lima (2003), a presença de uma doença, tanto no homem como na mulher, é um dos principais fatores que contribui para o declínio das práticas sexuais. De facto, as doenças crónicas afetam o desejo sexual (Bee, 1997; Belsky, 1990). Estudos comprovam que doenças como a diabetes, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas, a obesidade, a arteriosclerose, a doença cardíaca, a hipertensão, as doenças cerebrovasculares, as intervenções cirúrgicas (histerectomia, intervenções pélvicas, cirurgia às neoplasias), a esclerose múltipla, o cancro da próstata, a incontinência urinária e a patologia renal afetam e interferem com a função e interesse sexuais (Lima, 2006; Moreira & Côrte-Real, 1999; O'Donohue, 1987; Santos & Marques, 2006; Trudel et al., 2000). Resultados de outros estudos indicam que para a manutenção duma sexualidade ativa na terceira idade é necessário estar saudável e fazer exercício físico regularmente (Simon, 2006; Vaz & Nodin, 2005; Weeks, 2002). Não obstante, a doença não tem que ser um impedimento obrigatório para a prática de relações sexuais (Moreira & Côrte-Real, 1999).

Os efeitos laterais dos medicamentos também têm um enorme impacto na função, resposta e desejo sexuais. Os principais fármacos responsáveis por estas mudanças são os anti-hipertensores, medicamentos cardiovasculares, os antiepiléticos, os anti-parkinsonianos, os anti-histamínicos, os corticóides, os tranquilizantes, os neurolépticos, os antidepressivos (tricíclicos e inibidores da recombinação de serotonina), os ansiolíticos, os antipsicóticos e outros (Fernandes, 2006; Lima, 2006; Moreira & Côrte-Real, 1999; O'Donohue, 1987; Santos & Marques, 2006; Trudel et al., 2000). Por exemplo, os efeitos secundários dos fármacos antidepressivos podem provocar na mulher a diminuição do desejo sexual e no homem atraso na ejaculação e disfunção erétil (Fernandes, 2006; Lima, 2006; Santos & Marques, 2006).

2.2. Fatores Psicossociais

Os fatores psicológicos e sociais também devem ser considerados quando refletimos acerca das mudanças na sexualidade dos mais velhos.

2.2.1. Idade. A idade é considerada como um dos fatores preponderantes no estudo e compreensão da sexualidade humana (Lima, 2006). Alguns estudos comprovam que o interesse e atividade sexuais declinam com o aumento da idade (Howard, O'Neill, & Travers, 2006; Kinsey, in Santos & Marques, 2006; Knodel & Chayovan, 2001; Lindau, Schumm, Laumann, Levinson, O'Muirheartaigh, & Waite, 2007; Patel, Gillespie, & Foxman, 2003; Pedersen, 1998; Trudel et al., 2000), verificando-se que à medida que as pessoas envelhecem relatam mais problemas ao nível do desejo sexual (Bee, 1997). Contudo, outros autores constataam que a vida sexual se mantém relativamente estável ao longo do período de envelhecimento (Santos & Marques, 2006), dado que “o aumento da idade não justifica a inatividade na maior parte das situações, pois não há contraindicações para uma vida sexual ativa” (Moreira & Côte-Real, 1999, p.207).

2.2.2. Género. Levine (1998) considera que o desejo sexual é afetado tanto nos homens como nas mulheres à medida que a idade avança. Contudo, alguns estudos apontam para diferenças entre géneros, com os homens a revelarem mais atividade sexual (Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Floyd & Weiss, 2001; Knodel & Chayovan, 2001; Lindau et al., 2007; Vasconcellos, Novo, Castro, Vio-Dury, Ruschel, Couto, & Giami, 2004), ainda que o interesse sexual seja elevado para ambos os géneros (O'Donohue, 1987).

2.2.3. Estado civil. A presença ou ausência de parceiro sexual na vida do adulto idoso é outro dos fatores determinantes para a prática de relações sexuais (Fernandes, 2006; Lima, 2003, 2006; Moreira & Côte-Real, 1999; Santos & Marques; Vasconcellos et al., 2004). Estudos recentes revelam que a presença dum parceiro sexual é crucial, pois tal como constataam Ginsberg, Pomerantz e Kramer-Feeley (2005) a ausência de parceiro parece ser o principal entrave referido pelos adultos idosos para a ausência de atividade sexual.

Na nossa sociedade está presente a ideia de que a atividade sexual é normativa dentro do casamento, sendo que, sobretudo para as mulheres, é considerado errado ter atividade sexual fora de uma relação conjugal (Belsky, 1990; Lima, 2006). Porém, muitos idosos já não vivem com o cônjuge, o que significa que a atividade sexual após a morte de um deles termina em muitos dos casos, em parte devido ao luto que provoca e ao conseqüente isolamento social (Lima, 2003, 2006; Marques & Santos, 2006). No

entanto, esta cessação das relações sexuais não é sinónimo de esgotamento do desejo e interesse sexuais (Vasconcellos et al., 2004). Acresce o facto de que sendo a esperança média de vida nas mulheres superior à dos homens e que regra geral as mulheres casam com homens mais velhos, temos que 40% das mulheres idosas são viúvas e vivem sozinhas, por contrapartida a 16% de homens idosos (INE, 2002; Lima, 2006; Marques & Santos, 2006; Vasconcellos et al., 2004; Weeks, 2002). Aquando a viuvez, os adultos idosos do género masculino optam com maior frequência e rapidez pela reconstituição familiar e as adultas idosas pelo celibato. Weeks (2002) refere que a percentagem de homens não casados que procura um parceiro do sexo oposto é superior à das mulheres não casadas. Assim, tendencialmente, os homens adultos idosos vivem com um cônjuge e as mulheres adultas idosas sozinhas (Gonçalves & Silva, 2004).

A investigação revela que os casados ou que vivem em união de facto denotam uma frequência de atividade sexual mais elevada do que aqueles que vivem sozinhos (Addis et al., 2006; Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Gott & Hinchliff, 2003; Lima, 2006; Patel et al., 2003; Steinke, 1994; Vasconcellos et al., 2004). Também Lindau et al. (2006) constataram que as mulheres casadas da sua amostra ($M = 71$ anos) eram mais ativas sexualmente do que as não casadas. A procura de novos parceiros sexuais reveste-se de uma série de obstáculos nas adultas idosas, devido a sentimentos de culpa impostos pela sociedade, desconforto e embaraço perante um outro desconhecido e evitamento por medo de não corresponder às expectativas (Santos & Marques, 2006). A divisão de papéis sexuais exerce também influência, sobretudo na mulher, na procura de um novo parceiro, dado que a mulher é conotada como sendo mais passiva e, como tal, pode tornar-se humilhante esta busca (Moreira & Côrte-Real, 1999). Esta imposição cultural faz com que a sexualidade feminina seja regida pelo homem (Belsky, 1990; Lima, 2003, 2006; Santos & Marques, 2006). A agravar a continuação de uma sexualidade ativa na mulher durante a velhice, acresce o facto de que os homens, tanto os mais novos como os mais velhos, terem preferência por mulheres mais jovens (Negreiros, 2004).

Entre as pessoas que têm parceiro sexual ou mantêm o casamento até à velhice, outras variáveis determinam a diminuição do desejo sexual, como sejam: a monotonia, a ausência de novidade, o tédio, o aborrecimento, o desinteresse e a previsibilidade das relações sexuais (Bee, 1997; Lima, 2006; Santos & Marques, 2006). Deste modo, é de salientar a importância da qualidade da relação conjugal como fator determinante para manter ativas ou inativas as práticas sexuais (Vasconcellos et al., 2004; Weeks, 2002).

No casal idoso, a prática regular e saudável de relações sexuais é um bom

preditor de um envelhecimento bem-sucedido (Santos & Marques, 2006), tendo Weeks (2002) verificado que as variáveis saúde mental e bem-estar psicológico influenciam a manutenção de uma consistente relação conjugal com prazer sexual associada. As relações sexuais podem trazer benefícios para o bem-estar dos idosos na medida em que diminuem os níveis de ansiedade e frustração e podem proporcionar um sono de qualidade. Por conseguinte, dificuldades ao nível da sexualidade poderão pronunciar uma má adaptação às perdas inerentes ao envelhecimento (Santos & Marques, 2006). Como tal, a privação sexual poderá diminuir a qualidade de vida (Weeks, 2002).

2.2.4. Nível de escolaridade. O nível de escolaridade é outro dos fatores apontados para a prática de relações sexuais, como determina o estudo Bergström-Walan e Nielsen (1990) que verificou que pessoas com escolaridade equivalente ao 1º ciclo tinham menos interesse pela sexualidade do que aqueles que tinham formação secundária ou universitária. O estudo de Addis et al. (2006) apurou que mulheres com maior nível de escolaridade e maiores rendimentos revelaram mais atividade sexual.

2.2.5. Religião. Os valores religiosos não devem ser descurados quando se reflete acerca da sexualidade nos mais velhos. O estudo de Lefkowitz, Gillen, Shearer, e Boone (2004) mostrou que o comportamento religioso era o preditor mais forte do comportamento sexual. Assim, estudos demonstraram que níveis elevados de religiosidade estavam associados com um menor número de parceiros sexuais, menor frequência de atividade sexual, atitudes face à sexualidade mais conservadoras e uma menor utilização do preservativo (Davidson, Moore, & Ullstrup, 2004; Lefkowitz et al., 2004; Mahoney, 1980; Notzer, Levrán, Mashiach, & Sqffer, 1984). Nodin, Moreira e Ourô (2001) referem a influência da igreja na sexualidade nos adultos idosos atuais, dado que até meados de 1960, em Portugal, a educação e a informação sobre sexualidade era da responsabilidade da Igreja. No respeitante aos papéis sociais quer do homem quer da mulher, a Igreja também teve uma forte influência nessa época. É de salientar que em Portugal 84.5% da população residente é católica, sendo que apenas 3.9% revela não ter qualquer religião (INE, 2002). Não obstante, outros estudos demonstram que não existem diferenças quanto à frequência de atividade sexual entre os religiosos e os não religiosos (Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Lefkowitz et al., 2004).

2.2.6. Preconceitos sociais. Fernandes (2006) afirma que existem dois fatores que afetam determinantemente a sexualidade do idoso, por um lado, a perda de capacidades físicas e intelectuais, e, por outro, o peso da sociedade na construção do que é um comportamento aceitável. O comportamento e a resposta sexual a partir dos

50 anos é, de facto, influenciada pelos preconceitos sociais no sentido em que a ideologia cultural tem um poderoso impacto na atividade sexual dos membros de uma sociedade (Vasconcellos et al., 2004; Weeks, 2002).

Quando as pessoas pensam num idoso, o seu pensamento está minado de estereótipos negativos e crenças distorcidas baseados em ideias erradas, e estes pensamentos e estereótipos acerca dos idosos, têm efeitos no seu comportamento (Weeks, 2002). Deste modo, as crenças que temos dos idosos poderão afetar o seu comportamento, nomeadamente ao nível da sua atividade sexual e constituir-se como verdadeiros obstáculos ao conhecimento, à compreensão e ao amor, provocando neles sentimentos proibitivos irracionais e experiências sexuais menos agradáveis (Weeks, 2002). O estudo de O'Donohue (1987, p.66) destaca cinco mitos presentes na sociedade como sendo exemplificativos: (1) “O sexo não tem importância na velhice. Os anos tardios da vida são para ser vividos sem sexo”; (2) “O interesse pelo sexo não é normal nos idosos”; (3) “Voltar a casar depois de perder o cônjuge deve ser desencorajado”; (4) “É normal os homens mais velhos procurarem mulheres mais novas para parceiras sexuais, mas é ridículo mulheres idosas envolverem-se sexualmente com homens mais novos”; (5) “Os idosos deviam ser separados por género nas instituições para evitar problemas ao *staff* e críticas dos familiares e da comunidade”.

Em suma, a satisfação sexual é uma das principais componentes para uma vida com qualidade. Deste modo, devem promover-se atitudes positivas de todos perante a sexualidade dos mais velhos, procurando refutar estes mitos (Huffstetler, 2006; Weeks, 2002).

3. A Infecção pelo VIH/SIDA em Adultos Mais Velhos

3.1. Dados Epidemiológicos

3.1.1. A infecção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos no mundo.

Atualmente, no mundo vivem cerca de 35.3 milhões de pessoas infetadas pelo VIH/SIDA, das quais 2.3 milhões correspondem a novos casos e 3.6 milhões têm mais de 50 anos (UNAIDS, 2013a, 2013b; WHO, 2011a). A infecção pelo VIH/SIDA é a quarta causa de morte no mundo (INSA & CVEDT, 2002). Em 2012, registaram-se cerca de 1.6 milhões de mortes relacionadas com a SIDA, e desde o início da infecção já morreram cerca de 25 milhões de pessoas (UNAIDS, 2013b). Diariamente 6300 pessoas ficam infetadas pelo vírus da SIDA e 5700 morrem, devido a formas inadequadas de prevenção e tratamento (UNAIDS, 2013b). Ainda que o número de pessoas infetadas tenha vindo a aumentar nos últimos anos, o número de novas infeções tem vindo a diminuir (passou-se de 3 milhões em 2001 para 2.7 milhões em 2007 e para 2.3 milhões em 2012), bem como o número de mortes associadas ao VIH, em parte devido ao maior acesso aos antirretrovirais (UNAIDS, 2007, 2013b). De salientar que a medicação antirretroviral (HAART) surgiu no final dos anos 90 (Catz et al., 2001; Godkin & Stoff, 2008) e reduziu drasticamente a morbilidade e mortalidade dos pacientes infetados pelo VIH/SIDA (Gebo, 2006).

A infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos tem diferentes características e níveis de prevalência consoante a zona do globo a que nos referimos, não afetando todas as zonas do globo de igual modo. Na Oceânia estima-se um total de infeções pelo VIH/SIDA de cerca de 51 mil casos (UNAIDS, 2013b; WHO, 2011a). Na Austrália, desde o início da epidemia até 2012, tinham sido diagnosticados 34.029 casos de VIH/SIDA, dos quais 10.3% correspondem a pessoas com mais de 50 anos (The Kirby Institute for Infection and Immunity in Society, 2013). Do total de casos de SIDA, 9.3% correspondem a pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, dos quais 38.6% têm mais de 60 anos (Knodel, Watkins, & VanLandingham, 2003).

No continente asiático vivem cerca de cinco milhões de pessoas infetadas pelo VIH/SIDA, sendo que no Sul e no Sudeste da Ásia 3.9 milhões vivem com a infecção e na Europa Oriental e na Ásia Central 1.3 milhões (UNAIDS, 2013b; WHO, 2011a). Verificou-se uma descida na taxa de incidência da infecção em países como a Índia, Myanmar, Vietname e Tailândia, ao passo que na Indonésia, Paquistão e Malásia registou-se um aumento (UNAIDS, 2013c). Em 2007, morreram 300 mil pessoas na Ásia por doenças relacionadas com a SIDA, verificando-se uma diminuição em 2012,

com 270 mil mortes (UNAIDS, 2007, 2013c). O número de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos com SIDA no continente asiático² equivale a 4.5% do total de casos de SIDA, sendo que 32.1% destes casos têm 60 anos ou mais (Knodel et al., 2003).

A África Subsariana continua a ser a zona do globo mais afetada pela infeção, sendo que, em 2012, registava-se um total de 25 milhões de pessoas a viver com o VIH/SIDA, ou seja, 70% de todas as pessoas que vivem com a infeção no mundo vivem nesta zona geográfica (UNAIDS, 2013b; WHO, 2011a). Na África Subsariana os infetados com mais de 50 anos representam 4% do total, totalizando três milhões de pessoas (Negin & Cumming, 2010). No continente africano³, 5.6% dos casos de SIDA correspondem a pessoas com mais de 50 anos, dos quais 25.4% têm 60 ou mais anos (Knodel et al., 2003). Ainda que 83% das mortes associadas à SIDA se verifiquem na África Subsariana, pouco se sabe acerca da infeção em adultos idosos nesta região (UNAIDS, 2002), contudo Negin e Cumming, em 2010, apuraram que três milhões das pessoas infetadas na África Subsariana têm 50 ou mais anos.

Na América Latina⁴ estima-se que vivam 1.5 milhões de pessoas infetadas pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 2013b; WHO, 2011a). As pessoas com mais de 50 anos infetadas representavam, em 2002, 7.4% do total de casos de SIDA, dos quais 75.8% têm idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos (Knodel et al., 2003). Em Porto Rico, de todos os casos declarados, até 2004, 38.7% referiam-se a infetados com idade superior a 40 anos, sendo que 34.8% dos casos correspondiam a infetados com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos (Santos-Ortiz, Mattei, Correa-Nivar & Pintado-Díaz, 2004). Nas Caraíbas estima-se que 250 mil pessoas estejam infetadas pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 2013b; WHO, 2011a).

Relativamente à América do Norte salienta-se o caso dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá. Estima-se que nestes países vivam 1.3 milhões de pessoas infetadas pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 2013b; WHO, 2011a). Em 1996, 11% dos casos de pessoas que viviam com SIDA nos EUA correspondiam a pessoas com 50 ou mais anos, dos quais 48% tinham idades compreendidas entre 50 e 56 anos, 26% entre 55 e 59 anos, 14% entre 60 e 64 anos e 12% com mais de 65 anos (CDC, 1998a). Os novos casos de SIDA cresceram ao dobro da velocidade em adultos a partir dos 50 anos do que na população mais jovem (CDC, 1998a). No final de 2003, estimava-se que vivessem, nos EUA, entre 1 039 000 e 1 185 000 pessoas com VIH/SIDA (CDC, 2008a). Em

²Dados relativos a 10 países asiáticos, sendo que 96% dos casos são relativos à Tailândia.

³Dados relativos a 26 países africanos, sendo que 65% dos casos pertencem à Costa do Marfim e à Tanzânia.

⁴Dados relativos a 7 países sul-americanos, sendo que 91% dos casos pertencem ao Brasil e ao México.

2005, as pessoas com idade igual ou superior a 50 anos a viverem nos EUA representavam 15% do total de novos diagnósticos de infecção pelo VIH/SIDA, 24% do total de pessoas a viverem com VIH, 19% do total de diagnósticos de SIDA, 29% do total de pessoas que vivem com SIDA e 35% do total de mortes relacionadas com a SIDA (CDC, 2008a). Quase um terço das pessoas infetadas pelo VIH nos EUA têm mais de 50, sendo que no estado de Nova Iorque a situação é mais alarmante, prevendo-se que em 2050 aumente para 50% (Cahil & Krivo-Kaufman, 2009; Heckman, Kochman, Sikkema, Kalichman, Masten, Bergholte, & Catz, 2001). No estado de Ohio, 15% das pessoas a viver com a infecção pelo VIH/SIDA têm idade igual ou superior a 50 anos (Ohio Department of Health HIV/AIDS Surveillance Program, 2001). No estado de São Francisco do total de casos de SIDA no género masculino desde 1980 a 2008, 12% referem-se a pessoas com 50 ou mais anos e do total de mulheres declaradas no mesmo período com SIDA, 14.8% representam a população com idade igual ou superior a 50 anos (San Francisco Department of Public Health, 2008). De referir que 17% dos novos casos de infecção pelo VIH/SIDA registados pelos CDC (2011) são de pessoas com mais de 50 anos (Effros et al., 2008).

Até ao final de 2008, residiam no Canadá 65 mil pessoas infetadas pelo VIH/SIDA, o que representa um aumento de 14 % face a 2005 (Yang et al., 2010). Até 30 de junho de 2002, de todos os casos declarados no Canadá, 11.6% correspondiam a pessoas com idade igual ou superior a 50 anos e a principal via de transmissão era a sexual (Public Health Agency of Canada, 2007). A mesma instituição referia que em 2006, a população com mais de 50 anos já representava mais de 12% do total de casos declarados, dos quais 9% eram homens e 3.3% eram mulheres. Em 2012, do total de mulheres infetadas verificou-se que 8.5 % tinham mais de 50 anos, e do total de homens 11.3% tinham idade superior a 50 anos. Dos casos de SIDA, verificou-se que 18% tinham 50 ou mais anos (Public Health Agency of Canada, 2013).

Estima-se que no continente europeu vivam dois milhões e 300 mil pessoas infetadas pelo vírus da SIDA (WHO, 2011a), sendo que a Estónia, a Letónia, a Bélgica, o Reino Unido e o Luxemburgo registam as maiores taxas de incidência de VIH/SIDA, e a Eslováquia e a Croácia as mais baixas (European Center for Disease Prevention and Control & World Health Organization, 2013). Entre 1997 e 2000, 10% dos novos casos de infecção pelo VIH/SIDA na Europa Ocidental referiam-se a pessoas com 50 ou mais anos, e, em 2009, 9.3% (European Center for Disease Prevention and Control & World Health Organization, 2013). Ainda na Europa Ocidental, no período entre 2001 e 2005,

verificou-se que cerca de 16.5% dos casos de SIDA correspondiam a pessoas com idade igual ou superior a 50 anos (EuroHIV, 2007).

Em Espanha, 12.3% dos novos casos diagnosticados, em 2012, referiam-se a pessoas com mais de 50 anos (Centro Nacional de Epidemiologia del Instituto de Salud Carlos III, 2013), e do total de casos declarados de SIDA até 31 de dezembro de 2007, cerca de 7.6% correspondiam a esta faixa etária (Centro Nacional de Epidemiologia del Instituto de Salud Carlos III, 2007). Em França, o número de pessoas infetadas com 50 anos ou mais equivale a 12.9% do total de casos, sendo que 36.5% corresponde a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Knodel et al., 2003).

Em Itália verifica-se, também, um aumento do número de casos de adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA, sendo que a proporção de casos de SIDA de pessoas com mais de 50 anos triplicou nas duas últimas décadas, tendo atingido 16% dos casos no período entre 2000 e 2005 (Longo, Camoni, Boros, & Suligo, 2008). Em 1999, 14.5% dos casos eram referentes a pessoas com mais de 50 anos e 5.2% correspondia a pessoas com mais de 60 anos (Manfredi, 2002). De referir que 80% dos casos de infeção em adultos idosos foram por via sexual (Longo et al., 2008). A 31 de dezembro de 2002, o número cumulativo de casos de VIH/SIDA, na Grécia, em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos correspondia a 15.7% do total. Especificamente os novos casos de infetados na referida faixa etária notificados no ano de 2002 equivaliam a 17.4% do total (Arvanatis, 2002). O número total de gregos com mais de 50 anos infetados pelo VIH/SIDA manteve-se nos 15% em 2007 (Metallidis et al., 2013) e em 2011 (Hellenic Center for Disease Control & Prevention, 2012).

Até 2000, 18% dos casos declarados de VIH/SIDA ao Swiss Federal Office of Public Health representavam pessoas com mais de 45 anos a viver na Suíça (Abel & Werner, 2003). Do total de pessoas diagnosticadas com a infeção VIH na Bélgica, entre 2004 e 2006, declaradas ao Institut Scientifique de Santé Publique, 10.6% equivale a pessoas com idade igual ou superior a 50 anos (Sasse, Defraye, & Buziarsist, 2007), tendo este valor ascendido a 14% em 2011 (Institut Scientifique de Santé Publique, 2012). Na Holanda 10% do total dos casos de infeção pelo VIH/SIDA pertenciam à faixa etária acima dos 50 anos, sendo que no ano de 2006, 13% dos novos casos notificados são referentes a pessoas com mais de 50 anos (Veen et al., 2007). Em 2012, o número de pessoas nesta faixa etária ascendeu a 15% (Soetens et al., 2013). Na Dinamarca do total de casos notificados, 14.9% referem-se a pessoas com mais de 50 anos (National Surveillance of Communicable Diseases, 2011). Do total de casos de SIDA existentes na Alemanha, 16.4% correspondia a pessoas com 50 ou mais anos,

ainda que a maioria (79.8%) se situe na faixa etária dos 50 aos 59 anos (Knodel et al., 2003). Ainda na Alemanha, até 31 de dezembro de 2004, do total de homens com SIDA declarados ao Robert Koch Institute, 17.4% tinha idade igual ou superior a 50 anos e do total de mulheres, 10.1% tinha 50 ou mais anos (Marcus & Starker, 2006).

No Reino Unido a percentagem de pessoas infetadas com idade igual ou superior a 50 anos, desde que há registo até dezembro de 2007, equivalia a 7.4% do total de infetados, sendo que 25.7% tinham 60 anos ou mais (Health Protection Agency Centre for Infections, 2008). De facto, o número de pessoas infetadas no Reino Unido em idades mais avançadas tem aumentado, sendo que, em 2003, um em cada oito adultos infetados tinha mais de 50 anos, em 2008 um em cada seis, e em 2012 um em cada quatro (Public Health England, 2013).

3.1.2. A infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos em Portugal. O primeiro caso conhecido de um português infetado, terá sido o de um imigrante em França, em meados dos anos 60, que tinha vivido em África: mesmo em território nacional o primeiro caso diagnosticado foi só em 1983 (Barros, 2007). Desde 1984 que se registam em Portugal os casos de infeção pelo VIH/SIDA, ainda que só em 2005, à semelhança de outros países da União Europeia, se tornasse obrigatória a notificação (Alvarez, 2005; Barros, 2007; INSA & CVEDT, 2013). Até 31 de dezembro de 2007 tinham sido notificados 32 491 casos de infeção pelo VIH/SIDA nas suas diferentes fases, especificamente, 3 072 casos de portadores sintomáticos de não-SIDA (PS), 15 224 casos de portadores assintomáticos (PA) e 14 195 casos de SIDA (INSA & CVEDT, 2008). O maior número de casos notificados referia-se a pessoas que consumiam drogas por via endovenosa (43.9%), seguindo-se os infetados por via heterossexual (38.8%), sendo que a transmissão homossexual apresentava 12% dos casos e as restantes formas de transmissão referiam-se a 5.3% do total (INSA & CVEDT, 2008). Refira-se, porém, que atualmente se regista um aumento do número de casos de infetados por via heterossexual e uma diminuição no número de casos associados à toxicoddependência, sendo que no segundo semestre de 2007, o número de casos por transmissão heterossexual correspondia a 57.2% do total de casos notificados (INSA & CVEDT, 2008). A mortalidade por VIH/SIDA em Portugal aumentou nos últimos anos, verificando-se que no ano de 1988 se registaram 62 óbitos passando para 1111 em 1996 (INE, 2003).

Em Portugal, Dias et al., alertaram, em 2005, para a nova realidade emergente: o aparecimento de novos casos de infeção pelo VIH/SIDA na população adulta idosa. Este número crescente de casos tem sido acompanhado pelo envelhecimento da

população (INE, 2008a), à semelhança do que acontece em outros países desenvolvidos. Analisando o relatório do INSA e CVEDT (2005), constata-se que 12.4% dos casos notificados desde 1993, em Portugal, correspondem a pessoas com idade igual ou superior a 50 anos. Verifica-se, ainda, que o maior número de notificações de casos de SIDA se situa na faixa etária com idade superior a 45 anos. O género masculino apresenta um maior número de casos quando comparado com o género feminino, nos grupos etários superiores (INSA & CVEDT, 2005). No relatório dos dados epidemiológicos de VIH/SIDA até dezembro de 2007, verificou-se que dos casos de SIDA notificados no período entre 1983 e 2007, 13.6% correspondiam a pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, dos quais 81.3% eram do género masculino; 15.5% dos PS declarados, para o mesmo período de tempo, eram de pessoas com 50 ou mais anos, sendo que 75.8% pertenciam ao género masculino; e, ainda, dos PA 9.4% pertenciam à referida faixa etária, sendo que 65.8% eram homens (INSA & CVEDT, 2008).

Constatou-se, ainda, que em 2002 o grupo etário que registou maior número de mortes associadas à infeção foi o das pessoas com mais de 50 anos. De facto, recentemente, verificou-se o aumento da frequência de óbitos nos grupos etários mais elevados, em ambos os géneros, nomeadamente a partir dos 55 anos, com particular destaque para as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. No início da epidemia o registo de mortes associadas à infeção em idosos com mais de 70 anos era quase inexistente (1.6%), nos últimos anos registou-se um aumento para 4.7% do total de óbitos. Face ao exposto, pode inferir-se um aspeto positivo: que cada vez se morre mais tarde com a infeção pelo VIH/SIDA (Campos, 2006).

Do total dos casos de SIDA registados de 1983 até 2011, conforme pode observar-se na Tabela 8, as pessoas com 50 ou mais anos representam 15.3%, sendo que os PA representam 11.3% e os PS 18.2%. Importa referir que a percentagem de infetados com idade igual ou superior a 50 anos, em Portugal, foi de 13.6%, em 2011, e 14% em 2012 (INSA & CVEDT, 2012, 2013). Analisando as diferenças de género, constata-se que há uma prevalência considerável do número de casos no género masculino nos diferentes estádios da infeção, sendo que representam 79.6% dos casos de SIDA, 64.5% dos PA e 73.6% dos PS (INSA & CVEDT, 2012, 2013).

Até 31 de dezembro de 2012 estavam notificados em Portugal 42 580 casos de infeção VIH/SIDA nos diferentes estádios de infeção. Em 2012, a maioria dos novos casos diagnosticados de VIH foram por via heterossexual (59.1%), pertenciam maioritariamente ao género masculino (70.7%) e a idade mediana foi de 45 anos.

Quanto à distribuição geográfica dos casos de VIH/SIDA, verificou-se que os polos urbanos tinham uma maior taxa de incidência (Lisboa: 39.3%, Porto: 20.3% e Setúbal:12.1% (INSA & CVEDT, 2012, 2013).

Do total de casos notificados, até 2012, verifica-se que 44.6% se enquadram na categoria de transmissão “heterossexual”, 38.7% na categoria “toxicodependente”, 14.1% na de “homo/bissexual” e na de “mãe/filho” .9% (INSA & CVEDT, 2013).

Tabela 8. *Distribuição dos Casos de Infeção pelo VIH/SIDA nos Diferentes Estádios da Infeção, Entre 01/01/1983 e 31/12/2011, por Género e Grupo Etário (a partir dos 50 anos de idade).*

Idade	Portadores Assintomáticos			Portadores Sintomáticos			Casos de SIDA			Total (% ^a)
	M	F	Total (%)	M	F	Total (%)	M	F	Total (%)	
50–54	584	291	875 (4.4%)	168	64	232 (5.6%)	777	179	956 (5.7%)	2063 (5%)
55–59	374	232	606 (3%)	159	54	213 (5.1%)	493	135	628 (3.7%)	1447 (3.5%)
60–64	238	151	389 (1.9%)	98	41	139 (3.3%)	361	106	467 (2.8%)	995 (2.4%)
≥ 65	271	132	403 (2%)	133	41	174 (4.2%)	426	105	531 (3.1%)	1108 (2.7%)
Total	1467	806	2273 (11.3%)	558	200	758 (18.2%)	2057	525	2582 (15.3%)	5613 (13.6%)

Nota. M = masculino; F = feminino; %^a = percentagem sobre o total de casos de infeção VIH/SIDA nos diferentes estádios; %^b = percentagem sobre o total de cada um dos estádios de infeção.

3.2. Características da Infecção pelo VIH/SIDA em Adultos Mais Velhos

Como referido anteriormente, a sexualidade não termina com a chegada da velhice (Lima, 2006; Moreira & Côrte-Real, 1999; Santos & Marques, 2006). Por este facto, e também pelo crescente número de idosos na nossa sociedade (Fernandes, 1997; Fontaine, 2000; INE, 2005; Oliveira, 2008; United Nations, 2009), é necessário estarmos atentos aos riscos adotados por estes nos seus comportamentos sexuais, dado que também eles são suscetíveis de contrair a infeção pelo VIH/SIDA.

Na verdade a infeção pelo VIH/SIDA tornou-se um problema que abrange todas as faixas etárias (Costa, 2009; Maes & Louis, 2003). Só a partir de 1985 se começaram a observar os primeiros casos de VIH em pessoas com mais de 60 anos (Chaves, 1993). Até então a infeção pelo VIH/SIDA era vista como uma doença dos mais novos (Greene, 2003). Contudo, é necessário ressaltar o facto de tanto os jovens como os idosos incorrerem nos mesmos riscos de infeção pelo VIH/SIDA (Emlet, 2005). Os próprios idosos têm a crença de que a infeção é uma doença própria dos jovens, parecendo acreditar que a idade lhes serve como defesa (Emlet, 2005). Qualquer pessoa desde que sexualmente ativa está em risco de contrair a infeção pelo VIH/SIDA, independentemente da idade (Mockus & Coon, 2008).

O envelhecimento da população tem sido acompanhado pelo aumento do número de adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA (Altschuler et al. 2008; Chiao et al., 1999; Emlet et al., 2003; Greene, 2003; Gutheil & Chichin, 1991; Kapiark & Shippy, 2006; Peate, 2007). O número de pessoas infetados pelo VIH/SIDA com mais de 55 anos está a aumentar de forma preocupante, e prevê-se um agravamento na próxima década (Butt et al., 2001; Cahil & Krivo-Kaufman, 2009; Cloud, Brownw, Salloja, & McLean, 2003; Duarte & Dutschmann, 1998; Emlet, 2006; Emlet & Farkas, 2001; Emlet et al., 2003; Gebo, 2006; Godkin & Stoff, 2008; Grabar et al., 2006; Greene, 2003; Gutheil & Chichin, 1991; Heckman et al., 2001; Mack & Ory, 2003; Nichols et al., 2002; Peate, 2005; Radda, Schensul, Disch, Levy, & Reyes, 2003; Shippy & Karpiak, 2005; Speer et al., 1999; Stoff et al., 2004; Zelenetz & Epstein, 1998).

Este aumento do número de pessoas infetadas pelo VIH/SIDA com mais de 55 anos deve-se, por um lado, ao avanço no tratamento da infeção, nomeadamente com o aparecimento do HAART, que fez com que um número cada vez mais elevado de pessoas viva com a doença até idades mais tardias do desenvolvimento (Butt et al., 2001; Cahil & Krivo-Kaufman, 2009; CDC, 2008a; Emlet et al., 2003; Gebo, 2006; Godkin & Stoff, 2008; Grabar et al., 2006; Knodel & VanLandingham, 2002; Mack &

Ory, 2003; Manfredi, 2002; Peate, 2007; Shippy & Karpiak, 2005; Stoff et al., 2004). De facto, a partir de 1996, o número de mortes por SIDA diminuiu drasticamente, graças ao aparecimento dos antirretrovirais e graças ao diagnóstico precoce (Greene, 2003). Por outro lado, novos casos estão a surgir na camada mais envelhecida da população, em virtude dos comportamentos de risco adotados (CDC, 2008a, 2008b; Gebo, 2006; Godkin & Stoff, 2008; Grabar et al., 2006; Gutheil & Chichin, 1991; Mack & Ory, 2003; Manfredi, 2002; Peate, 2007; Shippy & Karpiak, 2005; Stoff et al., 2004).

De acordo com dados dos Centers for Disease Control and Prevention (in Maes & Louis, 2003) a maioria das infeções declaradas em pessoas com idade superior a 50 anos são resultado de infeções adquiridas após os 50, porém, nalguns casos, o adulto mais velho poderá ter sido infetado anos antes de ter sido diagnosticado, devido ao longo período de incubação do vírus.

3.2.1. Modos de transmissão. Inicialmente a infeção pelo VIH/SIDA era considerada uma infeção exclusiva dos grupos de risco como os toxicodependentes, os homossexuais e as prostitutas (Mota, 2007). Contudo, a infeção em consumidores de droga por via endovenosa, por exemplo, tem vindo a diminuir nos últimos anos, sobretudo se considerarmos os novos casos (EuroHIV, 2007; Nardone, 2005). A principal via de transmissão dos novos casos de infeção nos países pertencentes à União Europeia (56%) (Nardone, 2005) e nos continentes asiático e africano (Knodel et al., 2003) é a heterossexualidade.

Relativamente aos adultos idosos, no início da epidemia, a principal via de transmissão do VIH/SIDA eram as transfusões de sangue. Contudo, verificou-se um decréscimo dos casos de infetados por sangue contaminado, troca de seringas e comportamentos homossexuais (Emlet & Farkas, 2001; Grabar et al., 2006; Maes & Louis, 2003; Kapiark & Shippy, 2006) e os dados empíricos demonstram que a principal via de contágio na referida faixa etária é a sexual (Cloud et al., 2003; Grabar et al., 2006; Karlovsky et al., 2004; Levy-Dweck, 2005; Stall & Catania, 1994; Zelenetz & Epstein, 1998), designadamente a via heterossexual (Knodel et al., 2003).

Nos EUA, ainda que a maior percentagem de infetados por via sexual sejam os homossexuais e os bissexuais, o número de heterossexuais infetados está a aumentar (Godkin & Stoff, 2008; Karlovsky et al., 2004; Mack & Ory, 2003). Num estudo realizado por Speer et al. (1999) constatou-se que numa amostra de afro-americanos com idade superior a 44 anos estes teriam sido infetados, na sua maioria, por via

heterossexual, ao passo que grande parte dos participantes caucasianos indicou a homossexualidade e a bissexualidade como via de contágio.

3.2.2. Feminização da infecção. Ainda que a prevalência da infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos seja superior nos homens, as mulheres começam a dar preocupações pelo aumento de casos que têm surgido (Knodel et al., 2003; Xu, Schillinger, Aubin, Louis, & Markowitz, 2001). As mudanças fisiológicas na mulher após a menopausa, como sejam, a diminuição da lubrificação vaginal e o facto das paredes da vagina se tornarem mais finas, aumenta o risco de infecção pelo VIH/SIDA durante as relações sexuais (Godkin & Stoff, 2008; Karlovsky et al., 2004; Levy-Dweck, 2005; Mockus & Coon, 2008; Peate, 2007; Zelenetz & Epstein, 1998), havendo cada vez mais mulheres infetadas (Keigher et al., 2004). Também, o contágio pelos maridos, que têm relações extraconjugais, é outra das causas apontadas para o aumento do número de mulheres adultas idosas infetadas (Frade, 2008, 2013; Giacomozzi, 2004; Ultramari et al., 2011). A via privilegiada de contaminação nas mulheres é a heterossexual, tal como indica o estudo de Galvão, Cerqueira, & Marcondes-Machado (2004) que apurou que 93.2% das participantes foram infetadas pelo parceiro em relações heterossexuais.

3.2.3. Sintomas e evolução da infecção. Sabe-se que nos adultos idosos a progressão da infecção para a fase de SIDA propriamente dita é mais célere do que nos jovens e que a taxa de sobrevivência diminui à medida que a idade aumenta (Butt et al., 2001; Gebo, 2006; Godkin & Stoff, 2008; Grabar et al., 2006; Kalayjian et al., 2003; Maes & Louis, 2003; Stoff et al., 2004; Zhao & Goetz, 2011). Na verdade, em 1999, verificou-se que, apesar do número de mortes por SIDA ter diminuído na população infetada em geral, graças à introdução das terapêuticas antirretrovirais, foi na faixa etária acima dos 50 anos que se registou um aumento do número de mortes associadas ao VIH/SIDA (Greene, 2003). Daí a necessidade primordial de realizar o diagnóstico precocemente (Godkin & Stoff, 2008).

A comorbilidade (Cherner et al., 2004; Grabar et al., 2006; Zelenetz & Epstein, 1998) nos adultos idosos regista-se num maior número de doenças oportunistas associadas ao VIH quando comparados com os jovens infetados (CDC, 1998a; Hillman, 2008; Stoff et al., 2004). No entanto, num estudo realizado por Butt et al. (2001) não se registaram diferenças estatisticamente significativas quanto às doenças oportunistas entre pacientes com mais de 60 anos e jovens. O estudo de Cherner et al. (2004) sugere que os adultos idosos infetados têm um maior risco de terem disfunções neurocognitivas do que os jovens infetados. Ressalve-se que à medida que a idade aumenta, decrescem

as capacidades físicas quer nos infetados, quer nos não infetados, com idade superior a 50 anos (Oursler et al., 2006).

As razões pelas quais existem diferenças entre jovens e idosos ao nível da evolução da infeção pelo VIH/SIDA são: (1) o diagnóstico tardio – a infeção é, por vezes, tardiamente identificada, testada e diagnosticada, sendo detetada numa fase já tardia, devido à confusão de sintomas com outras doenças próprias da velhice e pelo facto dos próprios adultos idosos não se considerarem como estando em risco (Duarte & Dutschman, 1998; Zelenetz & Epstein, 1998); (2) o sistema imunitário mais debilitado nos adultos idosos (Duarte & Dutschmann, 1998; Levy-Dweck, 2005; Zelenetz & Epstein, 1998); (3) o tratamento inadequado - os adultos idosos experienciam com mais frequência que os jovens efeitos adversos à medicação (Hillman, 2008; Stoff et al., 2004), revelando uma relativa intolerância (Zelenetz & Epstein, 1998); e, (4) a adesão à terapêutica antirretroviral - os adultos idosos, por vezes, demonstram alguma dificuldade em aderir à medicação prescrita, o que pode advir da falta de suporte e isolamento de que são, muitas vezes, vítimas (Nichols et al., 2002). O estudo realizado por Catz et al. (2001) revela que, numa amostra de 113 participantes com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos, 31% dos inquiridos não tomou a medicação de forma adequada pelo menos uma vez na semana anterior. As razões apontadas foram o esquecimento, não estarem em casa à hora da toma da medicação, alterações na rotina e estarem ocupados com outras coisas. Contudo, os adultos idosos revelam, na sua maioria, uma melhor adesão à terapêutica antirretroviral do que os jovens, podendo considerar-se que este é o único aspeto positivo da infeção pelo VIH/SIDA após os 50 anos de idade (Godkin & Stoff, 2008; Hinkin et al., 2004).

4. Determinantes Psicossociais da Infecção pelo VIH/SIDA em Adultos Mais Velhos

Ainda que os adultos idosos não representem o maior número de casos de infecção pelo VIH/SIDA, tem-se verificado um progressivo aumento de casos nesta faixa etária. Várias têm sido as causas apontadas para o aumento do número de novos casos de infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos, entre elas: o diagnóstico tardio (Castilla, Barrio, Fuente, & Belza, 1998; Longo et al., 2008), as campanhas de prevenção do VIH não serem dirigidas aos adultos idosos potencialmente em risco para se infetarem pelo VIH (Akers, Bernstein, Henderson, Doyle, & Corbie-Smith, 2007; Altschuler et al., 2008; Cahil & Krivo-Kaufman, 2009; Chaves, 1993; Dias et al., 2005; Eldred & West, 2005; Godkin & Stoff, 2008; Karlovsky et al., 2004; Klein et al., 2001; Levy-Dweck, 2005; Peate, 2007), o baixo grau de conhecimento acerca da infecção e quanto às suas formas de transmissão (Abel & Werner, 2003; Henderson et al., 2004; Zablotsky & Kennedy, 2003), o recurso à prostituição (Knodel et al., 2003), a baixa taxa de utilização do preservativo (Abel & Werner, 2003; Bankole, Darroch, & Singh, 1999; Godkin & Stoff, 2008; Maes & Louis, 2003; Patel et al., 2003; Schable, Chu, & Diaz, 1996), os próprios adultos idosos não se percecionarem como estando em risco para o VIH (Cloud et al., 2003; Eldred & West, 2005; Emlet et al., 2003; Grabar et al., 2006; Karlovsky et al., 2004; Maes & Louis, 2003; Mockus & Coon, 2008; Radda et al., 2003; Shippy & Karpiak, 2005; Williams & Donnelly, 2002; Zelenetz & Epstein, 1998) e a baixa taxa de realização do teste de despistagem do VIH/SIDA (Karlovsky et al., 2004; Stall & Catania, 1994).

4.1. Diagnóstico Tardio

Várias explicações têm sido apontadas para o diagnóstico tardio da infecção pelo VIH/SIDA nos adultos mais velhos: confusão de sintomas com outras doenças próprias da velhice e a falha dos profissionais de saúde ao não explorarem os comportamentos sexuais dos seus pacientes adultos idosos de forma rotineira.

As manifestações clínicas da infecção pelo VIH/SIDA são semelhantes em jovens e adultos idosos (Zingmond et al., 2001), contudo, nos últimos os sintomas que surgem no início da infecção (e.g., fadiga, anorexia, perda de peso, problemas de memória) e não sendo específicos do VIH, podem ser confundidos com os sintomas de outras doenças próprias da velhice, verificando-se uma tendência para a infecção pelo VIH/SIDA não ser reconhecida nos adultos idosos (Nichols et al., 2002; Peate, 2007; Shippy & Karpiak, 2005). As doenças crónicas próprias da velhice como a artrite, a osteoporose, os problemas cardiovasculares, podem mascarar os sintomas da infecção pelo VIH/SIDA

(Anderson, 1998; Andrade, Silva, & Santos, 2010, Chiao et al., 1999; Duarte & Dutschmann, 1998; Fowler, 2003; Godkin & Stoff, 2008; Grabar et al., 2006; Greene, 2003; Karlovsky et al., 2004; Levy-Dweck, 2005; Levy, Ory, & Crystal, 2003; Mockus & Coon, 2008; Peate, 2007; Shippy & Karpiak, 2005; UNAIDS, 2002), e como tal, o resultado é o diagnóstico tardio da infeção nesta camada da população (Chiao et al., 1999; Godkin & Stoff, 2008; Grabar et al., 2006; Lekas, Schrimshaw, & Siegel, 2005; Zingmond et al., 2001). Isto fará com que a infeção seja detetada numa fase já mais avançada (Xu et al., 2001), o que atrasará o tratamento por antirretrovirais e poderá comprometer a sua eficácia (Grabar et al., 2006). De facto, os idosos tendem a ser diagnosticados mais tardiamente do que os jovens (Castilla et al., 1998; Godkin & Stoff, 2008; Longo et al., 2008). Num estudo realizado em Portugal com uma amostra de 38 pacientes infetados pelo VIH/SIDA com mais de 60 anos, constatou-se que estes tinham sido tardiamente diagnosticados e já numa fase avançada da doença (Gomes, Poço, Lima-Alves & Mota-Miranda, 2002).

Outra razão apontada para o diagnóstico tardio é a falha dos profissionais de saúde ao não explorarem os comportamentos sexuais dos seus pacientes mais velhos, considerando que estes não reúnem as condições para contrair o vírus (Anderson, 1998; Cahil & Krivo-Kaufman, 2009; Chiao et al., 1999; Cloud et al., 2003; Gebo, 2006; Emler et al., 2003; Godkin & Stoff, 2008; Karlovsky et al., 2004; Mockus & Coon, 2008; Peate, 2007; UNAIDS, 2002; Zelenetz & Epstein, 1998). Um estudo realizado por Skiest e Keiser (1997) com uma amostra de 330 médicos americanos apurou que estes raramente ou nunca falavam acerca da infeção pelo VIH/SIDA e dos seus riscos com os seus pacientes com idade superior a 50 anos. Isto pode reforçar a ideia dos adultos idosos não se percecionarem como estando em risco para a infeção pelo VIH/SIDA (Karlovsky et al., 2004). Cahil e Krivo-Kaufman (2009) sugerem que os médicos devem perguntar a todos os seus pacientes, incluindo os mais velhos, sobre comportamentos de risco e não presumirem que estes não os adotam, bem como solicitar o teste de despistagem da infeção pelo VIH/SIDA. O Work Group for the HIV and Aging Consensus Project (2012) alertou para que os médicos realizem prevenção primária no campo da sexualidade com todos os seus pacientes, incluindo os mais idosos ao nível dos comportamentos de risco e formas de transmissão da infeção pelo VIH/SIDA. Os autores recomendam que a história sexual do paciente seja relatada pelo paciente de forma natural e como rotina. Há, por um lado, uma necessidade crescente de familiarizar todos os profissionais de saúde com esta nova realidade (Akers, 2007; Gebo, 2006; Godkin & Stoff, 2008; Grabar et al., 2006; Greene, 2003; Gutheil &

Chichin, 1991; Zelenetz & Epstein, 1998) e, por outro, de alertar os médicos para a necessidade de investigar a história pessoal e sexual dos seus pacientes (Zelenetz & Epstein, 1998).

Também os adultos idosos tendem a não conversar, por sua iniciativa, com os médicos acerca dos seus comportamentos de risco (Godkin & Stoff, 2008). Num estudo realizado por Lindau et al. (2007) apurou-se que, numa amostra de 3005 participantes com idades compreendidas entre os 57 e os 85 anos, apenas 38% dos inquiridos do género masculino e 22% das mulheres falaram com o seu médico acerca de problemas relativos à sexualidade. Outro estudo revelou que, 75% das adultas idosas inquiridas consideravam que os médicos deviam falar com os seus doentes sobre sexualidade, 55% afirmou já ter discutido o assunto com o seu médico e constatou-se, ainda, que as mulheres casadas conversam mais com os seus médicos acerca de sexualidade do que as não casadas (Lindau et al., 2006).

Em suma, o diagnóstico tardio coloca em risco tanto o próprio seropositivo (que diminui, assim, o tempo de sobrevivência) como os seus parceiros sexuais (Levy-Dweck, 2005; Williams & Donnelly, 2002).

4.2. Campanhas

Os adultos idosos parecem não prestar atenção às campanhas existentes sobre o VIH/SIDA: a mensagem não lhes chega pois não lhes é dirigida, o que apenas reforça o mito de que a infeção é própria dos jovens (Akers et al., 2007; Altschuler et al., 2008; Cahil & Krivo-Kaufman, 2009; Chaves, 1993; Dias et al., 2005; Eldred & West, 2005; Godkin & Stoff, 2008; Karlovsky et al., 2004; Klein et al., 2001; Levy-Dweck, 2005; Peate, 2007). As campanhas, vulgarmente, dirigem-se aos principais grupos de risco, como sejam os jovens, os toxicodependentes, os homossexuais, os reclusos, e, quando, dirigidas especificamente a mulheres, incluem apenas as grávidas (Akers et al., 2007).

Um estudo realizado com um grupo de participantes com idade superior a 50 anos, nova-iorquinos, revelou que estes não perceberam as mensagens de prevenção relativas ao VIH/SIDA (Klein et al., 2005). A maioria das campanhas alerta os jovens para o risco e, de facto, não existem campanhas específicas para os idosos, pelo menos em Portugal, o que deveria tornar-se uma prioridade. O estudo de Altschuler et al. (2008), revelou que, numa amostra de 249 participantes com mais de 50 anos, na sua maioria estes eram sexualmente ativos, possuíam um baixo grau de conhecimento face à infeção pelo VIH/SIDA e, por isso, que era fundamental a existência de programas de informação/educação dirigidos a esta faixa etária. Os próprios participantes que

constituíram a amostra de um estudo realizado por Gott (2001), com idade superior a 50 anos, constataram que não recebiam informação suficiente acerca das doenças sexualmente transmissíveis e em particular do VIH/SIDA, sendo que cerca de 25% dos inquiridos se mostraram interessados em receber mais informação acerca destas questões. Num estudo português realizado com adultos infetados pelo VIH/SIDA (Costa, 2009), 90% da amostra referiu a necessidade de campanhas como forma de prevenção e disseminação da infeção. Acresce que cerca de metade dos participantes deste estudo não se recordam de nenhuma campanha de combate à doença.

A população com mais de 55 anos, sendo sexualmente ativa e revelando um baixo conhecimento face à infeção pelo VIH/SIDA e quanto às suas formas de transmissão, necessita de programas de prevenção e educação sexual específicos (Abel & Werner, 2003; Akers et al., 2007; Altschuler et al., 2008; Andrade et al., 2010; Godkin & Stoff, 2008; Grabar et al., 2006; Mockus & Coon, 2008; Shippy & Karpiak, 2005; Zelenetz & Epstein, 1998). Deste modo, emerge a necessidade de programas de educação acerca de comportamentos de risco (Butt et al., 2001; Gutheil & Chichin, 1991; Tibúrcio, Bazin, Dalston, Setúbal, & Tavares, 1994), sendo que a idade é uma variável chave a considerar na elaboração destes programas e campanhas (Theall, Elifon, Sterk, & Klein, 2003). São necessárias, por exemplo, campanhas específicas de sensibilização para a utilização do preservativo nesta faixa etária (Cahil & Krivo-Kaufman, 2009; Levy-Dweck, 2005) e campanhas educativas para mulheres já infetadas ou não pelo VIH para que possam adquirir e criar competências para discutir a sexualidade e a prevenção com o seu parceiro, procurando melhorar e aprofundar a comunicação entre parceiros sexuais quanto à negociação da utilização do preservativo (Galvão et al., 2004; Lifshay et al., 2009; Winningham, Richter, Corwin, & Gore-Felton, 2004). Finkler (2003) sugere, ainda, a elaboração de programas de prevenção que considerem a realidade dos casados que não usam preservativo. As campanhas de prevenção devem, também, contemplar a importância da revelação da condição de seropositividade para o VIH aos parceiros sexuais, como uma das formas de travar a disseminação da infeção pelo VIH/SIDA (Simoni & Pantalone, 2004). A sensibilização da população para a realização do teste de despistagem do VIH pode, também, servir como uma medida preventiva no combate à doença, tal como apuraram os estudos de Fedor, Kohler e Berhrman (2013) e Finkler (2003), pois reduz a adoção de CSR.

A tarefa de adequar campanhas de prevenção dirigidas a adultos mais velhos torna-se difícil pela diminuta investigação nesta área, sendo necessária mais investigação nesta faixa etária para adequar programas de prevenção e tratamento (Cahil

& Krivo-Kaufman, 2009). Há uma crescente necessidade de perceber como a infecção afeta os adultos mais velhos, como a vivem, sentem, que mudanças provoca na sua vida pessoal, social, afetiva e profissional. De acordo com Cahil e Krivo-Kaufman (2009) deve investigar-se quais os fatores de risco para a infecção pelo VIH/SIDA nos adultos mais velhos, nomeadamente ao nível dos comportamentos, de forma a perceber se as intervenções realizadas são eficazes.

As campanhas constituem-se como um bom instrumento na alteração de comportamentos de risco, contudo não são eficazes por si só, pois os fatores intrínsecos também devem ser considerados (Costa, 2009). No estudo de Costa (2009), apurou-se que 70% dos participantes relevaram que consideram eficazes as campanhas na mudança de comportamentos de risco para a população em geral, mas não consideraram que estas tenham contribuído para alterar os seus próprios comportamentos. É, pois, necessário implementar estratégias que promovam atitudes e comportamentos sexuais preventivos e seguros (Rosenthal, Fernbach & Moore, 1997).

4.3. Atitudes Sexuais

Apesar do aumento do número de casos de pessoas infetadas pelo VIH/SIDA na população idosa, e sabendo-se que a principal via de transmissão nesta faixa etária é a sexual, pouco se sabe, ainda, acerca das suas atitudes e comportamentos sexuais (Linsk, 2000). A literatura comprova que um elevado número de idosos possui ainda interesse, capacidade e desejo pela atividade sexual, e que, por isso, são sexualmente ativos até uma idade tardia da sua vida, não obstante o estereótipo do idoso assexuado (Addis et al., 2006; Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Gott, 2001; Lindau et al., 2006; Steinke, 1994).

Na verdade, tem-se verificado que as atitudes constituem importantes preditores para a adoção de uma série de comportamentos, extensíveis à utilização do preservativo (Alvarez, 2005). Comportamentos e atitudes estão estreitamente ligados, uma vez que a atitude predispõe a pessoa a assumir determinados comportamentos e estes podem ser reveladores de atitudes (Lima, 2002).

A atitude pode ser definida como uma predisposição para pensar, sentir e agir de determinada maneira face a um objeto ou acontecimento, podendo ser considerada como uma fonte de motivação que conduz o comportamento da pessoa (Ajzen & Fishbein, 1977; Reimão, 1998). Engloba as componentes afetiva, cognitiva e comportamental e pode ser definida como uma organização duradoura de crenças e cogações em geral (predisposições comportamentais adquiridas), dotada de uma carga

afetiva pró ou contra um dado objeto social definido (Bizer, 2004; Neto, 1998). Eagly e Chaiken (1993, p. 1) definiram atitudes como sendo “uma tendência psicológica expressa através de uma avaliação, com a presença de algum grau de aprovação ou recusa de uma entidade específica”. Partindo desta definição, quando o sexo é a entidade específica ou o objeto da atitude, entendido como um constructo multidimensional, entra-se no campo das atitudes sexuais. As atitudes sexuais comportam aspetos biológicos, psicológicos e sociais da vida sexual das pessoas (Filipe, 2012). Uma definição possível para as atitudes sexuais pode ser a seguinte: uma tendência psicológica expressa através de uma avaliação com a presença de algum grau de aprovação ou recusa das várias dimensões do sexo. Partindo desta definição, quando se avaliam as atitudes sexuais de adultos idosos, estão em jogo duas variáveis específicas. Por um lado, a idade que aumenta a frequência de problemas de índole funcional (entre outros) e, por outro, a nacionalidade que se manifesta em áreas como o nível de escolaridade, ou a cultura, entre outras.

As atitudes e os comportamentos sexuais são muitas vezes estudados em simultâneo (Antunes, 2007; Davidson, Moore, Earle, & Davis, 2008; Eagly & Chaiken, 1993). Neste contexto torna-se pertinente pensar as atitudes face à sexualidade em conjunto com os comportamentos sexuais de risco (CSR). Deste modo, a literatura tem demonstrado que as pessoas que incorrem em CSR, têm atitudes permissivas face à sexualidade (Bell, O’Neal, Feng, & Schoenrock, 1999). Na verdade, ter uma atitude permissiva face à sexualidade, implica aceitar o sexo ocasional, sem compromisso, e a diversidade de parceiros (Hendrick, Hendrick, Slapion-Foote, & Foote, 1985), os quais podem estar estreitamente relacionadas com a adoção de certos CSR. No estudo de Antunes (2007) apurou-se que os participantes que relataram não utilizar o preservativo e não se preocupar com a transmissão de infeções sexualmente transmissíveis (IST) foram os que se revelaram mais permissivos e que mais valorizaram a instrumentalidade na sexualidade. Não existindo cura para a infeção, a prevenção e o controlo têm de passar pela mudança de atitudes e comportamentos, pois sabe-se que a ausência de comportamentos preventivos aumenta a propagação da doença (Gerrard, Gibbons, & Bushman, 1996).

A sexualidade humana foi sucessivamente submetida ao crivo da cultura e da tradição que, ao longo dos tempos, condicionou a aceitação ou rejeição dos vários comportamentos sexuais (Antunes, 2007). Este condicionamento impediu até há cerca de 60 anos o estudo da sexualidade de um ponto de vista científico. Foi só com Alfred Kinsey, no fim dos anos 60, que a ciência passou a desempenhar um papel de peso na

sexualidade humana (vd. Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin, & Gebhard, 1953). Historicamente, a sexualidade sofreu uma evolução, passando de algo restritivo e proibitivo para uma visão cada vez mais permissiva. Atualmente existe uma maior abertura da sociedade face à sexualidade (Davidson et al., 2008), ainda que permaneçam dois tipos de atitudes sexuais, uma conservadora e outra liberal (Lopez & Fuertes, 1999).

4.3.1. Idade. No referente à idade a literatura tem demonstrado que, comparativamente com os jovens, os adultos idosos são menos permissivos e instrumentais (Le Gall, Mullet, & Shafighi, 2002). Os homens adultos idosos revelam pontuações mais elevadas na comunhão do que os jovens e do que as mulheres, o que poderá ser explicado, como referem os autores, pelo declínio da atividade sexual com a idade (Le Gall et al., 2002).

4.3.2. Género. Quanto ao género vários estudos apontam no sentido dos homens serem mais permissivos do que as mulheres (Alferes, 1994; Antunes, 2007; Eisenman & Dantzker, 2006; Hendrick et al., 1985; Hendrick, Hendrick e Reich, 2006; Le Gall et al., 2002; Oliver & Hyde, 1993; Silva, 2008; Vera Cruz & Mullet, 2012). Hendrick et al. (1985) constataram diferenças de género face às atitudes sexuais, sendo que as mulheres demonstraram ser mais responsáveis, convencionais e idealísticas do que os homens, considerando a comunhão como uma via para a sexualidade. Todavia, nalguns estudos não foram encontradas diferenças de género na comunhão (Alferes, 1994; Filipe, 2012). Já os homens revelaram-se mais permissivos e valorizaram mais a instrumentalidade na sexualidade quando comparados com as mulheres (Eisenman & Dantzker, 2006; Filipe, 2012; Hendrick et al., 1985; Le Gall et al., 2002; Oliver & Hyde, 1993). No estudo de Le Gall et al. (2002) verificou-se que nos jovens não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao género no fator comunhão, contudo, nos adultos idosos os homens revelaram pontuações ligeiramente mais elevadas do que as mulheres.

Especificamente, em Portugal, as diferenças de género refletem-se ao nível dos papéis sociais, sendo que às mulheres é exigido que sejam mais repressivas e conservadoras, no respeitante à sexualidade, e aos homens são admitidas atitudes mais permissivas face à sexualidade (Nodin et al., 2001). Verificou-se, ainda, que as mulheres são sexualmente mais responsáveis do que os homens (Alferes, 1994; Silva, 2008).

A sexualidade masculina é construída sob a perspetiva de ser sexualmente experiente e do prazer físico. Os homens revelam uma maior aceitação pelas relações sexuais antes do casamento e extraconjugais, registando menos culpa do que as

mulheres (Oliver & Hyde, 1993). Por contraponto, a sexualidade feminina é fortemente influenciada pela ideia de romance/amor, sendo mais inibida por constrangimentos sociais (Saavedra, Nogueira & Magalhães, 2010; Silva, 2008). As mulheres revelam atitudes mais conservadoras face à sexualidade, fruto da educação e dos valores transmitidos pela família e sociedade (Hoga, Tibúrcio, Borges, & Reberte, 2010). Por exemplo, as mulheres que participaram no estudo de Mkandawire-Valhmu et al. (2013) quando questionadas acerca da infidelidade consideraram que as mulheres que têm relações extraconjugais são prostitutas.

O estudo de Aboim (2011) demonstra que se as mulheres tiverem redes de relacionamento social mais permissivas face à sexualidade (relativamente a questões como a infidelidade e as relações sexuais ocasionais), então adotarão atitudes face à sexualidade mais liberais e mais comportamentos de risco. Assim, os comportamentos sexuais, sobretudo no género masculino, são mais influenciados pela rede de amigos, na questão da infidelidade, havendo uma maior tolerância sexual no legitimar da infidelidade conjugal (Aboim, 2011). A infidelidade conjugal masculina é mais aceite/tolerada em famílias mais tradicionais, enquanto que a feminina é altamente condenável e censurada ao nível familiar (Aboim, 2011).

Como se pode verificar existem, ainda, claras assimetrias quanto às práticas sexuais em homens e mulheres, continuando vigente o duplo padrão sexual (Amâncio & Oliveira, 2006).

4.3.3. Estado civil. Maj-Briht e Helle (1990) concluíram no seu estudo que os adultos idosos com parceiro têm atividade sexual com mais frequência do que os sem parceiro, sendo que estes também revelaram um menor interesse pela sexualidade. Mais recentemente, Laumann, Paik, e Rosen (2006) concluíram que possivelmente os relacionamentos não maritais de adultos idosos estão associados a maiores níveis de bem-estar subjetivo. Acresce a existência de múltiplos parceiros sexuais por homens que estão pouco satisfeitos com as suas relações e que acreditam que o sexo é uma parte importante das suas vidas.

4.3.4. Nível de escolaridade e estatuto sócio-económico. Maj-Briht e Helle (1990) não encontraram relações possíveis entre a profissão e a importância dada à sexualidade, exceto no grupo das donas de casa que consideravam a sexualidade como pouco importante. Já no que toca à relação entre sexualidade e educação, os adultos idosos com escolaridade equivalente ao primeiro ciclo português mostraram menos interesse pela sexualidade do que os adultos idosos com uma escolaridade superior (Maj-Briht e Helle, 1990). Este resultado é considerado pelos autores como sendo

confirmatório de estudos realizados noutros países. Vera Cruz e Mullet (2012) apuraram que as pessoas com maior nível de escolaridade são mais favoráveis a um tipo de sexualidade não convencional do que pessoas pouco escolarizadas.

No que concerne ao estatuto socioeconómico, Samuels (1997) constatou que este era um bom preditor de atitudes sexuais, no sentido em que pessoas de estatuto socioeconómico elevado têm atitudes mais liberais e menos conservadoras face à sexualidade.

4.3.5. Religião. No respeitante à religião, verifica-se que quanto maior o nível de religiosidade, menor a permissividade, isto é, pessoas mais religiosas tendem a ter atitudes conservadoras e restritivas face à sexualidade (Beckwith & Morrow, 2005; Samuels, 1997). A literatura indica que o reduzido número de parceiros sexuais, a ausência de atividade sexual, as atitudes sexuais mais conservadoras e a não utilização do preservativo estavam relacionados com níveis elevados de religiosidade (Beckwith e Morrow, 2005; Davidson, Moore, & Ullstrup, 2004; Lefkowitz et al., 2004; Mahoney, 1980; Notzer, Levran, Mashiach, & Sqffer, 1984).

O estudo de Silva (2008) demonstrou que os não praticantes de uma religião revelaram-se mais permissivos do que os praticantes. Relativamente à comunhão não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os praticantes e os não praticantes de uma religião. O estudo de Antunes (2007) também apurou que os participantes sem religião praticavam uma sexualidade com atitudes permissivas mas também com envolvimento afetivo. Contudo, no estudo de Pinto (2012) não se verificou qualquer relação entre a religião e as atitudes sexuais.

Maj-Briht e Helle (1990) concluíram que não há diferenças significantes entre os praticantes e os não praticantes de uma religião, em termos de relações sexuais ou masturbação. Deste modo, ao contrário do que seria de esperar, o impacto da religião não influenciou de forma negativa a sexualidade dos adultos idosos. Seriam de esperar resultados diferentes porque na zona onde o estudo foi efetuado, a Igreja dominante, tal como as outras, tem uma ação pedagógica no que diz respeito à sexualidade. Ainda assim, os autores sublinham o facto deste estudo ter sido realizado em meio urbano e advertem que em meio rural pode haver uma maior influência da religião na sexualidade. Nodin et al. (2001) referem que na população portuguesa existe influência da Igreja no que diz respeito aos papéis sociais do homem e da mulher, sendo as mulheres as principais afetadas devido ao culto da Virgem Maria. Este culto dita um conjunto de regras simbólicas sobre como uma boa mulher deve comportar-se, sempre com base num modelo de mulher maternal e sem envolvimento sexual. Os autores

afirmam que os ideais católicos tradicionais ainda são uma referência para as gerações mais antigas, especialmente para as mulheres.

4.4. Conhecimento das Formas de Transmissão da Infecção pelo VIH/SIDA

A falta de conhecimento das formas de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA é outra das causas apontadas para o aumento dos novos casos de VIH/SIDA em pessoas com idades mais avançadas. De facto, a falta de informação parece ter contribuído para o alastramento da infecção à faixa etária mais velha da população, uma vez que na ausência desta, dificilmente as pessoas formam atitudes e comportamentos congruentes com estilos de vida saudáveis.

O estudo de Wright, Dorst, Caserta, e Lund (1998), com uma amostra de 110 adultos idosos, com idades compreendidas entre os 50 e os 92 anos, apurou que, ainda que o nível de conhecimento acerca da infecção pelo VIH/SIDA fosse elevado comparativamente a estudos anteriores, um terço da amostra revelou um fraco conhecimento acerca das formas de transmissão da infecção. No estudo de Maes e Louis (2003) constatou-se que apesar dos participantes terem um conhecimento geral acerca da infecção pelo VIH/SIDA, havia muitas lacunas ao nível dos modos de transmissão, das causas da infecção e dos aspetos clínicos, e isto era transversal às várias faixas etárias. Num outro estudo realizado com 23 adultos idosos apurou-se que existiam graves lacunas ao nível do conhecimento dos participantes face à infecção VIH/SIDA, formas de transmissão e grupos de risco (Souza et al., 2009). Outro estudo revelou que numa amostra com cerca de 500 mulheres com mais de 50 anos, 64% tinha um baixo conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA (Akers et al., 2007). Num outro estudo com uma amostra de 834 participantes com idades entre os 46 e os 65 anos, 70% responderam incorretamente a questões que pretendiam avaliar o grau de conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA (Abel & Werner, 2003). Altschuler et al. (2008) realizaram um estudo com 249 pessoas com 50 e mais anos, onde verificaram que estes tinham poucos conhecimentos acerca da infecção pelo VIH e das suas formas de transmissão, com mais de metade da amostra acreditando que não tinha que se preocupar quanto à possibilidade de se infetar. Uma possível explicação para a falta de conhecimento nesta faixa etária poderá estar relacionada com o facto de os adultos idosos não terem sido educados na escola para este problema, uma vez que quando a infecção surgiu já eram adultos ou já tinham ultrapassado a idade escolar (Emlet, 2005).

No entanto, a investigação divide-se quanto à possibilidade do conhecimento acerca da infecção pelo VIH/SIDA ser um bom preditor da adoção de comportamentos

sexuais de risco (CSR). Por um lado, a investigação que sugere o Conhecimento da infeção como um forte preditor para a ocorrência de CSR (Cláudio & Mateus, 2000; Coates, 1990; Fisher & Fisher, 1992; Fisher et al., 1996), por outro, a investigação que aponta para o baixo poder explicativo do conhecimento para a adoção de CSR (Roscoe & Kruger, 1990; Wulfert & Wan, 1993).

O estudo de Knipper et al. (2007), aponta para uma correlação positiva entre a utilização do preservativo e um elevado conhecimento acerca do infeção pelo VIH/SIDA. Outros estudos indicam que pessoas com baixos conhecimentos sobre a infeção e as suas formas de transmissão tendem a utilizar menos o preservativo (Calazans, Araújo, Venturi, & França, 2005; Camargo & Botelho, 2007). No entanto, investigação contrária aponta no sentido de nem sempre um conhecimento elevado face à infeção se traduz num aumento de comportamentos de proteção, designadamente a utilização do preservativo (Baldwin & Baldwin, 1988; Roscoe & Kruger, 1990). O estudo de Nesidai, Ng'ang'a, Mwangi, & Wanzala (2011), por exemplo, revelou que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o nível de conhecimento acerca da infeção e das suas formas de transmissão e o uso do preservativo. Este baixo poder explicativo do conhecimento da infeção parece poder ser explicado pela “ilusão de invulnerabilidade única”, isto é, pela caracterização da infeção pelo VIH/SIDA como um problema exterior ao grupo (Costa & Lima, 1998), e pela baixa perceção de vulnerabilidade à infeção (Malloy, Fisher, Albright, Misovich, & Fisher, 1997; Wulfert & Wan, 1993). O facto de as pessoas terem conhecimento acerca da infeção não se traduz em menos comportamentos de risco (Lopes, 2006). No estudo de Costa (2009) mesmo os participantes que revelaram ter um conhecimento acerca do VIH mais elevado, revelaram incorrer em CSR. De acordo com a literatura sabe-se que as pessoas têm vontade de se protegerem da infeção pelo VIH/SIDA por conhecerem as suas formas de transmissão, contudo, não praticam uma sexualidade segura (Alvarez, 2005; Stephenson, 2009).

Na investigação também se tem procurado identificar as fontes de informação do conhecimento acerca da infeção pelo VIH/SIDA e suas formas de transmissão. Um estudo realizado por Henderson et al. (2004) com 514 mulheres com uma média de idades de 62 anos, concluiu que as principais fontes de informação acerca da infeção pelo VIH/SIDA apontadas pelas participantes foram a televisão (85%), os amigos (54%), a família (51%) e os jornais (51%). De salientar que apenas 38% referiu receber informação pelo seu médico. No estudo de Finkler (2003) foram apontados os órgãos de comunicação social, os amigos e o médico. Um estudo realizado com jovens revelou

que as principais fontes de informação sobre a infecção pelo VIH/SIDA foram a escola (44.8%), a televisão (41.5%), os folhetos (36.6%) e a família (34.1%). Estes jovens consideraram, ainda, que os médicos e outros profissionais de saúde fornecem pouca informação acerca da infecção (Camargo & Botelho, 2007). Em Portugal, as fontes de informação mais comuns são os órgãos de comunicação social, como a televisão, os jornais e as revistas (Lucas, 1993).

4.4.1. Idade. Os adultos idosos registam um conhecimento inferior ao dos jovens no que respeita à doença, às suas manifestações e vias de transmissão, adotando, por isso, CSR (Abel & Werner, 2003; Godkin & Stoff, 2008; Gutheil & Chichin, 1991; Henderson et al., 2004; Karlovsky et al., 2004; Klein et al., 2001; Mockus & Coon, 2008; Shippy & Karpiak, 2005; Stall & Catania, 1994; Zablotsky & Kennedy, 2003). Por seu lado, Im-Em, VanLandingham, Knodel e Saengtienchai (2002) verificaram que os mais idosos sabem menos do que os adultos jovens. Também, no estudo de Henderson et al. (2004) apurou-se que o conhecimento quanto às formas de transmissão da infecção em mulheres com idade igual ou superior a 50 anos estava relacionado com a idade, sendo que o grupo de mulheres com uma média de idades de 59 anos revelou mais conhecimento do que as mulheres do grupo com uma média de idades de 64 anos. Na verdade, o conhecimento acerca da infecção diminui à medida que a idade aumenta (Santos-Ortiz et al., 2004).

4.4.2. Género. O estudo de Im-Em et al. (2002) registou diferenças quanto ao conhecimento acerca do VIH/SIDA, mais especificamente quanto aos riscos, relativamente ao género, verificando-se que os adultos idosos sabem menos que as adultas idosas. Também Santos-Ortiz et al. (2004) constataram que as mulheres têm um conhecimento superior ao dos homens.

4.4.3. Estado civil. O estudo de Weaver e Passmore (2012) verificou que são os casados que têm mais conhecimento acerca da infecção pelo VIH, quando comparados com os solteiros. Porém, a variável estado civil não apresentou qualquer correlação com o conhecimento acerca da infecção no estudo de Henderson et al. (2004).

4.4.4. Nível de escolaridade. Vários são os estudos que indicam que o nível de escolaridade está relacionado com o conhecimento da infecção, sendo que quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de conhecimento sobre a infecção pelo VIH/SIDA (Andrade et al., 2010; Henderson et al., 2004; Maes & Louis, 2003; Noden, Gomes & Ferreira, 2010; Weaver & Passmore, 2012).

4.4.5. Religião. Os homens praticantes de uma religião revelaram um conhecimento face à infecção superior ao dos não praticantes (Noden et al., 2010).

4.5. Comportamentos Sexuais de Risco

Com efeito, atitudes, conhecimento e comportamentos estão estreitamente ligados. O comportamento sexual resulta da interação de elementos cognitivos (ideias, crenças, atitudes) e elementos biológicos (motivação para agir e procura de satisfação) (Lopez & Fuertes, 1999). Consideram-se comportamentos sexuais de risco (CSR) a atividade sexual associada ao consumo de álcool, o número de parceiros sexuais, o não conhecimento do estado serológico do parceiro sexual e o facto de um dos intervenientes da relação sexual ser seropositivo, a infidelidade conjugal, o recurso à prostituição, a não utilização do preservativo, a não perceção de risco face à infeção pelo VIH/SIDA, a não realização do teste de despistagem do VIH e a toma de medicação para a disfunção erétil.

4.5.1. Comportamentos sexuais de risco e variáveis sociodemográficas.

Vários estudos demonstram que existem diversos fatores, tais como a idade, o género, o estatuto socioeconómico, o nível de escolaridade e a religião, que podem explicar a adoção de CSR, sugerindo quem é mais ou menos vulnerável à infeção pelo VIH/SIDA (Dias, Matos & Gonçalves, 2002).

Idade. A idade, por exemplo, é uma dessas variáveis preditoras, verificando-se que os adolescentes e jovens adultos têm mais CSR do que os adultos idosos, estando, por isso, mais expostos à infeção pelo VIH/SIDA (Catania et al., 1995; Coates, 1990; Gerrard et al., 1996). Por seu lado, as mulheres mais velhas relatam menos CSR face ao VIH/SIDA do que as mulheres com idade inferior a 50 anos, dado que aquelas revelam um menor número de parceiros sexuais e uma história com menor número de doenças sexualmente transmissíveis (Schable et al., 1996). Refira-se, ainda, que o número de parceiros sexuais, em simultâneo, diminui à medida que a idade aumenta (Dolcini, Coates, Catania, Kegeles, & Hauck, 1995). Contudo, os participantes mais velhos que constituíram a amostra do estudo de Rosenthal et al. (1997) adotaram mais CSR e revelaram um maior número de parceiros sexuais do que os mais jovens.

Género. Existem, também, diferenças de género quanto à adoção de CSR. Na verdade, as mulheres estão mais conscientes face ao risco de alguns comportamentos sexuais do que os homens (Aboim, 2011; Baldwin & Baldwin, 1988; Goldman & Harlow, 1993; Nodin, 2001; Stall & Catania, 1994). De referir, ainda, que os homens relatam mais relações extraconjugais e ter o dobro de parceiros sexuais quando comparados com as mulheres (Alvarez, 2005; Choi, Catania & Dolcini, 1994). No estudo de Jackson, Early, Schim, e Penprase (2005) foram encontradas diferenças de género relativamente aos CSR adotados, sendo que os homens registam uma maior

percentagem de múltiplos parceiros sexuais do que as mulheres. No entanto, o estudo de Rosenthal et al. (1997) não revelou diferenças de género quanto à prática de CSR. Por seu lado, as estratégias de prevenção de CSR apontadas pela amostra do estudo de Benotsch et al. (2006) diferiram de acordo com o género, sendo que os homens revelaram poder recorrer mais à utilização do preservativo na próxima relação sexual, e as mulheres relataram que poderiam reduzir o número de parceiros sexuais.

Estado civil. Num estudo realizado com 6090 participantes apurou-se que 10.5% eram seropositivos casados e 15.7% seropositivos não casados, verificando-se que os casados revelaram um maior risco de se poderem infetar do que os não casados (Shisana et al., 2004). Stall e Catania (1994) apuraram que os divorciados e solteiros são os que mais incorrem em CSR, seguidos dos casados e por último dos viúvos. De acordo com Karlovsky et al. (2004), o aumento do número de divórcios pode também ter contribuído para o aumento das doenças sexualmente transmissíveis nos mais velhos.

Nível de escolaridade e estatuto socioeconómico. Um estudo realizado por Allain, Anokwa, Casbard, Owusu-Ofori, e Dennis-Antwi (2004) indica que um nível de escolaridade elevado diminui o risco de infeção pelo VIH/SIDA. E no mesmo sentido, o estudo de Cruzeiro et al. (2010) apurou que são os mais escolarizados que adotam mais comportamentos preventivos face ao VIH.

Também o estatuto socioeconómico pode ser considerado um bom preditor dos CSR face ao VIH, no sentido em que pessoas economicamente mais desfavorecidas apresentam um maior risco de infeção (Coates, 1990). Dados epidemiológicos dos EUA, indicam que a infeção está a atingir cada vez mais as camadas mais pobres da população (Karon, Fleming, Steketee, & DeCock, 2001). Contudo, no estudo de Shisana et al. (2004) os participantes de estatuto socioeconómico elevado revelaram um maior risco de se poderem infetar do que os de estatuto socioeconómico baixo.

Religião. Considerando a religião, a investigação sugere que quanto maiores os níveis de religiosidade, menores os riscos de infeção pelo VIH e de envolvimento em relações extraconjugais (Allain et al., 2004; Galvan, Collins, Kanouse, Pantoja, & Golinelli, 2007; Trinitapoli & Regnerus, 2006). Alguns estudos demonstraram que pessoas que frequentam mais a Igreja têm menos parceiros sexuais (Davidson, Darling, & Norton, 1995; Murray et al., 2007) e, noutro estudo, verificou-se que mulheres com maiores níveis de religiosidade incorrem em menos CSR (Gillum & Holt, 2010; Theall et al., 2003). Contudo, no estudo de Baldwin e Baldwin (1988) verificou-se que a religião não influenciava a prática de CSR.

4.5.2. Consumo de álcool. De acordo com Nadeau, Truchonm, e Biron (2000), o consumo de álcool é um bom indicador da adoção de CSR, podendo ser considerado um fator no aumento do risco de infecção pelo VIH/SIDA. O álcool favorece a alteração da percepção de risco podendo conduzir a CSR. No estudo de Benotsch et al. (2006), 85% da amostra revelou já ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool.

No estudo de Costa (2009) com uma amostra de adultos portugueses infetados pelo VIH/SIDA constatou-se que 64% teve relações sexuais sob o efeito de álcool antes do conhecimento do diagnóstico de VIH, e depois do diagnóstico 34% dos participantes continuaram a ter relações sexuais sob o efeito de álcool.

4.5.3. Número de parceiros sexuais e infidelidade. De facto, o número de parceiros sexuais pode constituir, em si, um CSR (Costa, 2009; Lucas, 1993). Os homens revelam um maior número de parceiros sexuais ao longo da vida e de parceiros ocasionais, quando comparados com as mulheres (Aboim, 2011, 2012; Amaro, Frazão, Pereira, & Cunha Teles, 2004; Benotsch et al., 2006; Lucas, 1993; Oliver & Hyde, 1993). As mulheres que revelam um maior número de parceiros sexuais são as mais jovens e mais escolarizadas (Aboim, 2011). No estudo de Ferreira e Cabral (2007), 59.1% dos participantes masculinos, afirmaram ter tido quatro ou mais parceiros sexuais ao longo da vida, enquanto que 55.7% das mulheres revelaram ter tido apenas um parceiro sexual ao longo da vida. Quanto ao número de parceiros sexuais ocasionais, 4.5% e 5.9% das mulheres portuguesas referem, respetivamente, que o último e o penúltimo parceiro sexual que tiveram foi ocasional, contra 15.7% e 21.8% dos homens (Ferreira & Cabral, 2007).

No estudo conduzido por Amaro et al. (2004), verificou-se que, numa amostra de portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 69 anos, 22.9% dos homens revelaram ter tido mais do que dois parceiros sexuais no último ano, variando entre dois e 22, ao passo que apenas 2.9% das mulheres referiu ter tido dois a três parceiros sexuais no mesmo período. No estudo de Jackson et al. (2005) os homens inquiridos declararam ter tido entre zero e 15 parceiras sexuais, enquanto as mulheres entre zero e dois. O *script* sexual associado ao género masculino permite aos homens trocarem facilmente de parceira, normalizando a infidelidade masculina, pois esta é socialmente aceite e nalguns casos até valorizada. Já o *script* sexual associado à sexualidade feminina é o da responsabilidade e compromisso (Saavedra et al., 2010).

No estudo de Aboim (2011) apurou-se que o universo relacional das pessoas é um bom preditor de CSR, parecendo existir alguma similitude entre os próprios e os seus amigos e familiares. Verifica-se que os homens são mais influenciados pelos

amigos quanto ao número de parceiros ocasionais. Para as mulheres o que influencia o número de parceiros sexuais ocasionais é a pressão social e as suas redes de relacionamento social, por isso estão mais dependentes de terem amigos confidentes e familiares mais ou menos liberais face à sexualidade.

Também a infidelidade é considerada um CSR, dado que facilita a transmissão e propagação do VIH e de outras infeções sexualmente transmissíveis (IST). De acordo com os dados do estudo de Stall e Catania (1994), o principal CSR adotado pelos americanos é ter parceiros sexuais múltiplos, sendo a monogamia, sem dúvida, uma forma de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA e outras IST (Benotsch et al., 2006). Lucas (1993) indica que a infidelidade é praticada maioritariamente pelo género masculino, pelos solteiros e pelos mais jovens (Lucas, 1993). Já Choi et al. (1994) e Shisana et al. (2004) demonstram que as relações extraconjugais são praticadas maioritariamente por pessoas do género masculino, com baixos níveis de escolaridade e que não frequentam a igreja. O estudo de Ferreira e Cabral (2007) refere que 12% da população portuguesa é infiel, sendo que 16.9% dos homens e 7.1% das mulheres a viverem em casal, afirmaram ter tido parceiros sexuais em simultâneo nos últimos cinco anos. No estudo de Amaro et al. (2004) constatou-se uma realidade preocupante: 39.4% dos participantes de ambos os géneros referiram ter dois parceiros sexuais em simultâneo. Em Portugal, as relações extraconjugais são relativamente comuns, dado que um em cada quatro homens com uma relação estável, admite a sua prática (Lucas, 1993).

O estudo de Smith (1998) apurou que as pessoas que vivem em meio urbano relatam um maior número de parceiros sexuais e de relações extraconjugais, quando comparados com as que vivem em meio rural. Os homens casados têm uma maior probabilidade de se infetarem pelo VIH do que as mulheres casadas, o que sugere que os homens se podem infetar através de relações extraconjugais, aumentando, desta forma, o risco de infetar as suas mulheres. O risco acresce pela não utilização do preservativo suportada na crença de fidelidade do cônjuge. Isto também acontece porque a utilização do preservativo continua a ser amplamente associado à prevenção da gravidez (Shisana et al., 2004). Assim, Diggos (2007) afirma que também o casamento constitui um fator de risco para a infeção VIH/SIDA. No seu estudo verificou que as relações extraconjugais e a não utilização do preservativo são duas das causas para a propagação da infeção entre os casados. Na verdade, alguns estudos apontam para o risco de infidelidade em relações de longa duração, existindo, deste modo, risco de infeção pelo VIH/SIDA (Choi et al., 1994; Finkler, 2003). As mulheres tendem a

ignorar os riscos de infidelidade do seu parceiro como prova de confiança (Finkler, 2003; Knauth, 1997; Maxwell & Boyle, 1995; Paiva et al., 1998). Apesar dos casais optarem muitas vezes pela não utilização do preservativo como prova de confiança na fidelidade do parceiro, as mulheres do estudo de Finkler (2003) referem que acreditam que os seus companheiros em algum momento possam ter tido uma relação extraconjugal. No mesmo sentido, 59% das adultas idosas que constituíram a amostra do estudo de Winningham et al. (2004), revelaram que os seus companheiros já tiveram pelo menos um CSR. Ainda, assim, estas mulheres consideram-se pouco vulneráveis a contrair a infeção pelo VIH/SIDA. Ainda que os casados (42%) da amostra do estudo de Benotsch et al. (2006) revelassem uma menor probabilidade de ter múltiplos parceiros sexuais do que os não casados, 24% admitiram ter vários parceiros sexuais ocasionais.

Um estudo realizado com 226 casais portugueses apurou as motivações para a infidelidade, sendo que os participantes associaram-na ao desejo, descoberta, novidade, prazer e à insatisfação, dúvida e ausência de sentimentos na relação alvo (Castro et al., 2010). Note-se que, em Portugal, o principal motivo inerente ao aumento do número de adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA são as relações extraconjugais.

4.5.4. Recurso à prostituição. Os comportamentos desprevenidos dos homens podem ser associados aos cânones da masculinidade tradicional, nomeadamente o recurso à prostituição (Aboim, 2012). É de notar que 80% dos homens adultos infetados pelo VIH que participaram no estudo de Sears, Cabrera-Rodriguez, Ortiz-Mejia, Anderson, e Stein (2008) afirmaram já ter recorrido à prostituição. Considerando que o comportamento de maior risco entre os heterossexuais é o recurso à prostituição (Chaves, 1993), a prática religiosa pode prevenir CSR. Por exemplo, no estudo de Noden et al. (2010) apurou-se que os não praticantes de uma religião tendem a recorrer mais à prostituição e à não utilização do preservativo do que os praticantes.

Um estudo realizado em Portugal com uma amostra de 3055 participantes, representativa da população portuguesa, apurou que 4.8% dos portugueses recorre a sexo pago, sendo um perfil exclusivamente masculino (Aboim, 2012). Outro estudo realizado, em Portugal revelou que numa amostra de participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos, 39% dos homens já tinha recorrido à prostituição, dos quais 58.5% afirmou não ter usado preservativo (Amaro et al., 2004). Deste modo, “falta de informação, de receio, de prevenção efetiva fazem parte da vida sexual destes homens, assim potenciais portadores e transmissores de ISTs, ao justaporem a relação conjugal a outros encontros sexuais ocasionais, pagos ou não”. (Aboim, 2012, p. 110). Os que mais recorrem à prostituição em Portugal são os mais

velhos, os menos escolarizados e com a menor noção dos perigos de infeção, logo não adotando comportamentos preventivos (Aboim, 2012).

As prostitutas continuam a ser consideradas uma população em risco para se infetarem pelas IST. Vários projetos têm sido desenvolvidos para combater os CSR em prostitutas (Magalhães, Silva, & Carvalho, 2008; Pires, 2009). Num estudo português (Magalhães et al., 2008) apuraram-se as razões apontadas pelas prostitutas e pelos técnicos que as acompanhavam para a não utilização do preservativo, a saber: a afetividade por clientes antigos, a pressão de alguns clientes para a sua não utilização, o imediatismo e as relações com o companheiro (fazem uma distinção clara entre o sexo por trabalho e o sexo afetivo). Outras razões apontadas pelos técnicos para a não utilização do preservativo são: o facto de algumas prostitutas estarem em situação de toxicoddependência, caso já tenham alguma doença transmitida através de clientes cedem a um certo conformismo que faz com que descuram comportamentos sexuais preventivos, e, muitas vezes, deixam-se iludir pelo aspeto exterior do cliente. As prostitutas mais velhas revelam, ainda, um baixo grau de conhecimento face às IST e também abdicam da utilização do preservativo com clientes mais antigos, por questões afetivas.

4.5.5. Utilização do preservativo. Alvarez (2005) alerta para a necessidade de se pensar na problemática da utilização do preservativo, em conjunto, com o recurso à prostituição. Na verdade, um dos maiores riscos de infeção pelo VIH são as relações sexuais desprotegidas, dado que grande parte das pessoas sexualmente ativas, já tiveram CSR em algum momento da sua vida (Misovich, Fisher & Fisher, 1997). A realidade portuguesa é preocupante, visto que apenas um em cada quatro portugueses refere utilizar o preservativo em relações extraconjugais (Lucas, 1993).

A não utilização do preservativo constitui, em si, um CSR, sendo outra das causas apontadas por diversos autores para o aumento da infeção pelo VIH em adultos idosos, pois para estes o preservativo é visto como uma medida contraceptiva (Godkin & Stoff, 2008; Maes & Louis, 2003). Os adultos idosos não sentem necessidade no uso do preservativo sobretudo se a sua parceira já está na menopausa, e mesmo a mulher não insiste com o seu parceiro para a sua utilização, dado que já não pode engravidar (Chaves, 1993; Chiao et al., 1999). Muitos adultos mais velhos sexualmente ativos, têm um baixo conhecimento acerca de comportamentos sexuais preventivos, estando, por isso, em risco de se infetarem pelo VIH/SIDA ou outras IST (Cahil & Krivo-Kaufman, 2009). A título de exemplo, o estudo de Lindau et al. (2006) veio corroborar estas afirmações, constatando que 21% das mulheres adultas idosas da sua amostra que

tenham parceiro sexual fixo afirmaram não utilizar preservativo porque já não existia perigo de engravidar e 60% da amostra de mulheres adultas idosas solteiras que eram sexualmente ativas afirmaram também não utilizar preservativo.

No estudo de Stall e Catania (1994) apurou-se que, numa amostra de mais de 2000 americanos com idade igual ou superior a 50 anos, 73% dos participantes eram sexualmente ativos, dos quais 83% afirmaram nunca ter usado preservativo nas suas relações sexuais. No mesmo sentido, Chaves (1993) afirma que apenas um sexto das pessoas nesta faixa etária que incorre em CSR utiliza a devida proteção. No estudo de Rosenthal et al. (1997) apurou-se que grande parte da amostra declarou nunca ter utilizado o preservativo ou então utiliza-o de forma intermitente. O estudo de Benotsch et al. (2006) foi no mesmo sentido, apurando que 18% da amostra nunca utilizou preservativo e 67% utilizou em menos de metade das vezes que teve relações sexuais.

Um estudo realizado em Portugal acerca dos comportamentos sexuais e a infeção pelo VIH/SIDA, com uma amostra de 3643 participantes com idades compreendidas entre os 16 e os 65 anos, revelou dados preocupantes quanto à utilização do preservativo: 25 % dos portugueses afirmou nunca o ter utilizado. No grupo dos não utilizadores de preservativo, encontravam-se os mais velhos, os menos escolarizados e os solteiros sem relacionamento (Ferreira & Cabral, 2007).

Um outro estudo apurou que um bom preditor do uso do preservativo é o medo de contrair uma IST, pelo que quanto maior o receio, maior o uso do preservativo em relações sexuais ocasionais (Aboim, 2012). Existem diferenças de género que importam sublinhar: as mulheres culturalmente imbuídas de padrões de parceiro único, incorrendo, desta forma, em menos CSR do que os homens, são também as que receiam mais as IST e adotam mais padrões preventivos. Contudo, os homens, mesmo jovens e escolarizados, descumram, muitas vezes, o uso do preservativo (Aboim, 2012).

O perfil sexual é também um bom preditor do uso do preservativo. O estudo de Aboim (2012), com base nas biografias sexuais recolhidas, traçou seis perfis: sexualidade ocasional⁵ (8%), sexualidade relacional⁶ (9.2%), sexualidade transicional⁷ (44%), recurso a sexo pago⁸ (4.8%), sexualidade conjugalista⁹ (10%) e monoparceiro

⁵Indivíduos sem relacionamento estável no presente e cujos encontros sexuais foram predominantemente ocasionais.

⁶Indivíduos não conjugalizados mas que privilegiam relações com parceiros regulares.

⁷Indivíduos que passaram de parceiros ocasionais para parceiros regulares no presente.

⁸Indivíduos que recorrem ao sexo pago.

⁹Indivíduos com parceiro sexual fixo, que podem ter tido outros parceiros sexuais ao longo da vida, mas foram sempre poucos.

em casal¹⁰ (24%). Metade dos participantes com perfil ocasional, afirmaram não ter utilizado o preservativo pelo menos uma vez com parceiros sexuais ocasionais. Mais preocupante ainda é a percentagem de pessoas que recorrem à prostituição e que não utilizaram o preservativo, que atinge os 83%. O grupo que menos recorre à utilização do preservativo são as mulheres de perfil monoparceiro e conjugalista, contudo o perigo existe visto que tenderão a estar em relações com homens com perfis distintos dos seus.

Por último, Cruzeiro et al. (2010) apontaram como preditores da utilização do preservativo: a estabilidade da relação amorosa e a perceção de vulnerabilidade individual baixa.

Idade. Verificou-se que os homens mais velhos utilizam menos o preservativo em relações sexuais ocasionais, quando comparados com os jovens (Aboim, 2012; Leigh, Temple, & Trocka, 1993; Stall & Catania, 1994). Grande parte dos adultos idosos sexualmente ativos, já não se preocupa com a contraceção e não se percebe como estando em risco para o VIH/SIDA, por isso, recorrem menos à utilização do preservativo do que os jovens, decrescendo a sua utilização à medida que se avança na idade (Abel & Werner, 2003; Aboim, 2012; Work Group for the HIV and Aging Consensus Project, 2012; Bankole et al., 1999; Emlet, 2005; Emlet et al., 2003; Mockus & Coon, 2008; Levy-Dweck, 2005; Patel et al., 2003; Peate, 2007; Stall & Catania, 1994). Então, tal como os jovens, também os adultos idosos incorrem em CSR, daí a extrema necessidade da utilização do preservativo também nesta camada populacional (Altschuler et al., 2008).

O estudo de Abel e Werner (2003), no qual participaram 2275 suíços com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos, apurou que os participantes do grupo etário entre os 46 e os 65 anos ($n = 834$), foram os que relevaram, por um lado, menor taxa de utilização do preservativo comparativamente aos grupos etários mais jovens, e, por outro, não ter utilizado preservativo em relações sexuais ocasionais anteriores.

Um outro estudo realizado com mulheres infetadas pelo VIH/SIDA ($N = 556$) com mais de 50 anos ($n = 59$) e com menos de 50 anos ($n = 497$) verificou que as inquiridas do grupo etário mais velho tendem a utilizar menos o preservativo antes do diagnóstico da infeção do que as mulheres mais novas (Schable et al., 1996). No mesmo estudo apurou-se, ainda, que as mulheres do grupo com idade superior a 50 anos estão significativamente mais expostas ao VIH do que as mulheres mais jovens por terem relações sexuais com parceiros que desconheciam estar infetados. Quando questionadas

¹⁰Indivíduos a viver em casal, com história de apenas um parceiro sexual ao longo da vida.

acerca da importância do preservativo na prevenção do VIH/SIDA apenas 13%, num grupo de 514 mulheres com mais de 50 anos, lhe reconheceu importância (Henderson et al., 2004). Contudo, as mulheres mais velhas relataram menos CSR face ao VIH/SIDA do que as mulheres com idade inferior a 50 anos, dado que revelaram um menor número de parceiros sexuais e uma história com menos IST (Schable et al., 1996).

Género. O género constitui-se como uma variável determinante na compreensão dos comportamentos sexuais (Aboim, 2012). Os homens utilizam mais o preservativo do que as mulheres (Calazans et al, 2005; Cruzeiro et al, 2010; Szwarcwald, Barbosa-Junior, Pacom, & Souza-Junior, 2005). No estudo de Rosenthal et al. (1997), dos participantes que revelaram utilizar preservativo, apenas 54% dos homens e 31% das mulheres tinham-nos consigo e tanto homens como mulheres revelaram que não utilizavam preservativo nas suas relações sexuais caso tivessem uma relação com mais de seis meses de duração ou se tivessem numa relação monogâmica. Entretanto, 58% dos homens e 22% das mulheres revelaram que nunca falavam com o seu parceiro sexual acerca da utilização do preservativo. Ainda que as mulheres tenham uma atitude mais positiva face à utilização do preservativo do que os homens (Camargo & Botelho, 2007), estes consideram que os comportamentos preventivos estão associados à mulher, caso contrário a sua masculinidade poderá ser posta em causa, deixando a decisão neste processo à mulher (Lucas, 1993; Magalhães et al., 2008) que, por sua vez, revela um baixo poder de negociação, em virtude da sua dependência económica (Calazans et al, 2005).

Acresce a crença generalizada, principalmente, em adultos mais velhos, de que o preservativo é uma responsabilidade masculina, cabendo aos homens a compra e a colocação do preservativo. As mulheres relatam não se envolver neste processo por vergonha (Finkler, 2003). Em relações heterossexuais, sabe-se que as mulheres estão em desvantagem na negociação da utilização do preservativo por terem menos poder. De acordo com os dados recolhidos na investigação de Finkler (2003), a decisão final quanto à utilização do preservativo é sempre do homem. Assim, a propagação da infeção torna-se preocupante dado que existem mais mulheres do que homens nas faixas etárias mais tardias do desenvolvimento (Cahil & Krivo-Kaufman, 2009). Daí a necessidade de se elaborarem campanhas de prevenção, sensibilização e educação para a utilização do preservativo feminino nas mulheres (Cahil & Krivo-Kaufman, 2009).

Estado civil. O estudo de Lindau et al. (2006) evidenciou a relação entre o estado civil e a utilização do preservativo, sendo que 60% da amostra de mulheres adultas idosas solteiras que eram sexualmente ativas afirmaram não utilizar

preservativo. A utilização do preservativo é menor em pessoas que vivem juntas (Dubois-Arber, Jeannin, Konings, & Paccaud, 1997) ou são casadas (Bankole et al., 1999; Castilla et al., 1998), sendo que é mais utilizado com parceiros sexuais ocasionais do que com os parceiros primários (Catania et al., 1995), ainda que a utilização do preservativo em relações sexuais ocasionais seja pouco frequente (Choi et al., 1994; Dolcini et al., 1995). A sua utilização está também associada a pessoas com maior número de parceiros sexuais (Dubois-Arber et al., 1997), ainda que alguns estudos evidenciem uma relação inversa entre a utilização do preservativo e o número de parceiros sexuais (Campbell, Peplau, & DeBro, 1992). No estudo de Jackson et al. (2005) apurou-se que a maioria dos homens com múltiplas parceiras sexuais revelou não utilizar preservativo. Entretanto, Ferreira e Cabral (2007) apuraram que a não utilização do preservativo, quando se recorre à prostituição, não se deve exclusivamente às prostitutas, mas sim aos clientes que as procuram e oferecem mais dinheiro para poderem ter relações sexuais sem preservativo.

Por último, casais que utilizam o preservativo no início da relação abandonam-no ao fim de algum tempo pela confiança que vão estabelecendo, funcionando a não utilização do preservativo como uma prova de amor, confiança e valorização da relação (Finkler, 2003; Kelly & Kalichman, 1995; Maxwell & Boyle, 1995), ou por dificuldades na sua utilização e colocação ou por interrupção da espontaneidade da atividade sexual (Finkler, 2003; Paiva, Latorre, Gravato, & Lacerda, 2002).

Nível de escolaridade e estatuto socioeconómico. Tem-se verificado que as pessoas com maior grau de instrução tendem a utilizar mais o preservativo do que as pouco escolarizadas (Aboim, 2011; Bankole et al., 1999; Calazans et al., 2005; Castilla et al., 1998; Catania et al., 1991; Catania et al., 1993; Dubois-Arber et al., 1997) e uma menor utilização do preservativo em pessoas de ambientes socioculturais mais desfavorecidos (Cruzeiro et al., 2010; Davidoff-Gore, Luke, & Wawire, 2011; Szwarcwald et al., 2005)

Religião. Também a religião se revelou um bom preditor da utilização do preservativo, tal como demonstra o estudo de Lefkowitz et al. (2004) em que os praticantes de uma religião revelaram utilizar e comprar menos preservativos e serem mais descrentes quanto à sua eficácia relativamente à prevenção da gravidez e das IST, quando comparados com pessoas não religiosas. Já no estudo de Manji, Peña, e Dubrow (2007), a religião não se revelou um entrave à utilização do preservativo.

4.5.6. Perceção de risco e vulnerabilidade à infeção pelo VIH/SIDA. A perceção de vulnerabilidade à infeção constitui um bom preditor da adoção de CSR

(Almeida, Silva, & Cunha, 2005). A literatura demonstra, como referido anteriormente, que o conhecimento acerca da infeção não se traduz em menos comportamentos de risco, uma vez que muitas pessoas não se percebem a si próprias como estando em risco para se infetarem (Costa, 2009; Lucas, 1993). Os adultos idosos não se percebem como estando em risco para a infeção pelo VIH/SIDA (Adekeye, Heiman, Onyeabor, & Hyancinth, 2012; Cloud et al., 2003; Eldred & West, 2005; Emlet et al., 2003; Grabar et al., 2006; Karlovsky et al., 2004; Maes & Louis, 2003; Mockus & Coon, 2008; Radda et al., 2003; Shippy & Karpiak, 2005b; Williams & Donnelly, 2002; Zelenetz & Epstein, 1998). A título de exemplo, no estudo de Adekeye et al. (2012), com uma amostra de 12366 participantes com mais de 50 anos, constatou-se que 98% classificaram as suas hipóteses de se infetarem pelo VIH/SIDA como baixas ou quase nulas. Num estudo realizado em Portugal acerca das perspetivas dos portugueses sobre a SIDA, em 2006, apurou-se que 17% dos participantes com idade superior a 64 anos da amostra se preocupa “pouco” ou “nada” com o problema da SIDA, verificando-se, ainda, que esta faixa etária foi a que revelou menor preocupação, quando comparada com pessoas mais jovens (Marktest/Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA, 2006).

De facto, a percepção de risco face ao VIH e a outras ISTs pode determinar o comportamento da pessoa (Nodin, 2001). A própria sociedade ao ver o adulto idoso como assexuado e, por isso, não lhe atribuindo CSR, só vem reforçar a falsa crença de que os adultos idosos não estão em risco de contrair o vírus da SIDA (Altschuler et al., 2008; Williams & Donnelly, 2002).

Num outro estudo conduzido por Maes e Louis (2003), apenas 28% dos inquiridos com idade superior a 50 anos considerou a SIDA como uma ameaça para os mais velhos. No mesmo sentido, no estudo de Jackson et al. (2005), apesar de muitos dos inquiridos reconhecerem a SIDA como uma doença grave, apenas 9.7% da amostra considerou a doença como sendo própria dos adultos idosos e 63.2% perceberam-se como tendo um risco reduzido para contrair a infeção. Camargo e Botelho (2007) verificaram que aqueles que adotavam mais CSR, designadamente a não utilização do preservativo, eram os que tinham múltiplos parceiros sexuais e não se percebiam como estando em risco de se infetar pelo VIH/SIDA.

Por último, sabe-se que as disposições preventivas são influenciadas pelo receio de infeção por uma IST (Aboim, 2012). No estudo de Ward, Disch, Levy, e Schensul (2004) apurou-se que os adultos idosos que mais se percebiam como estando em risco de se infetarem pelo VIH/SIDA eram os homens, os mais novos (com idades entre

os 50 e os 61 anos) e os que revelavam maiores preocupações relacionadas com a infeção VIH/SIDA.

Idade. Um estudo realizado na Tailândia apurou que os homens adultos idosos percecionam-se como tendo um risco menor para a infeção pelo VIH/SIDA do que os jovens do sexo masculino, verificando que esta perceção de vulnerabilidade decresce com a idade: 29% dos jovens da amostra preocupa-se com a infeção, já no grupo etário dos 50 aos 59 anos de idade apenas 16% se preocupa e 12% entre os 60 e os 74 anos. As mulheres revelaram este mesmo padrão, ainda que tivessem registado percentagens mais elevadas (Im-em et al., 2002). As mulheres mais velhas depois da menopausa parecem associar a eliminação do risco de engravidar com a eliminação de contrair IST (Work Group for the HIV and Aging Consensus Project, 2012). Por seu lado, Theall et al. (2003) evidenciaram que, independentemente da idade, as mulheres jovens (18-29 anos) e mais velhas (40 ou mais anos) não se percecionavam, na sua maioria, como estando em risco de se infetarem pelo VIH/SIDA. Estes dados são preocupantes, sobretudo, se considerarmos que 85% das mulheres da amostra revelaram que ou já traíram ou já foram traídas pelo seu parceiro, e 65% relatou ter adotado pelo menos um CSR no último ano.

Género. O estudo de Benotsch et al. (2006) demonstrou que as mulheres revelam mais preocupações em contrair a infeção pelo VIH do que os homens. Contudo, o estudo de Floyd e Weiss (2001) não encontrou diferenças estatisticamente significativas de género quanto à perceção de risco para contrair uma IST.

Estado civil. As mulheres casadas que participaram no estudo de Winningham et al. (2004) que afirmaram que o seu companheiro já tinha adotado CSR, designadamente a infidelidade conjugal, eram as que se percecionavam com menor risco de se infetarem pelo VIH/SIDA. Conclui-se ainda neste estudo que as adultas idosas solteiras revelam uma maior consciência acerca dos riscos de infeção pelo VIH, quando comparadas com as casadas. Num outro estudo verificou-se, também, que 38.2% dos portugueses não se preocupam com as IST, sendo que são os casados e os mais velhos que se revelam mais despreocupados (Ferreira & Cabral, 2007). Constatou-se, ainda num outro estudo, que 72.7% dos casados não se consideraram como estando em risco para contrair a infeção VIH (Shisana et al., 2004). Entretanto, as mulheres casadas também não se sentem vulneráveis à infeção pela confiança que depositam nos seus maridos, como se o casamento lhes servisse como imunidade (Andrade et al., 2010).

4.5.7. Realização do teste de despistagem do VIH/SIDA. A realização do teste de despistagem do VIH/SIDA constitui-se como um meio de prevenção (Alvarez,

2005), pois o atraso na realização deste teste poderá infetar outras pessoas e privará o próprio infetado do tratamento na fase inicial da doença (Lekas et al., 2005). O estudo de Fedor et al. (2013) revelou que o facto das pessoas infetadas ou não pelo VIH realizarem o teste de despistagem da infeção, faz com que no futuro adotem menos CSR, aumentando a utilização do preservativo e reduzindo o número de parceiros sexuais.

O teste de despistagem do VIH/SIDA é geralmente solicitado àqueles que têm assumidamente comportamentos de risco (como sejam, os homossexuais, os bissexuais, os toxicodependentes e os que têm múltiplos parceiros sexuais), que apresentem sintomas característicos da infeção ou em situações de rastreio. De facto, esta estratégia tem obtido resultados positivos na população jovem, como revelam os dados epidemiológicos, no entanto, não abrange a população adulta idosa que pratica CSR. Verifica-se nesta população uma menor tendência para a realização do teste de despistagem do VIH/SIDA, ao contrário das camadas mais jovens da população que aderem ao mesmo com mais frequência ou é-lhes mais solicitado (Chiao et al., 1999; Emler, 2005; Im-em et al., 2002; Karlovsky et al., 2004; Lekas et al., 2005; Leigh et al., 1993; Maes & Louis, 2003; Mockus & Coon, 2008; Speer et al., 1999; Stall & Catania, 1994). Como não se percebem nem são vistos como estando em risco para o VIH, os adultos idosos raramente são testados (Karlovsky et al., 2004; Stall & Catania, 1994).

A corroborar estes dados está um estudo realizado em Portugal que apurou que 97% dos participantes que constituíram a amostra com idade igual ou superior a 65 anos nunca tinham realizado o teste de despistagem do VIH/SIDA. Dos que realizaram o teste (1.8%), 33.3% fez por prescrição médica e os restantes (66.7%) por iniciativa própria (Marktest & Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA, 2006). Também no estudo de Ferreira e Cabral (2007), 55.2% dos inquiridos referiram nunca ter sido testados para o VIH. Num outro estudo, efetuado com 745 afroamericanos com idade superior a 55 anos, apurou-se que dos participantes que declararam ter tido pelo menos um CSR face ao VIH/SIDA, apenas um sexto realizou o teste de despistagem do VIH/SIDA (Rogers-Farmer, in Zablotsky & Kennedy, 2003).

Os estudos acerca das motivações dos adultos idosos para efetuarem o teste do VIH/SIDA, ainda que raros, são muitos úteis para analisar os obstáculos e quais os fatores que facilitam as pessoas com mais de 50 anos a realizarem o teste (Lekas et al., 2005). Entre as razões referidas pelas adultas idosas que participaram no estudo de Schable et al. (1996) destacaram-se as seguintes: ter um encontro sexual com alguém infetado pelo VIH, começar a ficar doente, perceberem-se como estando em risco e

um médico recomendar o teste. Num outro estudo realizado com participantes não infetados de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos, apurou-se que as motivações foram: o teste ser um dos que faz no *check-up* médico, durante um internamento hospitalar, somente para saber, como critério para doar sangue, requisito de um seguro de saúde e sentir-se doente (Mack & Bland, in Lekas et al., 2005). Já Lekas et al. (2005) analisaram os impasses que se colocaram à realização do teste VIH/SIDA e constataram que para uma amostra de participantes adultos idosos homossexuais e bissexuais o atraso no teste devia-se ao medo, ao desespero, à negação de que estivessem expostos ao vírus; para os participantes idosos heterossexuais toxicod dependentes as razões para este adiamento na realização do teste, apesar de reconhecerem o risco em que incorriam, era atribuível à falta de conhecimento sobre a doença e aos seus riscos e às barreiras psicológicas; e, por último, os heterossexuais não toxicod dependentes não reconheciam os seus riscos perante a infeção. Também Flowers, Knussen, e Church (2003) apuraram que entre os participantes com elevado número de comportamentos de risco, o maior obstáculo para a realização do teste era o medo do resultado positivo.

Mais ainda, no estudo de Finkler (2003), realizado com uma amostra de 15 casais heterossexuais com idades compreendidas entre os 17 e os 66 anos, evidenciaram-se as razões que os levaram a realizar o teste de despistagem do VIH, designadamente, por indicação médica, por perceção de risco do próprio (relações sexuais anteriores desprotegidas) e por pressão social de familiares e amigos. Entretanto, o objetivo do estudo de Adekeye et al. (2012) foi o de perceber as barreiras à realização do teste de despistagem da infeção pelo VIH/SIDA em adultos idosos, numa amostra composta por 12 366 participantes com 50 ou mais anos, de ambos os géneros. Os resultados indicaram que a taxa de realização do teste de despistagem da infeção nesta amostra foi de 25.4%, sendo que a razão para os restantes 79.5% nunca terem sido testados é por considerarem que não estão expostos ao risco de se infetarem. A principal razão para a realização do teste foi um *check-up* médico (37.6%), pedido em mais de metade dos casos (52.7%) por um profissional de saúde. Os viúvos foram os que obtiveram a percentagem mais baixa, quando comparados com os casados. A maioria dos divorciados e solteiros indicaram que planeavam realizar o teste no ano seguinte quando comparados com os casados. Verificou-se que quanto maior a perceção de risco, maior a probabilidade de recorrerem ao teste.

No estudo de Bertoncini, Moraes, e Kullkamp (2007), as razões apontadas pelos participantes com idade superior a 50 anos infetados pelo VIH para a realização do teste

de despistagem do vírus, foram ter tido relações sexuais sem o uso do preservativo, o aparecimento de doenças oportunistas e a descoberta de VIH no parceiro. Grabar et al. (2006) apontam como causas para a baixa taxa de realização do teste de despistagem do VIH/SIDA: a baixa percepção de risco face à infeção dos próprios idosos, o baixo conhecimento da infeção e das suas formas de transmissão, e o os médicos não solicitarem o teste a todos os seus pacientes. Por outro lado, no estudo de Mkandawire-Valhmu et al. (2013) as participantes apontaram como razões para a realização do teste de despistagem do VIH, preocupações com as infidelidades dos maridos e o aparecimento frequente de doenças.

Num outro estudo realizado por Akers et al. (2007) com 514 mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 95 anos de idade, constatou-se que aquelas que revelaram pouco interesse em realizar o teste de despistagem do VIH/SIDA eram mais velhas, afro-americanas tinham um baixo conhecimento acerca da infeção e consideravam-se como não estando em risco para a infeção pelo VIH/SIDA. Mesmo as mulheres consideradas como tendo risco moderado ou elevado para contrair a infeção, poucas já tinham sido testadas e quase nenhuma se mostrou interessada em realizar o teste. Entretanto, no estudo de Jackson et al. (2005) revelaram-se diferenças de género face à realização do teste, sendo que os homens da amostra com mais de 50 anos foram mais testados do que as mulheres da mesma faixa etária.

Por último, no estudo de Valdiserri, Holtgrave, e Brackbill (1993), com uma amostra de 81 557 participantes, apurou-se que os mais velhos e os menos escolarizados não sabiam onde e como poderiam fazer o teste de despistagem do VIH/SIDA. Dois terços da amostra apontaram os médicos como os profissionais que podiam informar e encaminhar para a realização do teste. Assim, muitos autores alertam para a necessidade de os médicos pedirem o teste como exame de rotina aos seus pacientes também adultos idosos e a existência de campanhas de sensibilização da população idosa para realizar o teste (Adekeye et al., 2012; Cahil & Krivo-Kaufman, 2009; Craig, Beaulaurier, Newman, Rosa, & Brennan, 2012). Araújo (2003) defende que o teste deve tornar-se um hábito, pois é um dever dos cidadãos perante a sociedade, constituindo-se como uma forma de prevenção.

4.5.8. Medicação para a disfunção erétil. Apesar do reconhecimento de que muitos adultos idosos podem continuar a sentir desejo sexual até idades avançadas do desenvolvimento, é necessário realçar o facto destes enfrentarem algumas barreiras para a prática da sua atividade sexual, designadamente a disfunção erétil (Laumann et al., 1999). Com o advento de medicamentos para a disfunção erétil este obstáculo é

superado por muitos tornando-se sexualmente ativos até mais tarde (Andrade et al., 2010; Eldred & West, 2005; Karlovsky et al., 2004). A medicação para a disfunção erétil para além de potenciar as relações sexuais nos adultos idosos, fez com que se quebrasse, em parte, o estereótipo do adulto idoso assexuado (Lima, 2006).

Por exemplo, nos Estados Unidos, o Viagra (Sildenafil) foi prescrito a mais de dez milhões de pacientes, desde o seu lançamento no mercado, em 1998, até 2003 (Pfizer, in Calvet, 2003). Só nos primeiros três meses após o seu lançamento foram comprados 2.9 milhões de medicamentos, sendo que 80% destes compradores tinham idade superior a 50 anos (Lamberg, in Klein et al., 2001). Ainda nos Estados Unidos verificou-se que a faixa etária que mais consome Sildenafil situa-se entre os 50 e os 69 anos de idade (Karlovsky et al., 2004). Num outro estudo americano, efetuado por Lindau et al. (2007), com uma amostra de 3005 participantes com idades compreendidas entre os 57 e os 85 anos, demonstrou-se que 40% dos homens da amostra afirmaram tomar medicação ou suplementos para melhorar a função sexual.

Simultaneamente a este aumento de adultos idosos infetados, entre 1999 e 2001 as vendas de Viagra excederam um bilião de dólares nos EUA, tendo sido autorizada a inserção do medicamento em Portugal em 1998 (INFARMED, 2008). Em Portugal, dados fornecidos pela Pfizer indicam que no período entre 1998 e 2007 foram vendidos 2 665 686 de medicamentos para tratar a disfunção erétil, entre os quais o Cialis (Tadalafil), o Viagra (Sildenafil) e o Levitra (Vardenafil). Em particular, o Viagra vendeu no mesmo período 1 578 700 unidades.

O aumento de novos casos de adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA foi acompanhado pela introdução no mercado da medicação para a disfunção erétil. Poderá então haver umnexo de causalidade entre a comercialização do Viagra e o aumento de casos de VIH/SIDA nos adultos idosos portugueses.

Cooperman et al. (2007) identificaram, num estudo com uma amostra de 624 participantes com idades compreendidas entre os 49 e os 80 anos, três fatores associados aos CSR nesta faixa etária: não estar infetado pelo VIH/SIDA, ter relações sexuais semanalmente ou com mais frequência e tomar Sildenafil. No estudo de Jacobs et al. (2010) apurou-se que tomar Viagra e ter parceiros sexuais múltiplos eram dois dos fatores explicativos dos CSR em homens com mais de 40 anos. Schwarcz et al. (2007) vão no mesmo sentido verificando que ter um elevado número de parceiros sexuais e tomar Viagra constituíam importantes preditores de comportamentos sexuais desprotegidos. Apesar dos benefícios que a toma de Viagra acarreta permitindo o tratamento da disfunção erétil, Paniagua (1999) alerta que o aumento da atividade

sexual pode também facilitar a disseminação da infecção pelo VIH e de outras IST. Isto deve ser refletido se pensarmos que os adultos idosos têm um baixo conhecimento face à infecção e às suas formas de transmissão e não se percebem como vulneráveis à infecção.

Outros autores consideraram que a medicação para a disfunção erétil não aumenta a prática de CSR (Kapiark & Shippy, 2006; Cook et al., 2010). Da análise multivariada realizada no estudo de Cook et al. (2010) verificou-se que a toma de medicação para a disfunção erétil não apresentava relações estatisticamente significativas com a adoção de CSR ou contração de IST.

Ressalve-se que a utilização desta medicação por si só não é responsável pelo aumento do número de casos de VIH/SIDA em adultos idosos, contudo, veio permitir que adultos idosos pouco informados que incorrem em CSR voltassem a ser sexualmente ativos (Karlovsy et al., 2004).

5. Consequências Psicossociais da Infecção pelo VIH/SIDA em Adultos Mais Velhos

5.1. O Diagnóstico

O choque inicial da notícia da seropositividade promove uma “destruição significativa de todos os aspetos da vida do indivíduo” (Saldanha & Figueiredo, 2002, p.40), surgindo como uma situação inesperada, que leva, num primeiro momento, à não-aceitação da infeção, por não considerar provável ou possível se ter infetado (Machiesqui, Padoin, Paula, Ribeiro, & Langendorf, 2012). Por vezes, a negação da doença, aparece como um mecanismo de adaptação, sobretudo em pessoas que já estão infetadas há mais tempo (Castanha et al., 2006). Meursing (1999) apurou que os homens utilizam, por vezes, o mecanismo da negação, como forma de encarar a infeção. As principais reações à descoberta da seropositividade relatadas na literatura são: estranheza, confusão, tristeza, revolta, negação, desamparo, medo da morte, desespero, fragilidade, sensação de impotência e depressão (Andrade et al., 2010; Balderson et al., 2012; Frade, 2013; Machiesqui et al., 2012; Saldanha & Figueiredo, 2002). Noutro sentido, Block (2009) identificou nas respostas dos participantes dois polos de respostas relativamente à reação ao diagnóstico: um positivo (alívio em saber, motivação para aprender mais, saber que tem apoio e que podia ser pior) e outro negativo (raiva, ansiedade, medo de rejeição, negação, vergonha, dor, choque, apatia, confusão).

A utilização de estratégias de *coping* desadequadas para lidar com a infeção (como a negação) podem resultar em depressão (Gore-Felton et al., 2006). Dos 405 adultos idosos seropositivos, que constituíram a amostra do estudo de Hansen et al. (2013), 87.4% revelaram níveis moderados de depressão. No estudo de Castanha et al. (2006) 38% da amostra relatou episódios depressivos como consequência da condição de seropositividade. No mesmo estudo, observaram-se sentimentos de ansiedade e sofrimento, em grande parte da amostra, como consequência da discriminação e preconceito sentidos. No estudo de Grov, Golub, Parsons, Brennan, & Karpiak (2010), com uma amostra de 914 adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA, verificou-se que a depressão foi bem predita pela solidão e discriminação sentidas. Kapiarek & Shippy (2006) revelaram que os adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA que estavam deprimidos eram, maioritariamente, de estatuto socioeconómico baixo, viviam sozinhos, sentiam elevados níveis de discriminação e tinham um baixo nível de conhecimento face à infeção. Heckman et al. (2002) demonstraram que os adultos idosos que apresentavam mais sintomas psicológicos negativos em relação à condição de

seropositividade eram os que revelavam maiores níveis de *stress*, menos suporte de amigos e reduzido acesso aos serviços de saúde por medo da discriminação.

No estudo de Emlet, Tozay, e Raveis (2011) apurou-se que 36% dos participantes que constituíram a amostra estavam numa fase de aceitação da infeção, visto que tinham consciência de que a aceitação era o caminho para ultrapassar os efeitos negativos da discriminação. Destes, 68% dos participantes revelou uma perspetiva positiva ao facto de envelhecer com VIH positivo. A generatividade esteve presente em 40% dos participantes ao quererem deixar o seu legado através da educação das novas gerações e com atos altruístas na prevenção do VIH/SIDA.

Ligado a estes factos poderá estar o avanço da farmacologia antirretroviral. O HAART surgiu no final dos anos 90 (Catz et al., 2001; Gebo, 2006; Godkin & Stoff, 2008), reduzindo drasticamente a morbilidade e mortalidade dos pacientes infetados pelo VIH/SIDA e tornando a infeção uma doença crónica (Balderson et al., 2012; Gebo, 2006; Shippy & Karpiak, 2005). Antes do aparecimento do HAART os pacientes associavam mais a infeção a pensamentos de desesperança e à ideia de morte. Com o advento da medicação antirretroviral surge o estatuto de doença crónica (Balderson et al., 2012; Gebo, 2006; Shippy & Karpiak, 2005), o que provoca sentimentos díspares face à infeção, surgindo alguma confusão sobre se a pessoa é saudável ou doente. Um dos sintomas psicológicos da infeção pelo VIH/SIDA mais abordados pela literatura é a ansiedade face à morte. Apesar de se pensar que, depois do aparecimento do HAART, o confronto com a morte poderia não ser tão relevante para os infetados pelo VIH/SIDA, estudos revelam que a ideia de morte está sempre presente nestas pessoas, o que acarreta ansiedade e sofrimento (Castanha et al., 2012). A ideia da infeção como uma ameaça permanente de morte, surge, sobretudo, em infetados com mais de 50 anos (Brasileiro & Freitas, 2006). A ansiedade face à morte é superior em pessoas com VIH positivo comparativamente aos que não estão infetados ou que desconhecem o seu estado serológico. Contudo, é atenuada pelo tempo de diagnóstico da infeção, sendo que os que conhecem há mais tempo a sua condição de seropositividade revelam níveis de ansiedade face à morte mais baixos. Estes níveis também são mais elevados para os portadores sintomáticos do que para os assintomáticos (Miller, Lee & Henderson, 2012).

Quanto às formas de transmissão, a literatura evidencia que as mulheres são maioritariamente infetadas pelos cônjuges (Frade, 2008, 2013). As mulheres infetadas pelo VIH, que constituíram a amostra do estudo de Mkandawire-Valhmu et al. (2013), com idades compreendidas entre os 19 e os 56 anos, apontaram como causa para a sua

seropositividade a infidelidade dos maridos. Cerca de metade da amostra do estudo de Glynn, Caraël, Buvé, Musonda, e Kahindo (2003) revelou ter sido infetada pelo cônjuge que tinha relações extraconjugais e 20% das participantes infetadas pelo VIH que participaram no estudo de Paiva et al. (2002), eram viúvas porque o marido morreu com SIDA. Com efeito, a posição de vítima aparece no relato de algumas das participantes do estudo de Nascimento (2002) que foram infetadas pelos seus maridos. O estudo de Gupta et al. (2008) revelou que as mulheres infetadas pelo VIH/SIDA têm mais maridos infiéis do que as não infetadas. De facto, os dados apontam para um aumento da transmissão, por via heterossexual, em casados, sendo que a maioria das mulheres foi infetada pelo seu parceiro (Giacomozzi, 2004). Um estudo realizado num hospital em São Paulo (Brasil), procurou traçar o perfil epidemiológico dos adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA, apurando que o grupo era maioritariamente masculino, com uma média de idades de 60.6 anos (entre 50 a 82 anos) e que o CSR mais adotado e que levou à infeção foi a prática de relações sexuais sem utilização do preservativo com múltiplos parceiros(as) e em relações extraconjugais (Ultramari et al., 2011).

5.2. Conhecimento das Formas de Transmissão da Infeção pelo VIH/SIDA Depois do Diagnóstico de Seropositividade

Após conhecimento da condição de seropositividade, é expectável que os infetados pelo VIH/SIDA tenham um nível de conhecimento face à infeção elevado. O estudo de Costa (2009), realizado com uma amostra de adultos portugueses infetados pelo VIH/SIDA, apurou que mais de metade (64%) tinham conhecimento acerca da infeção e das suas formas de transmissão e prevenção. Contudo, considera-se preocupante a restante amostra que, estando já infetada, revela um baixo grau de conhecimento relativo à doença. Também Frade (2008) apurou que apenas 13.3% das mulheres infetadas pelo VIH/SIDA que constituíam a sua amostra não se sentiam informadas. Entretanto, a nota média obtida pelos 148 adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA que participaram no estudo de Okuno, Souza, Batista, Barbosa, e Belasco (2012) foi de 32.2, numa escala de 20 a 60, o que evidencia a necessidade de programas educativos para adultos idosos já infetados.

Já Cunha (2010) verificou que o conhecimento em infetados pelo VIH apresentava relações estatisticamente significativas com as variáveis idade e nível de escolaridade, sendo que os que apresentavam níveis de conhecimento face à infeção mais elevados eram os mais jovens e os mais escolarizados. Costa (2009) também demonstrou que quanto maiores as habilitações literárias, maior o nível de

conhecimento acerca da infecção pelo VIH/SIDA, sendo os solteiros os que têm níveis mais elevados de conhecimento quanto às formas de prevenção do VIH, quando comparados com os outros estados civis como casados, divorciados e viúvos. Verificou-se, ainda, que aqueles que tinham níveis mais elevados de conhecimento da infecção pelo VIH eram os que tinham sido diagnosticados há menos tempo.

Quanto às fontes de informação acerca da infecção pelo VIH/SIDA, no trabalho dirigido por Costa (2009) verificou-se que o conhecimento acerca da infecção provém para 53% dos casos dos órgãos de comunicação social, para 23.3% dos casos dos profissionais de saúde e por último, em 12.6% dos casos vem de amigos. Note-se que os profissionais de saúde foram considerados o grupo com informação mais fidedigna e a quem os infetados mais recorrem, ainda que os órgãos de comunicação social sejam o meio de informação mais acessível.

5.3. Comportamentos Sexuais de Risco Depois do Diagnóstico de Seropositividade

A investigação acerca da sexualidade das pessoas infetadas pelo VIH/SIDA é ainda escassa (Grilo, 2001). Contudo, de acordo com a revisão de literatura feita por Grilo (1998), sabe-se que após o diagnóstico da infecção, o seropositivo tem tendência para modificar a sua perceção da sexualidade. Após conhecimento do diagnóstico ocorre, muitas vezes, uma adaptação negativa face à sexualidade, podendo ocorrer uma fraca expressão sexual, uma perda de desejo e disfunção sexual, o que poderá ou não implicar a abstinência sexual (Grilo, 2001; McClelland et al., 2006). Assim, Schable et al. (1996) constataram que após diagnóstico da infecção as mulheres mais velhas (idade igual ou superior a 50 anos) tendem a ser menos ativas sexualmente do que as mulheres mais novas (idade inferior a 50 anos). Verifica-se, também, e independentemente do género, um decréscimo dos comportamentos sexuais de risco (CSR) (Andrade et al., 2010; Camoni et al., 2011; Krishnan et al., 2007; McClelland et al., 2006; Steward et al., 2009), designadamente na utilização do preservativo (Bertoncini et al., 2007; Camoni et al., 2011; Cooperman et al., 2007; Fedor et al., 2013; Fox et al., 2009; Krishnan et al., 2007; Lifshay et al., 2009; Önen, Schacham, Stamm, & Overton, 2010; Sears et al., 2008; Skrondal, Eskild & Thorvaldsen, 2000) e na redução do número de parceiros sexuais (Camoni et al., 2011; Fedor et al., 2013; Fox et al., 2009; Lifshay et al., 2009; Lopes, 2009; McClelland et al., 2006; Önen et al., 2010; Sears et al., 2008; Steward et al., 2009). Especificamente, 28% dos participantes infetados no estudo de Fedor et al. (2013) revelaram ter aumentado o uso do preservativo com o cônjuge. Esta modificação de comportamentos também se verificou no estudo de Lopes (2009), em

que 60.2% dos participantes afirmaram não ter tido nenhum parceiro sexual ocasional depois do conhecimento do seu estado serológico. Isto sucede, em parte, pela culpabilização que emerge da sexualidade que praticavam anteriormente e do facto dessa sexualidade ter provocado uma doença sem cura. A literatura indica, pois, que após diagnóstico da infeção os seropositivos adotam menos CSR do que antes. Contudo, apesar das mudanças relatadas por muitos, a investigação de Costa (2009) apurou que apenas 28.9% da amostra alterou de facto os seus CSR. Ainda neste domínio, Lovejoy et al. (2008) constataram que os comportamentos sexuais desprotegidos eram bem preditos pela idade e pelo conhecimento, sendo que os adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA mais novos e com baixo nível de conhecimento face à infeção incorreram em mais CSR.

Quanto à redução de CSR, Lifshay et al. (2009) constataram que a motivação dos participantes infetados pelo VIH para a redução dos CSR foi a preocupação com a sua saúde e a dos outros, e o decréscimo do desejo sexual. Também Krishnan et al. (2007) verificaram que a motivação para a redução dos CSR dos infetados pelo VIH que participaram no seu estudo foram proteger-se a si próprio de uma nova infeção e proteger os outros de se infetarem. Os autores apuraram que os obstáculos para a redução dos CSR em pessoas infetadas passavam pela sensação de desconforto que a utilização do preservativo provoca e pela dificuldade em negociar o seu uso numa relação sexual. De forma análoga, no estudo de Steward et al. (2009) a principal razão apontada pelos participantes para a redução dos CSR foi o medo de infetar outras pessoas e no de Meursing (1999) as barreiras identificadas pelos participantes para a redução de CSR foram, nas mulheres, a falta de poder de negociação e decisão nas relações sexuais, e, nos homens, o facto de não gostarem de utilizar preservativo. Entretanto, no estudo de Sears et al. (2008), os obstáculos encontrados à utilização do preservativo foram, nos homens a convicção de que o preservativo diminui o prazer durante a relação sexual e, nas mulheres, os seus parceiros se recusarem a utilizar preservativo. Acresce que os participantes do estudo de Pettifor et al. (2012) revelaram que as barreiras à utilização do preservativo ou à abstinência sexual, depois da descoberta do diagnóstico de VIH positivo e como forma de prevenção, são o facto de terem relações de longo data e a necessidade de terem de contar ao parceiro a sua seropositividade para o VIH.

5.3.1. Atividade sexual. Relativamente à atividade sexual dos seropositivos verificou-se que muitos se mantêm sexualmente ativos. A título de exemplo, no estudo de Bertoncini et al. (2007) 43.7% da amostra de participantes infetados com mais de 50

anos continuaram sexualmente ativos, depois do conhecimento da sua seropositividade. Cerca de 75% da amostra com participantes infetados e não infetados pelo VIH/SIDA, com idades compreendidas entre os 49 e os 80 anos, que participaram no estudo de Cooperman et al. (2007) revelou ter tido relações sexuais nos últimos seis meses, com maior incidência para os não infetados (58% contra 18%), ainda que não se tivessem registado diferenças ao nível do desejo sexual e da importância que o sexo tinha nas suas vidas. Esta diferença pode ser explicada pelo facto dos infetados terem medo de uma reinfeção ou de contagiar outros.

Quanto ao género, no estudo de Lovejoy et al. (2008), realizado com uma amostra de 290 adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA, apurou-se que 36% dos homossexuais, 72% dos heterossexuais do género masculino e 21% das mulheres heterossexuais se mantinham sexualmente ativos. Também um estudo realizado com 1068 mulheres infetadas pelo VIH/SIDA apurou que 54% destas continuavam sexualmente ativas mesmo depois do conhecimento da sua seropositividade para o VIH (Paiva et al., 2002). Ainda quanto ao género, dos participantes sexualmente ativos após diagnóstico de seropositividade para o VIH, no estudo de Costa (2009), eram maioritariamente do género masculino (74.4%) e casados (39.8%). Acresce que outros estudos indicaram que os homens infetados eram sexualmente mais ativos do que as mulheres infetadas (Golub et al., 2010; Kapiarck & Shippey, 2006; Lovejoy et al., 2008).

Os homens infetados pelo VIH reduzem mais do que as mulheres a frequência da atividade sexual. Isto pode dever-se, por um lado, ao facto dos homens relatarem maior frequência de atividade sexual e de parceiros, e, por outro, por terem mais oportunidades e capacidade negocial do que as mulheres se não quiserem ter relações sexuais (Lin et al., 2013). Os homossexuais relatam um maior número de parceiros sexuais antes da infeção pelo VIH do que os heterossexuais, contudo o estudo de Lin et al. (2013) constatou que aqueles reduzem significativamente a frequência de atividade sexual depois da descoberta da seropositividade.

Os casais que constituíram a amostra do estudo de Finkler (2003) após conhecimento da sua seropositividade adotaram, nuns casos, a abstinência sexual, e, noutros, mais práticas sexuais preventivas, através da utilização do preservativo de forma sistemática. Também no estudo de Fedor et al. (2013) verificou-se que 16% dos infetados que constituíram a amostra afirmaram não ter tido qualquer parceiro sexual no último ano. No mesmo sentido, no estudo de Krishnan et al. (2007) evidenciaram-se as duas formas mais utilizadas pelos participantes infetados do seu estudo para a redução dos CSR: utilização consistente do preservativo e abstinência sexual. Já quanto ao

gênero, num estudo realizado com mulheres infetadas pelo VIH/SIDA apurou-se que 28.8% optaram pela abstinência sexual após conhecimento da sua seropositividade (Galvão et al., 2004) e noutro estudo verificou-se que o género masculino foi quem optou maioritariamente pela abstinência sexual (Costa, 2009). Entretanto, a razão principal apontada pelos 31% dos participantes, que constituíram a amostra do estudo de Bogart et al. (2006), que optaram pela abstinência sexual após conhecimento do diagnóstico de VIH foi não ser casado ou não ter um parceiro sexual fixo.

Com efeito, verifica-se que muitos dos seropositivos acima dos 50 anos poderão deparar-se com diversas dificuldades na continuação da sua atividade sexual após o conhecimento do diagnóstico da infeção. No estudo de Siegel e Schrimshaw (2003) 48% dos participantes, com idades compreendidas entre os 50 e os 68 anos de idade, declararam ter cessado a sua atividade sexual após o diagnóstico. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao género, sendo que 78% das mulheres adotaram o celibato contra 36% dos homens. As razões apontadas foram sobretudo o medo de infetar outros e o medo de se reinfectarem. Mais especificamente, as mulheres apontaram como motivos para adotar o celibato a falta de interesse no sexo, a raiva e a falta de confiança nos homens; e os homens o medo da rejeição e estigmatização, as dificuldades no desempenho sexual e a autoimagem negativa. A abstinência pode também ser explicada pela vergonha em comunicar o diagnóstico, pelo medo de rejeição e pelo medo de infetar o outro (Grilo, 2001; Grimberg, 2000), podendo ser considerada como uma forma de prevenção contra a disseminação da infeção pelo VIH. Note-se que as taxas de abstinência são mais elevadas nos homens heterossexuais do que nos homossexuais (Ciccarone et al, 2009).

Por último, e quanto ao estado civil, o estudo de Galvão et al. (2004) demonstrou que a abstinência sexual após diagnóstico de infeção pelo VIH/SIDA é mais frequente em mulheres divorciadas, seguidas pelas solteiras e viúvas, e com menor frequência as mulheres casadas. Já o estudo de Costa (2009) evidenciou que a abstinência sexual foi adotada com mais frequência pelos solteiros (57.1%), seguidos dos divorciados (31.2%), dos casados (9.1%) e dos viúvos (2.6%).

5.3.2. Utilização do preservativo. Relativamente à utilização do preservativo após o conhecimento da condição de seropositividade, a literatura indica o aumento da sua utilização. A título de exemplo, no estudo de Fougelberg, Karlström, Veriava, Ive, e Anderson (2006), a utilização do preservativo passou de 53% para os homens e 46% para as mulheres antes do diagnóstico do VIH, para 87% e 81%, respetivamente, e no estudo de Costa (2009) 84% dos participantes que constituíram a amostra de adultos

infetados pelo VIH revelaram ter utilizado preservativo na sua última relação sexual. Também cerca de metade da amostra do estudo de Galvão et al. (2004) revelou utilizar o preservativo de forma consistente nas relações sexuais e 80% da amostra de infetados pelo VIH do estudo de Kalichman et al. (2007) revelaram utilizar o preservativo. Entretanto, no estudo de Sears et al. (2008) 72.8% dos infetados que constituíram a amostra declararam estar sexualmente ativos, e destes 72% utilizaram frequentemente o preservativo nas relações sexuais, 21.7% utilizou com a mesma frequência que já usava antes de se infetar e 5.4% utilizou menos do que antes do conhecimento da sua seropositividade para o VIH. A partir deste estudo verificou-se que os participantes que utilizavam preservativo eram os que acreditavam que o seu parceiro não estava infetado pelo VIH/SIDA.

Contudo, 42.9% da amostra do estudo de Bertoncini et al. (2007), com adultos idosos infetados, revelou nunca ter usado preservativo mesmo depois de saberem que estavam infetados. Note-se que nesta amostra, antes do diagnóstico de seropositividade também nenhum dos participantes utilizava preservativo. Ainda, assim, 52.4% começou a utilizá-lo após conhecimento do diagnóstico, o que significa que houve mudança de comportamento em metade da amostra. Outros estudos realizados com participantes infetados com mais de 50 anos, revelaram que estes continuaram a incorrer em CSR, não tendo utilizado preservativo nas relações sexuais, mesmo depois do conhecimento da sua seropositividade (Golub et al, 2010; Kapiark & Shippy, 2006). Os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças americanos estimam que 30 a 40% dos novos casos de pessoas infetadas pelo VIH/SIDA com mais de 50 anos que estão sexualmente ativos continuem a incorrer em CSR não utilizando o preservativo (CDC, 2011; Golub et al., 2010). Por seu lado, no estudo de Lovejoy et al. (2008) verificou-se que, numa amostra com adultos idosos infetados, 37% dos homossexuais, 27% dos homens heterossexuais e 35% das mulheres heterossexuais não utilizaram o preservativo de forma regular nas suas relações sexuais e no estudo de Sears et al. (2008), 52.5% do total da amostra referiu não utilizar preservativo por ter um parceiro seropositivo.

Por outro lado, as mulheres seropositivas para o VIH que constituíram a amostra da investigação de Paiva et al. (2002) apontaram como razões para a utilização do preservativo, o medo de reinfeção e a proteção do parceiro, e como obstáculos à sua utilização o desagrado do parceiro em utilizar preservativo.

Por último, refira-se que o aparecimento de IST funciona como um bom indicador de CSR, designadamente da utilização do preservativo. Costa (2009) verificou que antes de se infetarem pelo VIH, 38.8% dos participantes do seu estudo já

apresentavam outras IST (Costa, 2009). Também no estudo de Wei, Guadamuz, Stall, e Wong (2009), com uma amostra de 1861 homens, verificou-se que apenas 2% nunca tinha tido uma IST, antes do conhecimento da sua condição de seropositividade.

5.3.3. Número de parceiros sexuais. Dos participantes infetados pelo VIH do estudo de Lopes (2009) que relataram ter tido parceiros sexuais ocasionais, constatou-se que quanto maior o número de parceiros, maior a utilização do preservativo. No estudo de Frade (2008), realizado com uma amostra de mulheres infetadas pelo VIH, verificou-se que 25.2% destas se relacionaram com dois parceiros ao longo da vida. No estudo de Spikes et al. (2009), também com uma amostra de participantes infetados, com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos, verificou-se que, após notificação de seropositividade, 41.2% teve um parceiro sexual fixo no último ano, aproximadamente 40% relatou ter tido apenas parceiros sexuais ocasionais e 18.9% relatou parceiros fixos e ocasionais.

A amostra do estudo de Costa (2009) revelou que após notificação de seropositividade para o VIH, 56.9% teve apenas um parceiro, 2.4% mais do que 10 e 17.4% optaram pela abstinência sexual. Por seu lado, dos 68% dos participantes infetados pelo VIH/SIDA que colaboraram no estudo de Kalichman et al. (2007), 80% revelaram ter apenas um parceiro sexual e os restantes 20% múltiplos parceiros. Contudo, os participantes com maior número de parceiros sexuais após conhecimento da sua seropositividade, adotaram mais CSR, nomeadamente utilizaram menos o preservativo do que os participantes infetados com um parceiro sexual fixo.

Por último, no estudo de Paiva et al. (2002), com uma amostra de 1068 mulheres infetadas pelo VIH/SIDA, 24% das participantes tem um parceiro sexual que também é VIH positivo e Costa (2009) apurou que 26.1% dos sujeitos infetados têm um parceiro também seropositivo. Contudo, existem muitos casos de sujeitos que desconhecem o estado serológico do seu parceiro sexual (Costa, 2009). Assim, novas infeções vão surgindo em virtude do desconhecimento e da adoção de comportamentos sexuais de risco dos que já estão infetados pelo VIH/SIDA (Cláudio & Mateus, 2000). Grilo (2001) refere que a procura de um parceiro com o mesmo estado serológico constitui uma solução para que os sujeitos infetados se possam manter sexualmente ativos com menos culpa e medo de rejeição, ainda que haja perigo de reinfeções.

5.4. Suporte Emocional, Discriminação e Medo da Rejeição

Ter uma rede de suporte e não se sentir discriminado após conhecimento da condição de seropositividade são determinantes para reduzir os níveis de *stress* dos infetados pelo VIH/SIDA (Su et al., 2013). No estudo de Emler et al. (2011) a família foi considerada pela maioria dos participantes como o apoio principal para lidar com a infeção. O apoio de familiares e o apoio psicoterapêutico são fundamentais quer ao nível da aceitação do diagnóstico quer ao nível da necessária mudança de comportamentos (Andrade et al., 2010; Pettifor et al., 2012). Muitas são as mudanças sentidas na adaptação à infeção. Uma das que é descrita na literatura é o afastamento familiar, sendo os laços familiares afetados com a condição de seropositividade de um dos seus membros (Andrade et al., 2010).

A descoberta em sujeitos casados desencadeia sentimentos de desconfiança, rutura e conflitos (Andrade et al., 2010). Castanha et al. (2006) também frisa que a infeção no casamento provoca ruturas e conflitos, podendo acarretar o desinvestimento afetivo no parceiro que trouxe a infeção para a relação. Contudo, o estudo de Fedor et al. (2013) demonstrou que o conhecimento do estado serológico do parceiro não provoca necessariamente o divórcio em sujeitos casados.

Os adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA tendem a isolar-se por não saberem lidar, encarar e aceitar a sua condição de seropositividade (Machiesqui et al., 2012), consequente da baixa autoestima sentida e dos problemas ao nível da imagem corporal (Andrade et al., 2010; Frade, 2013). O isolamento social dos sujeitos infetados pelo VIH decorre, assim, do medo da discriminação ao revelar a condição de seropositividade (Castanha et al., 2006). De facto, a infeção pelo VIH/SIDA acarreta um estigma social significativo (Block, 2009) e o medo do preconceito está muito presente na vida dos seropositivos (Machiesqui et al., 2012). Note-se que o estigma pode, para além de aumentar o isolamento dos infetados, aumentar a disseminação da infeção, por não revelação da condição de seropositividade (Nascimento, 2002).

A discriminação e o medo da rejeição foi um dos temas principais abordados pelos infetados que participaram no estudo de Nascimento (2002), sendo que os testemunhos variaram entre os participantes que não revelaram o seu estado serológico a ninguém, e os que revelaram a amigos e familiares e se sentiram discriminados por estes. No estudo de Castanha et al. (2006), 40% da amostra relatou ter sido vítima de preconceitos sociais pela família, amigos ou outros, o que diminuiu as redes de suporte e provocou isolamento social. No estudo de Saldanha e Figueiredo (2002), 50% dos participantes inquiridos relataram discriminação, sobretudo por parte da família. Muitas

vezes o preconceito começa nas famílias, quer pela incompreensão quer pela não-aceitação da infecção num ente querido (Machiesqui et al., 2012).

Deste modo, a não revelação surge como um mecanismo de defesa para o infetado (Machiesqui et al., 2012). Cerca de metade dos participantes do estudo de Jacobi et al. (2013) relataram ter sido vítimas de preconceito, através de boatos e insultos verbais. Como consequência, estes participantes verbalizaram sentir vergonha e culpa por serem seropositivos. Pensam que os outros os discriminam, fundamentalmente, porque pensam que a infecção se pega e por julgamentos morais e crenças religiosas (Herek & Glunt, 1988). Numa perspetiva religiosa, a SIDA pode ser encarada como uma “doença-maldição” (é uma maldição divina, uma fatalidade fruto do destino) ou uma “doença-punição” (como um castigo pelos seus pecados) (Laplantine in Nascimento, 2002).

Os participantes do estudo de Block (2009) deram exemplos de como as pessoas os discriminam: (1) ao fazerem perguntas desadequadas como, “Como apanhou a infecção?” “É homossexual?” “Vai morrer?”; (2) ao encararem a infecção como um segredo, incentivando o sujeito infetado a não falar ou comentar com ninguém sobre a doença; (3) ao acreditarem que os sujeitos infetados não devem ter mais relações sexuais, não podem ser religiosos porque são homossexuais ou que estão na iminência de morrer; (4) por último, alguns participantes relataram que existem pessoas que chegam mesmo a influenciar outras para não se relacionarem com a pessoa infetada, promovendo o afastamento de sobrinhos, de netos, entre outros. Os adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA vivenciam uma dupla discriminação: ser um adulto idoso sexualmente ativo e ter VIH/SIDA (Brasileiro & Freitas, 2006; Kuteesa, Seely, Cumming, & Negin, 2012; Machiesqui et al., 2012). Por isso, tendem a estar mais isolados do que os seropositivos mais jovens (Emlet, 2006; Emlet & Farkas, 2001). As experiências de discriminação sentidas pelos adultos idosos infetados pelo VIH podem resultar, deste modo, em depressão (Emlet, 2007).

Os portadores sintomáticos sentem-se mais discriminados do que os portadores assintomáticos (Brenner, Callander, Slavin, & Wit, 2013). Os adultos idosos infetados experienciam maiores níveis de discriminação do que os seropositivos jovens (Solomon, 1996). Contudo, no estudo de Emlet (2005) verificou-se o inverso, sendo que o grupo dos jovens infetados foi o que se sentiu mais discriminado pelos outros. No mesmo estudo constatou-se que as mulheres se sentiam mais discriminadas do que os homens por estarem infetadas.

O estudo de Silva, Bunn, Bertoni, Neves, e Traebert (2013) procurou avaliar a qualidade de vida dos que vivem com VIH, numa amostra com participantes com idades compreendidas entre os 20 e os 81 anos, e verificaram que os participantes que sentem que têm uma pior qualidade de vida são os que têm um nível de escolaridade baixo, os que acreditam que estão doentes e os que foram diagnosticados há menos de cinco anos. Também Reis, Santos e Gin (2012), verificaram que a qualidade de vida das mulheres infetadas pelo VIH/SIDA era bem predita pelo nível de escolaridade e pelo tempo de conhecimento do diagnóstico, sendo que apresentavam níveis mais elevados de qualidade de vida eram as que tinham um nível de escolaridade alto e as que conheciam o seu diagnóstico de VIH positivo há mais de dois anos.

5.5. Revelação da Condição de Seropositividade

A tomada de decisão sobre se deve ou não revelar a sua condição de seropositividade para o VIH e a quem, constitui uma das preocupações fundamentais das pessoas infetadas pelo VIH/SIDA. As razões para a não revelação da condição de seropositividade são: querer proteger os outros significativos, como familiares e amigos, não os preocupando (Mason, Marks, Simoni, Ruiz, & Richardson, 1995; Meursing, 1999; Stutterheim et al., 2011); o medo da discriminação, a vergonha e a culpa (Kapiark & Shippy, 2006; Stutterheim et al., 2011). As razões para a sua revelação são: o próprio sentir o dever de informar os outros; a busca de apoio e de suporte; o desejo de educar os outros sobre os riscos de uma sexualidade desprotegida; a busca de libertação emocional (Simoni & Pantalone, 2004)

Ciccarone et al. (2003) apuraram que a não comunicação do estado serológico a um parceiro sexual é relativamente frequente em sujeitos infetados pelo VIH. Pelo contrário, Arnold, Rice, Flannery, e Rotheram-Borus (2008) verificaram que a maioria dos heterossexuais adultos infetados pelo VIH/SIDA contaram ao seu parceiro sexual habitual e aos familiares mais próximos a sua condição de seropositividade, existindo, porém, uma minoria significativa de pessoas que não o fizeram. Para uma melhor compreensão desta problemática, os autores relacionaram a revelação da seropositividade com a identidade do sujeito. Deste modo, os sujeitos infetados pelo VIH/SIDA ou contam a toda a gente (tornando a infeção o centro da sua identidade), ou não contam a ninguém (funciona como uma estratégia para garantir a sua rede social sem se isolar), ou contam a algumas pessoas (estas pessoas são selecionadas estrategicamente e depende do contexto). Block (2009) nas narrativas que recolheu

também encontrou estes mesmos três padrões: os que contam a toda a gente, os que não contam a ninguém e os que contam apenas a algumas pessoas.

Entretanto, num estudo realizado com uma amostra de adultos portugueses infetados verificou-se que 59.1% dos participantes que estavam sexualmente ativos num relacionamento sério comunicaram ao parceiro a sua infeção, descendo esta percentagem para 0.6% quando se tratava de um parceiro sexual ocasional. No estudo de Costa (2009), 28.1% dos participantes referiram que comunicaram sempre o seu estado independentemente do tipo de relação. Ainda neste estudo, constatou-se que eram as mulheres quem mais comunicava ao seu parceiro o diagnóstico da infeção pelo VIH e dos que não comunicaram 9.1% eram solteiras, 1.7% divorciadas e 1.1% casadas. No estudo de Paiva et al. (2002), 91% das mulheres infetadas sexualmente ativas comunicaram ao parceiro que eram seropositivas. No estudo de Simbayi et al. (2007), dos 85% de participantes infetados pelo VIH sexualmente ativos, 42% teve relações sexuais com o seu parceiro sem lhe revelar a sua condição de VIH positivo. O mesmo estudo verificou que aqueles que não revelavam a sua condição de seropositividade ao parceiro, eram mais propensos a ter parceiros sexuais múltiplos, dos quais desconheciam o seu estado serológico, e a ter relações sexuais desprotegidas. No estudo de Lopes (2009), 63.3% dos inquiridos infetados pelo VIH/SIDA revelaram o seu estado serológico ao seu parceiro sexual habitual. Contudo, Lopes (2009) não encontrou qualquer relação entre a prática de comportamentos sexuais preventivos e o conhecimento do estado serológico do parceiro sexual. Kalichman et al., (2007) apurou que as pessoas com múltiplos parceiros sexuais revelavam menos o seu estado serológico do as que têm um parceiro sexual fixo.

Idade. Os seropositivos mais velhos relatam menos o seu estado de seropositividade a outros do que os mais jovens (Arnold et al., 2008; Önen et al., 2010).

Género. No estudo de Anglewicz e Chintsanya (2011) verificou-se que a revelação da seropositividade entre cônjuges era relativamente frequente. Contudo, existem padrões de divulgação diferentes considerando a variável género. As mulheres que se sentem mais discriminadas em relação ao VIH tendem a não revelar a sua condição de seropositividade aos seus parceiros, por medo da rejeição. E os homens que tendem a não revelar são os que se infetaram por relações extraconjugais. Arnold et al. (2008) verificaram que as mulheres revelam mais a sua condição de seropositividade do que os homens. As mulheres que participaram no estudo de Frade (2013) revelaram dificuldades em partilhar o diagnóstico com os seus parceiros por medo da rejeição.

Estatuto socioeconómico. O estudo de Anglewicz e Chintsanya (2011) apurou que o estatuto socioeconómico era também um bom preditor da revelação da seropositividade, sendo que os participantes de estatuto socioeconómico elevado tendiam a não revelar ao cônjuge o seu estado de seropositividade.

Religião. Préau, Bouhnik, Roussiau, Lert, e Spire (2008) verificaram que aqueles que mais valorizavam a religião revelavam mais dificuldades em contar aos seus parceiros o diagnóstico de VIH positivo.

5.6. Religião

Uma das formas de enfrentar a condição de seropositividade é com recurso à religião (Machiesqui et al., 2012). A literatura indica que a religiosidade e a espiritualidade aumentam na velhice e quando aparece uma doença grave (Cuevas, Vance, Viamonte, Lee, & South, 2010). A religião funciona como um suporte emocional e social, verificando-se um aumento dos níveis de religiosidade após a descoberta da infeção pelo VIH/SIDA (Andrade et al., 2010; Cuevas et al., 2010; Préau et al., 2008). No estudo de Machiesqui et al. (2012) é descrito pelos participantes que existem igrejas que proclamam a cura do VIH, o que constitui uma fonte de alívio para os crentes. No estudo de Vance (2006), 72% dos adultos idosos seropositivos que participaram, afirmaram que a sua espiritualidade tinha mudado após conhecimento de que estavam infetados, tornando-se mais espirituais.

Por último, também se sabe que após conhecimento do diagnóstico de infeção verifica-se uma alteração na religiosidade dos seropositivos, sendo que uns tornam-se mais assíduos nas suas práticas religiosas (como busca de suporte emocional), porém, outros diminuem a presença nos rituais religiosos (por medo da rejeição e discriminação da Igreja) (Brenan, 2008).

6. Formulação do Problema de Investigação

Na revisão de literatura apresentada procurou-se descrever e sistematizar informação proveniente de investigação teórica e empírica relativa ao VIH/SIDA em adultos idosos. O aumento da esperança média de vida, associado à melhoria da qualidade de vida, a evolução da investigação nas descobertas acerca da sexualidade ativa até anos tardios do desenvolvimento (Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Calvet, 2003; Cooperman et al., 2007; Eldred & West, 2005; Gott, 2001; Levy-Dweck, 2005; Lindau et al., 2006; Peate, 2007; Pedersen, 1998; Santos & Marques, 2006; Steinke, 1994; Weeks, 2002), a resistência à utilização do preservativo (Abel & Werner, 2003; Lindau et al., 2006; Schable et al., 1996; Stall & Catania, 1994) e o fraco conhecimento nos mais velhos sobre o risco do VIH/SIDA (Abel & Werner, 2003; Akers et al., 2007; Maes & Louis, 2003), levam a que os adultos idosos se tornem vulneráveis a esta infeção. Os adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA começaram a preocupar a sociedade atual, pelo crescente número de casos que começaram a surgir (Altschuler et al., 2008; Chiao et al., 1999; Dias et al., 2005; Emler et al., 2002; Greene, 2003; Gutheil & Chichin, 1991; INSA & CVEDT, 2005, 2012, 2013; Peate, 2007; Kapiark & Shippy, 2006). Por este facto, urge o estudo e uma reflexão mais cuidada sobre esta problemática, sabendo-se que a investigação acerca da infeção pelo VIH/SIDA em adultos idosos era e ainda é escassa (Bodley-Tickell et al., 2008; Chiao et al., 1999; Grilo, 2001; Levy-Dweck, 2005; Linsk, 2000; Zelenetz & Epstein, 1998).

Dado que o problema de investigação é multifacetado, utilizou-se um método misto (Collins et al., 2006; Creswell & Tashakkori, 2007; Prakash & Klotz, 2007) sequencial de investigação (Collins et al., 2006; Morgan, 2007). Primeiro os estudos quantitativos onde se procurou perceber os determinantes e as consequências da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos e depois um qualitativo para apreciar as *nuances* da vivência da sexualidade e da infeção. O método misto constitui-se como uma mais-valia para a presente investigação dado que, por um lado, o estudo qualitativo enriquece os dados descritivos, provenientes dos estudos quantitativos e, por outro, procura colmatar uma lacuna existente na investigação acerca do fenómeno do VIH/SIDA em adultos mais velhos, que tanto quanto foi possível apurar na revisão da literatura não existem estudos que recorram a métodos mistos para estudar o fenómeno. Pretende-se, a partir dos resultados encontrados na presente investigação, apreciar um conjunto de conteúdos que poderão suportar a criação de campanhas de informação/prevenção e a realização de programas de intervenção junto de adultos mais velhos infetados e não infetados pelo VIH/SIDA.

A partir da revisão da literatura, identificaram-se as variáveis importantes para a análise da temática do VIH/SIDA em adultos mais velhos. Assim, num primeiro estudo, testou-se a invariância fatorial (Jöreskog & Sörbom, 1993) e a validade estrutural (Fornell & Larcker, 1981; Nunnally & Bernstein, 1994) de um modelo de medida derivado da Escala de Atitudes Sexuais (EAS; Alferes, 1994; Hendrick & Hendrick, 1987; Margalha et al., 2008), considerando apenas os fatores Permissividade e Comunhão, pela relação que estabelecem com o fenómeno a estudar (Aboim, 2011; Bell et al., 1999; Le Gall et al., 2002). Justifica-se esta opção em função do domínio de aplicação, das características da amostra e do conteúdo dos itens da prova.

Seguindo as recomendações de Jöreskog e Sörbom (1993) e de Anderson e Gerbing (1988), só depois de dado este passo foi testada a invariância do modelo de mediação apresentado na Figura 1. Neste segundo estudo, analisou-se a influência que as variáveis ligadas às atitudes sexuais, Permissividade e Comunhão, e ao Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA (variáveis endógenas mediadoras), tinham nos efeitos do género, do estado civil, do nível de escolaridade e da religião (variáveis exógenas) sobre os Comportamentos Sexuais de Risco (CSR; variável endógena critério), considerando um grupo de adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA e outro de não infetados. Os resultados do teste da invariância do modelo (Jöreskog & Sörbom, 1993) de mediação servirão tanto a uma análise das suas trajetórias para cada um dos grupos quanto para identificar possíveis determinantes de CSR no grupo não clínico e consequências da infeção no grupo clínico, mediante a contrastação dos resultados através dos grupos (trajetórias significantes e não significantes no grupo não clínico vs. trajetórias significantes e não significantes no grupo clínico).

As atitudes face à sexualidade constituem-se como um importante preditor de CSR, que é uma das causas apontadas para o aumento da infeção pelo VIH/SIDA em adultos idosos (Abel & Werner; Alvarez, 2005; Knodel et al., 2003; Maes & Louis, 2003). Atitudes e comportamentos sexuais estão intimamente relacionados, pelo que a investigação os tem estudado em simultâneo (Davidson et al., 2008; Eagly & Chaiken, 1993; Hendrick & Hendrick, 2006). Quanto à Permissividade, esperam-se encontrar efeitos de predição e diferenças tanto no grupo clínico como no não clínico quanto ao género, estado civil, religião e nível de escolaridade, sendo que a literatura indica que os mais permissivos são os homens (Alferes, 1994; Antunes, 2007; Eisenman & Dantzker, 2006; Hendrick et al., 1985; Hendrick et al., 2006; Le Gall et al., 2002; Nodin et al., 2001; Oliver & Hyde, 1993; Silva, 2008; Vera Cruz & Mullet, 2012), os com parceiro

(Laumann et al., 2006), os não praticantes de uma religião (Antunes, 2007; Beckwith & Morrow, 2005; Lefkowitz et al., 2004; Samuels, 1997; Silva, 2008) e os mais escolarizados (Samuels, 1997; Vera Cruz & Mullet, 2012).

Quanto à Comunhão esperam-se encontrar efeitos de predição e diferenças nos grupos quer quanto ao género quer quanto à religião, sendo que alguns estudos apontam para que sejam as mulheres (Hendrick et al., 1985) e os praticantes de uma religião (Lefkowitz et al., 2004) a obter pontuações mais elevadas. Contudo, outros estudos não encontraram diferenças entre homens e mulheres quanto à Comunhão (Alferes, 1994; Filipe, 2012). Já Le Gall et al. (2002) verificou que nos participantes adultos mais velhos, os homens revelaram pontuações ligeiramente mais elevadas do que as mulheres. Quanto à religião, no estudo de Antunes (2007) verificou-se que os participantes não praticantes de uma religião foram os que obtiveram pontuações mais elevadas na dimensão Comunhão. Não foi encontrada na literatura justificação para a relação entre estado civil e nível de escolaridade com a Comunhão, contudo espera-se que existam diferenças nos níveis de Comunhão nos adultos mais velhos em função do estado civil e da escolaridade.

Quanto à variável Conhecimento, esperam-se encontrar efeitos de predição e diferenças nos grupos quanto ao género, estado civil, nível de escolaridade e religião, sendo que a literatura indica que são as mulheres (Im-Em et al., 2002; Santos-Ortiz et al., 2004), os com parceiro (Weaver & Passmore, 2012), os praticantes de uma religião (Noden et al., 2010) e os mais escolarizados (Andrade et al., 2010; Henderson et al., 2004; Maes & Louis, 2003; Weaver & Passmore, 2012) quem tem mais Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA. Quanto ao estado civil, ainda que Weaver e Passmore (2012) tenham encontrado diferenças nesta variável na relação com o Conhecimento, o estudo de Henderson et al. (2004) não encontrou qualquer relação.

Os CSR são uma variável importante a ser considerada quando se estuda a infeção pelo VIH/SIDA, visto a sua adoção ser considerada uma das causas para contrair a infeção. Tendo por base a evidência empírica esperam-se encontrar efeitos de predição e diferenças nos grupos quanto ao género, estado civil, nível de escolaridade e religião. Quanto ao género, a literatura indica que os homens adotam mais CSR do que as mulheres (Aboim, 2011; Alvarez, 2005; Baldwin & Baldwin, 1988; Choi et al., 1994; Goldman & Harlow, 1993; Jackson et al., 2005; Stall & Catania, 1994), ainda que o estudo de Rosenthal et al. (1997) não tenha encontrado diferenças entre homens e mulheres. Quanto ao estado civil, a literatura não é consensual, verificando-se que, por um lado, há estudos que indicam que os com parceiro incorrem em mais CSR do que os

sem parceiro (Shisana et al., 2004) e, por outro, há estudos que indicam o inverso (Stall & Catania, 1992). Quanto à religião, a literatura indica que os não praticantes de uma religião incorrem em mais CSR do que os praticantes (Allain et al., 2004; Galvan et al., 2007; Gillum & Holt, 2010; Murray et al., 2007; Theall et al., 2003; Trinitapoli & Regnerus, 2006), embora o estudo de Baldwin e Baldwin (1988) tenha verificado que a religião não influenciava a prática de CSR. Quanto ao nível de escolaridade, a literatura indica que os menos escolarizados adotam mais CSR do que os mais escolarizados (Allain et al., 2004; Cruzeiro et al., 2010).

Procurou averiguar-se, ainda, se existia relação entre as atitudes face à sexualidade (Permissividade e Comunhão) e os CSR, sendo que a literatura indica que quanto mais permissivo um participante se revele, mais CSR adote (Antunes, 2007; Feliz, 2009). Quanto à Comunhão, não foram encontrados estudos que referissem a relação entre esta variável e os CSR. Contemplou-se, ainda, a possível influência do Conhecimento sobre os CSR, sendo que a literatura não é consensual quanto a esta relação. Por um lado, há estudos que verificam que quanto maior o Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA, menos CSR sejam praticados (Cláudio & Mateus, 2000; Feliz, 2009; Tourinho, Coelho, & Santos, 2011). Por outro, há estudos que demonstraram que independentemente do nível de conhecimento das pessoas sobre a infeção pelo VIH/SIDA, estas incorrem em CSR (Alvarez, 2005; Stephenson, 2009), e, ainda, há outros estudos como o de Costa (2009) que não encontraram uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

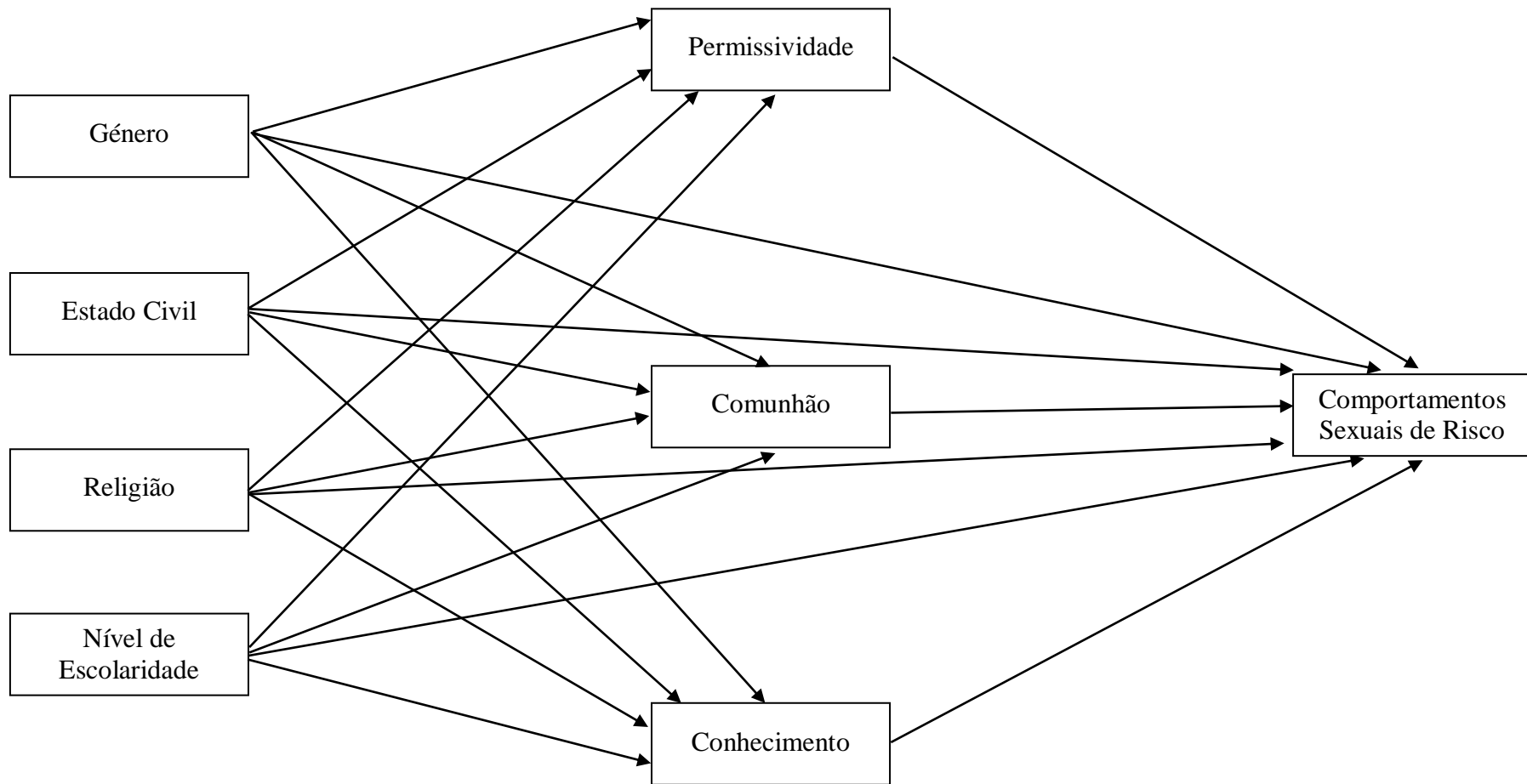


Figura 1. Modelo de mediação da Permissividade, da Comunhão e do Conhecimento no efeito do género, estado civil, religião e nível de escolaridade sobre os Comportamentos Sexuais de Risco.

Realizou-se, ainda, um terceiro estudo quantitativo em que se testaram as diferenças entre os grupos clínico e não clínico no que respeita às variáveis Permissividade, Comunhão, Conhecimento e CSR e, ainda, as diferenças entre estes grupos nessas variáveis para cada um dos níveis das variáveis género, estado civil, religião e nível de escolaridade. De acordo com a revisão de literatura efetuada não foram encontrados estudos que versassem diferenças entre pessoas infetadas e não infetadas pelo VIH/SIDA quanto às variáveis Permissividade, Comunhão, Conhecimento e CSR e quanto aos diferentes níveis das variáveis género, estado civil, religião e nível de escolaridade. Porém, os estudos com infetados apontam para que a maioria dos infetados tenham Conhecimento (Costa, 2009; Frade, 2008; Okuno et al., 2012) e adotem comportamentos sexuais preventivos (Andrade et al., 2010; Camoni et al., 2011; Krishna et al., 2007; McClelland et al., 2006; Steward et al., 2009) quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA.

Finalizou-se a presente investigação com o estudo qualitativo, onde se analisaram as trajetórias de vida de seis participantes do estudo quantitativo infetados pelo VIH/SIDA que correspondessem a casos significantes (Simonton, 1999) e exemplares (Hilton & Von Hippel, 1996) nas suas características quanto à infeção. Isto foi feito tendo como sustentação conceções teóricas e evidências empíricas acerca do desenvolvimento (Erikson, 1980, 1982; Levinson, 1977, 1984, 1986; McAdams, 1993, 1996) e acerca das variáveis endógenas do modelo da Figura 1, não esquecendo os resultados obtidos para estas variáveis nos Estudos 2 e 3. Através da análise das histórias de vida (HV) focalizadas (Poirier et al., 1999) no tema da infeção pelo VIH/SIDA destes seis adultos mais velhos infetados, procuraram compreender-se as *nuances* relativas às consequências da infeção já apreciadas extensivamente nos estudos quantitativos, bem como os determinantes da infeção.

As HV foram individualmente analisadas mediante o recurso a três técnicas de análise de conteúdo: análise categorial temática (Bardin, 2004), análise cronológica e biograma (Agra & Matos, 1997; Tinoco & Pinto, 2001). Para efetuar a análise cronológica tomaram-se as teorias do desenvolvimento unitárias de Erikson (1980, 1982) e Levinson (1977, 1984, 1986), considerando os períodos da infância, adolescência, adultez e velhice nas narrativas. Na análise categorial temática foram consideradas as seguintes categorias pré-determinadas: (1) Permissividade, Comunhão, Conhecimento e CSR; (2) as categorias de análise das HV de McAdams (1993, 1996) – tom narrativo, imagética, linhas temáticas, *setting* ideológico, episódios nucleares,

imagos, desenrolar generativo e avaliação narrativa; (3) a análise sintática, destacando as *nuances* positivas e negativas do discurso; (4) a utilização do controlo primário e/ou secundário à luz da teoria de Heckhausen e Schulz (1995, 1997); (5) as fases da teoria da crise de Caplan (1961, 1964), procurando identificar quais as estratégias/mecanismos dos participantes para lidar com o aparecimento da infeção; (6) e o processo de luto de Kübler-Ross (1979, 1989, 1992), procurando identificar quais as fases em que os participantes se encontram na confrontação com a sua condição de seropositividade. Numa atitude exploratória foram também consideradas eventuais categorias emergentes relacionadas com os determinantes e as consequências da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos que surgissem das narrativas.

Concluindo este processo fez-se uma análise conjunta das HV tendo como pré-categorias os determinantes e as consequências da infeção pelo VIH/SIDA e como categorias a Permissividade, Comunhão, Conhecimento e CSR, com o objetivo de aprofundar o que causou a infeção e o que mudou depois do conhecimento do diagnóstico de seropositividade.

Perspetiva-se que os resultados dos quatro estudos poderão constituir-se como fonte de informação ao nível da prevenção e intervenção junto de adultos mais velhos, com o intuito de travar o aumento de casos de adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA.

Parte II
Estudos Empíricos Quantitativos

7. Estudo 1 – Invariância dos Fatores Permissividade e Comunhão da Escala de Atitudes Sexuais

7.1. Método

7.1.1. Participantes. A amostra da presente investigação foi constituída por 239 adultos mais velhos voluntários residentes em “áreas predominantemente urbanas”, do distrito de Lisboa, utilizando a terminologia do INE (s.d.), de ambos os géneros, não institucionalizados, distribuídos por um grupo clínico (infetados pelo VIH/SIDA) e por um grupo não clínico (não infetados pelo VIH/SIDA), e com idades compreendidas entre os 55 e os 82 anos ($M = 69$ anos).

Esta amostra, selecionada através de técnicas não probabilísticas de amostragem, foi maioritariamente composta por participantes do género masculino (55.0%), sem parceiro (50.2%), não praticantes de uma religião (69.5%) e com baixa escolaridade ($M = 3.68$ anos de escolaridade), cuja distribuição por níveis é a seguinte: analfabetos (35.1%); 1º ciclo completo (51.5%); 2º ciclo completo (4.6%); 3º ciclo completo (5.9%); ensino secundário completo (2.1%); e, ensino superior completo (.8%). O grupo clínico integrou 12 participantes oriundos dos PALOP e o grupo não clínico cinco.

Conforme pode verificar-se na Tabela 9, o grupo não clínico foi formado por 122 participantes, com idades a variar entre os 55 e os 82 anos ($M = 72$ anos), e constituído maioritariamente por homens, com parceiro, não praticantes de uma religião e com baixa escolaridade. Por seu lado, o grupo clínico foi constituído por 117 participantes, com idades compreendidas entre os 55 e os 82 anos ($M = 66$ anos) e composto na sua maioria por homens, sem parceiro, não praticantes de uma religião e com baixa escolaridade. Tal como na presente amostra, a população portuguesa com mais de 50 anos infetada pelo VIH/SIDA pertence maioritariamente ao género masculino (INSA & CVEDT, 2012, 2013).

Tabela 9. *Distribuição dos Grupos Amostrais de Acordo com as Variáveis Sociodemográficas*

		Grupo Clínico		Grupo Não Clínico	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género	Feminino	50	42.7	57	46.7
	Masculino	67	57.3	65	53.3

(continua)

Tabela 9. *Distribuição dos Grupos Amostrais de Acordo com as Variáveis Sociodemográficas* (continuação)

		Grupo Clínico		Grupo Não Clínico	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estado Civil	Sem parceiro ⁽¹⁾	64	54.7	56	45.9
	Com parceiro ⁽²⁾	53	45.3	66	54.1
Religião	Não praticantes ⁽³⁾	74	63.2	92	75.4
	Praticantes ⁽⁴⁾	43	36.8	30	24.6
Nível de	Analfabetos	43	36.8	41	33.6
Escolaridade	1º ciclo completo	55	47.0	68	55.7
	2º ciclo completo	7	6.0	4	3.3
	3º ciclo completo	11	9.4	3	2.5
	Secundário completo	1	.9	4	3.3
	Ensino Superior completo	0	.0	2	1.6

Nota. ⁽¹⁾Solteiros, separados, divorciados e viúvos; ⁽²⁾casados e a viver em união de facto; ⁽³⁾ateus, agnósticos, católicos não praticantes; ⁽⁴⁾católicos praticantes.

Os grupos são equivalentes quanto ao género [$\chi^2_{(1, N=239)} = .38, p = ns$], estado civil [$\chi^2_{(1, N=239)} = 1.85, p = ns$] e nível de escolaridade ($U_{M-W} = 7113; Z = -.05; p = ns$). Contudo, não são homogêneos quanto à idade e à religião, sendo que o grupo clínico é significativamente mais novo [$t_{(237)} = -7.71; p < .001$] e tem um maior número de praticantes [$\chi^2_{(1, N=239)} = 4.16, p < .05$].

O grupo clínico era maioritariamente heterossexual (97.4%), existindo apenas três casos de participantes homossexuais. O tempo de conhecimento do diagnóstico variou entre um mês e nove anos. A maioria dos participantes do grupo clínico (60.7%) afirmaram saber como se infetaram pelo VIH/SIDA. Neste grupo 50.7% dos homens infetados sabem como se infetaram, dos quais 45.0% refere ter sido por recurso à prostituição ou parceiras ocasionais, não recorrendo à utilização do preservativo de forma sistemática. No caso das mulheres 74.0% referem saber como contraíram a infeção, sendo que 46.0% atribui aos maridos a causa da infeção.

7.1.2. Instrumentos. No sentido de compreender e explorar as questões anteriormente formuladas, foram utilizados dois instrumentos, partindo do pressuposto que estes são complementares e não interdependentes. Foi aplicado um questionário sociodemográfico (Anexo A) com o objetivo de controlar variáveis como a idade, o género, o estado civil, a religião e o número de anos de escolaridade e, somente, no caso

do grupo clínico, foram, ainda, heteroadministradas algumas questões sobre a infeção pelo VIH/SIDA, sobre a sua forma de transmissão, por quem, quando e em que contexto, respondidas de forma aberta pelos participantes, com o fim de descrever estas características na amostra. Em seguida, aplicou-se a versão portuguesa adaptada para adultos idosos da *Sexual Attitudes Scale* (Hendrick & Hendrick, 1987; Margalha, Diniz & Vaz, 2008), que é uma escala constituída por 43 itens (Anexo B), com uma forma de resposta Likert, que varia entre 1 (Não concordo mesmo nada) e 5 (Concordo mesmo muito), distribuídos por quatro fatores. Na Tabela 10 apresenta-se uma síntese dos estudos de validação da EAS.

Tabela 10. *Estudos de Validação da Escala de Atitudes Sexuais*

Autores	N	Fatores	Itens/Fator	Itens
SAS	800 estudantes	Permissividade Sexual	29	74
Hendrick, Hendrick, Slapion-Foote e Foote (1985)	universitários	Responsabilidade Sexual	10	
		Comunhão Sexual	9	
		Instrumentalidade Sexual	6	
EUA		Convencionalidade Sexual	7	
		Evitação Sexual	4	
		Controlo Sexual	3	
		Domínio Sexual	6	
SAS	1374 estudantes	Permissividade	21	43
Hendrick e Hendrick (1987)	universitários	Práticas Sexuais	7	
		Comunhão	9	
EUA		Instrumentalidade	6	
SAS	800 participantes	Permissividade	6	22
Le Gall, Mullet & Shagi (2002)	dos 18 aos 87 anos	Responsabilidade	4	
		Prazer	4	
França		Instrumentalidade	4	
		Comunhão	4	
SAS	1720 jovens	Permissividade	10	20
Hendrick, Hendrick e Reich (2006)		Planeamento Familiar	(3)	
		Comunhão	5	(23)
EUA		Instrumentalidade	5	

Nota. SAS = *Sexual Attitudes Scale*; EAS = Escala de Atitudes Sexuais. (continua)

Tabela 10. *Estudos de Validação da Escala de Atitudes Sexuais* (continuação)

Autores	N	Fatores	Itens/Fator	Itens
EAS	365	Permissividade	21	43
Alferes (1994)	estudantes	Práticas Sexuais	7	
Portugal	universitários	Comunhão	9	
		Instrumentalidade	6	
EAS	960	Permissividade	16	40
Antunes (2007)	estudantes	Envolvimento Afetivo	14	
Portugal	universitários	Instrumentalidade	6	
		Práticas	4	
EAS	181	Permissividade	10	23
Filipe (2012)	estudantes	Controlo da Natalidade	3	
Portugal	universitários	Comunhão	5	
		Instrumentalidade	3	
		Prazer	2	
EAS	301 adultos	Prazer/Sexo pré-marital	4	43
Vera Cruz & Mullet (2012)		Responsabilidade	4	
Moçambique		Sexo não convencional	6	
		Perceção de Risco	6	
		Permissividade	6	
		Comunhão	4	
		Instrumentalidade	4	
EAS	301 adultos	Sexo Ocasional	5	17
Margalha, Diniz & Vaz (2008)	idosos	Comunhão	5	
Portugal		Planeamento Familiar	3	
		Instrumentalidade	4	
EAS	200 adultos	Permissividade	8	13
Feliz (2009)	idosos	Comunhão	5	
Portugal				

Nota. SAS = *Sexual Attitudes Scale*; EAS = Escala de Atitudes Sexuais.

Conforme pode verificar-se na Tabela 10, a escala surgiu, inicialmente, nos EUA na década de 80, pelos estudos de Hendrick et al. (1985), com o objetivo de encerrar a lacuna existente na falta de um instrumento capaz de medir as atitudes sexuais. Os autores aplicaram uma escala com 102 itens (redução feita após análise da redundância de alguns deles, a partir de uma escala de 150 itens), a estudantes

universitários, com a qual se pretendia abranger diversas temáticas relativas às atitudes sexuais. Esta aplicação resultou numa nova redução da escala, que passou a ser composta por 74 itens distribuídos por oito fatores.

Mais tarde, Hendrick e Hendrick (1987) desenvolveram a EAS com 43 itens, repartidos por quatro fatores, diretamente relacionados com as seguintes dimensões atitudinais: Permissividade, Práticas Sexuais, Comunhão e Instrumentalidade. Os autores pretendiam criar uma escala de atitudes sexuais, numa perspetiva multidimensional que fosse capaz de abarcar a relação entre a sexualidade e o amor, tentando clarificar, junto de estudantes universitários, a existência de diferenças de géneros e a continuação ou a perda do duplo padrão sexual¹¹.

A subescala da Permissividade, composta por 21 itens, remete para os limites até onde as pessoas decidem ir sexualmente e está ligada a uma sexualidade sem compromissos emocionais, abrangendo temáticas como o sexo ocasional e a diversidade de parceiros. A subescala das Práticas Sexuais, constituída por sete itens, está ligada a temas como o planeamento familiar, a educação sexual e a sexualidade não convencional, que passa, por exemplo, pela aceitação de comportamentos como a masturbação. A subescala da Comunhão, composta por nove itens, relaciona-se com uma sexualidade mais idealística, em que a sexualidade envolve a partilha de sentimentos, mas também com a importância da sexualidade na vida. Por fim, a subescala da Instrumentalidade, constituída por seis itens, remete para uma sexualidade mais utilitarista, estando mais relacionada com o sexo genital.

A hipótese de haver diferenças nas atitudes sexuais entre jovens e adultos idosos tem sido frequentemente levantada. Num estudo transcultural elaborado por Le Gall et al. (2002), este assunto foi especificamente abordado. Os autores aplicaram uma versão da SAS, com recurso à Análise Fatorial Confirmatória (AFC), a partir de uma amostra de jovens e adultos idosos. Uma das hipóteses consistia em avaliar se os adultos idosos teriam atitudes sexuais menos permissivas e menos instrumentais que os jovens. Os resultados confirmaram esta hipótese para a Permissividade (em ambos os sexos) e para a Instrumentalidade (apenas para os homens). Recorreram, ainda, à Análise Fatorial Exploratória (AFE), criando um modelo com 5 fatores (Permissividade, Responsabilidade, Prazer, Instrumentalidade, Comunhão e Despersonalização). Neste

¹¹Conceito que explicita o conjunto de normas sociais que determinam comportamentos sexuais distintos em função do género, sendo que, culturalmente, é concedida uma maior liberdade sexual aos homens.

estudo os autores identificaram duas ordens de fatores: o sexo centrado no próprio e o sexo centrado na relação.

Recentemente, Hendrick et al. (2006) chegaram a uma versão reduzida da escala com 23 itens e com a particularidade do fator Práticas Sexuais passar a ser designado por Planeamento Familiar, visto que os itens que o constituem estarem mais relacionados com esta última designação do que com as Práticas Sexuais. De referir que os autores antes do estudo da escala com quatro fatores, testaram, através da AFC, a escala apenas com três fatores (20 itens), excluindo o fator Planeamento Familiar. Como o teste do χ^2 não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os dois modelos, optaram pela escala composta pelos 23 itens distribuídos por quatro fatores, preservando, assim, a estrutura original da escala.

A adaptação da EAS para a população universitária portuguesa foi feita por Alferes em 1994 com a participação de 365 estudantes universitários, sendo que a forma de resposta aos itens da EAS era a mesma da original. Alferes (1999) encontrou resultados semelhantes aos de Hendrick e Hendrick (1987), tendo mantido, por isso, os 43 itens repartidos por quatro fatores da escala (Permissividade, Práticas Sexuais, Comunhão e Instrumentalidade). Contudo, surgiram algumas diferenças nos resultados entre os dois trabalhos, nomeadamente na subescala Práticas Sexuais, em que Alferes a classifica como bipolar por se poder dividir em dois grupos heterogéneos: um que abarca os itens 22, 23, 24 e 25, relacionado com as atitudes face ao planeamento familiar e à educação sexual, e o outro que integra os itens 26, 27 e 28, e que se refere à sexualidade propriamente dita, conforme veio a acontecer com o estudo de Hendrick et al. (2006). Esta bipolaridade pode ser explicada pelo facto da subescala Práticas Sexuais ser o resultado da junção de dois fatores apontados por Hendrick et al. (1985): a Responsabilidade Sexual e a Convencionalidade Sexual.

Alferes recomenda, ainda, a exclusão dos itens 13, 16, 18, 21, 27 e 28 pois só assim a consistência interna da EAS será de .83. Refira-se que um outro estudo realizado com uma amostra de 960 estudantes universitários portugueses obteve resultados próximos aos do trabalho de Alferes (Antunes, 2007). Neste estudo houve necessidade de excluir da prova os itens 23, 27 e 33, obtendo-se uma estrutura de 40 itens distribuídos pelos quatro fatores.

Num outro estudo realizado em Portugal, aplicou-se a versão reduzida da EAS proposta por Hendrick et al. (2006) a uma amostra de 181 estudantes universitários e

identificaram-se cinco fatores (Permissividade, Controlo de Natalidade, Comunhão, Instrumentalidade e Prazer) (Filipe, 2012).

Um estudo realizado com uma amostra de 301 adultos moçambicanos aplicou a versão portuguesa da EAS (Alferes, 1994), e através de AFE identificaram-se sete fatores (Prazer, Responsabilidade, Sexo não Convencional, Perceção do Risco, Permissividade, Comunhão e Instrumentalidade) (Vera Cruz & Mullet, 2012).

Em 2008, Margalha, Diniz e Vaz adaptaram, através da AFC, a EAS para a população de adultos idosos portugueses ($N = 301$) e surgiram algumas alterações. A prova passou a ser constituída apenas por 17 itens distribuídos por quatro fatores: Sexo Ocasional (itens 0, 2, 6, 14 e 26), Planeamento Familiar (itens 1, 7 e 27), Comunhão (itens 9, 19, 25, 37) e Instrumentalidade (itens 17, 34, 39 e 42). Note-se que os fatores Permissividade e Práticas Sexuais de Alferes (1994) passaram a designar-se por Sexo Ocasional e Planeamento Familiar, respetivamente, devido ao conteúdo dos itens que os constituem. Foram testados dois modelos: um tetradimensional oblíquo, em que se operacionalizaram os quatro fatores mencionados para interpretar as atitudes sexuais dos adultos idosos portugueses, e um hierárquico (conceptualmente derivado), em que se agregaram os quatro fatores referidos a dois fatores de segunda ordem (Hedonismo e Eudaimonia). Constatou-se que o modelo oblíquo estava melhor ajustado do que o hierárquico.

Em 2009, realizou-se um estudo em que se procedeu à validação estrutural da EAS para uma amostra com 200 adultos idosos, não infetados e infetados pelo VIH/SIDA. Chegou-se a um modelo bidimensional oblíquo (Permissividade e Comunhão), com 13 itens, tendo-se excluído os fatores Instrumentalidade e Práticas Sexuais, devido ao conteúdo dos itens e às especificidades da amostra testada (Feliz, 2009).

7.1.3. Procedimento de recolha de dados. Optou-se sempre pela hetero-administração dos instrumentos devido à especificidade da população em estudo, nomeadamente o baixo nível de escolaridade (INE, 2013a) e problemas ao nível da saúde funcional (e.g., problemas de visão). Com este método de administração, pretendia-se, também, controlar a dificuldade de alguns perante uma situação não familiar, como é a situação de teste, bem como possíveis dificuldades que surgissem na compreensão da instrução, dos itens e da forma de resposta (Diniz & Amado, in press). Contudo, a presença do investigador pode provocar enviesamento nas respostas, resultante do efeito de desejabilidade social (Mucchielli, 1979) e do efeito

constrangedor que os itens relacionados com a temática da sexualidade podem provocar (Catania, Gibson, Chitwood & Coates, 1990; Catania, McDermott & Pollack, 1986; Fenton, Johnson, McManus, & Erens, 2001); este é um tema que acarreta tabus pessoais e sociais. Belsky (1990) afirma que é difícil obter informação precisa e verdadeira quando se trata de questionários sobre sexualidade, pelo embaraço que a temática suscita, sobretudo quando inquirida por um estranho. Se optássemos pela hetero-administração para uns e o autopreenchimento para outros, iríamos estar a contaminar o método de recolha. Se escolhêssemos o autopreenchimento como única forma de administração dos questionários, iríamos excluir participantes, designadamente os menos escolarizados, que tal como indica a literatura apresentam problemas ao nível da compreensão dos itens das provas relativas à temática da sexualidade (Binson & Catania, 1998). Assim sendo, o hetero-preenchimento dos instrumentos, sob a forma de entrevista, apresentou-se como a melhor solução.

Tanto quanto possível, e tendo por base o estudo de Li, Rahhal, e May (1998) acerca da relação entre a aplicação de um teste e o pico de excitação circadiana, procurou-se aplicar os instrumentos durante a manhã, por forma a evitar os períodos menos “despertos” dos participantes, contudo isto nem sempre foi possível, sobretudo na recolha da subamostra do grupo clínico.

Os instrumentos foram aplicados na totalidade pela autora dos estudos para garantir a padronização do processo de recolha. A recolha dos dados foi feita, inicialmente no âmbito da realização da Tese de Mestrado da autora (Feliz, 2009), e também, posteriormente, em hospitais civis (Serviços de Infeciologia do Hospital de Santa Maria, de Cascais e Fernando da Fonseca), valências da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa para pessoas portadoras de VIH/SIDA, no caso do grupo clínico, e em centros de dia da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, no caso do grupo não clínico.

Foram feitos pedidos de autorização de recolha dos dados quantitativos (Anexo C) às instituições, sendo que no caso do Hospital de Santa Maria, foi necessário submeter um projeto à Comissão de Ética e Conselho de Administração. Com os restantes hospitais e instituições depois de enviado o pedido de autorização por escrito, os contactos seguintes e a autorização para a recolha foram verbais e presenciais. O estudo procurou respeitar as normas éticas para a investigação clínica com seres humanos, constantes na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013).

Os tempos de recolha não foram iguais nos dois grupos e certos participantes não responderam à totalidade dos itens da Escala de Atitudes Sexuais. Surgiram alguns constrangimentos associados à recolha de dados no grupo clínico, que se prenderam com a dificuldade em sinalizar os participantes, a disponibilidade de *setting* para a realização da recolha de dados e de disponibilidade tempo dos participantes. Num dos locais de recolha, apenas foi possível realizá-la um dia por semana, por disponibilidade de *setting*, o qual estava condicionado às consultas marcadas para esse dia, que poderiam ou não abranger adultos mais velhos com 55 ou mais anos.

Os participantes do grupo clínico (infetados pelo VIH/SIDA) foram selecionados por um processo de amostragem intencional, mediante a opinião de peritos. Foi solicitado aos médicos que indicassem pacientes diagnosticados com a infeção pelo VIH/SIDA depois dos 55 anos. A idade de infeção dos participantes foi controlada pela data de diagnóstico, ressalvando-se que poderá não corresponder à data de infeção. Muitos das pessoas quando lhes é diagnosticada a infeção é quando aparecem nos hospitais já doentes, o que significa que já estarão infetados há mais tempo, pois o vírus poderá demorar alguns anos a manifestar-se. Deste modo, excluíram-se da amostra todos aqueles que tivessem tido o diagnóstico de infeção antes dos 55 anos de idade e que não tivessem sido infetados por via sexual.

Os participantes do grupo não clínico (não infetados pelo VIH/SIDA) foram selecionados por um processo de amostragem de conveniência.

A não correspondência das características sociodemográficas entre o que acontece na população e na amostra deste estudo, sobretudo relativamente ao género, foi intencional: não se pretendia estudar a população mas sim comparar grupos amostrais, o que por questões estatísticas exige grupos homogéneos.

Os pacientes infetados pelo VIH/SIDA eram inicialmente abordados pelo seu médico no final da consulta para a possibilidade de participarem no estudo, explicando sucintamente os objetivos do mesmo. Caso as pessoas aceitassem participar a recolha era feita imediatamente após o fim da consulta pela investigadora e em gabinete médico com total privacidade. Houve, porém, algumas recusas.

Antes da aplicação dos instrumentos, foi feita a cada participante uma apresentação do estudo, referindo-se o objetivo e o enquadramento institucional do mesmo, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados por eles fornecidos e frisando o facto das respostas não virem a ser trabalhadas individualmente, mas sim no conjunto das respostas fornecidas por todos os participantes. Era referido que a

participação podia ser recusada ou interrompida durante o seu curso e que não seriam prejudicados de forma alguma. Para tal era lido e assinado um Termo de Consentimento Informado (Anexo D; American Psychological Association, 2003; Diário da República, 2011). No final da aplicação dos instrumentos agradeceu-se sempre a participação no estudo reforçando as questões relativas ao tratamento dos dados ser feito num conjunto e não trabalhados individualmente e indicando que não haveria qualquer devolução dos resultados apurados no decorrer do estudo.

Procurou-se estabelecer um registo de simpatia, para que os participantes fossem genuínos. Após a administração dos questionários houve abertura por parte da investigadora para as pessoas falarem abertamente sobre as suas vidas.

7.1.4. Procedimento de análise de dados. Administrou-se a EAS na totalidade, contudo, atendendo ao conteúdo dos itens e às características da amostra, optámos, apenas, por trabalhar as dimensões Permissividade e Comunhão, excluindo os fatores Práticas Sexuais e Instrumentalidade. A Permissividade foi incluída em razão das relações encontradas na literatura com a variável Comportamentos Sexuais de Risco (CSR), que está intimamente relacionada com a infeção pelo VIH/SIDA (e.g. Aboim, 2011; Bell et al., 1999), mas também porque vários estudos indicam a boa precisão deste fator (Alferes, 1994; Hendrick et al., 1985; Hendrick et al., 2006). Retirou-se o fator Práticas Sexuais por o seu conteúdo estar relacionado com as temáticas planeamento familiar, educação sexual dos jovens e sexualidade não convencional como por exemplo a utilização de objetos sexuais, pouco pertinente para a faixa etária que foi estudada: os adultos mais velhos. Outro dos critérios utilizados para esta escolha foi o de considerar os dois fatores de segunda ordem sugeridos por Le Gall et al. (2002): “sexo centrado no próprio” (composto pela Permissividade e pela Instrumentalidade) e “sexo centrado nas relações” (composto pelas Práticas Sexuais e pela Comunhão). Estes dois fatores representam uma atitude ou orientação, por um lado, mais liberal face à sexualidade, e por outro, mais conservadora. Considerou-se que para estudar o fenómeno do VIH/SIDA em adultos mais velhos seria pertinente escolher apenas um fator que ilustrasse cada um deles e cujo conteúdo dos itens se adequasse mais à realidade dos adultos velhos. Por estes factos, seleccionámos a Permissividade e a Comunhão como as atitudes sexuais que melhor retratam as atitudes sexuais dos adultos mais velhos portugueses.

Numa primeira fase, os dados foram inseridos e tratados no *IBM SPSS Statistics for Windows (version 20)*, que serviu para descrever as características da amostra e para

preparar o ficheiro das respostas à EAS que foi lido e trabalho pelo *LISREL 8.53* (Jöreskog & Sörbom, 2002). Foram excluídos da amostra participantes com valores omissos nos itens da prova. Os itens negativamente formulados foram, previamente, recodificados, invertendo-se a sua pontuação.

Para testar a invariância de modelos com dados categoriais-ordinais (tais como o da EAS) através de grupos (Jöreskog, 2005; Millsap & Yun-Tein, 2004), primeiro devem estimar-se, no *PRELIS 2* (Jöreskog & Sörbom, 1996), e para cada grupo, as médias e as covariâncias policóricas, conjuntamente com as respetivas covariâncias assintóticas, das distribuições latentes, normais e contínuas, seccionadas por $m - 1$ limites distribucionais ($m =$ número de categorias de resposta) das variáveis observadas. Estes limites distribucionais são fixados ao conjunto daqueles obtidos para o grupo combinado (para a amostra total). As médias e as covariâncias resultantes desta análise multigrupo foram lidas e trabalhadas pelo *LISREL 8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993) para testar a invariância do modelo de interesse da EAS (dois fatores) através dos grupos não clínico e clínico. Neste teste utilizou-se o método de estimação por máxima verosimilhança (MV) com recurso ao robusto *Satorra-Bentler Scaled Chi-square* ($S-B\chi^2$: Satorra & Bentler, 1994). O MV $S-B\chi^2$ tem um bom desempenho em amostras de média dimensão ($N = 200$), mesmo sob condições de não normalidade muito elevada (Curran, West, & Finch, 1996).

O teste de invariância de modelos geralmente começa com o teste da invariância da sua forma, em que todos os parâmetros são estimados livremente através dos grupos. Este modelo de base funciona como ponto de partida para o teste de condições mais restritas de invariância (Cheung & Rensvold, 2002; Meredith, 1993). Segue-se o teste da invariância métrica ou fraca em que se estipula que os pesos fatoriais são equivalentes para os dois grupos, sendo os restantes parâmetros livremente estimados. Este modelo é comparado com o de invariância de forma. Depois, testa-se o modelo de invariância escalar ou forte em que se determina que os pesos fatoriais e os *intercepts* (médias ajustadas dos itens correspondentes ao valor zero do fator) são equivalentes através dos grupos, sendo os restantes parâmetros livremente estimados. Este modelo é comparado com o de invariância métrica ou fraca. Se este modelo for invariante atinge-se o objetivo da obtenção de invariância do modelo ao nível da mensuração¹².

¹²Há autores que defendem a realização do teste da invariância estrita para completar este processo, em que se colocam os pesos fatoriais, os *intercepts* e a variância do erro como invariantes (Meredith, 1993). Contudo, outros não o aconselham porque ela enviesa os

Quando não se conseguiu obter um dos tipos de invariância do modelo, testou-se a sua invariância parcial, colocando alguns dos itens a serem calculados livremente através dos grupos (Byrne, Shavelson, & Muthén, 1989).

Utilizou-se o ΔCFI para apurar a invariância dos modelos, comparando um mais restrito com outro com menores restrições. Optou-se por utilizar o ΔCFI em vez do teste da diferença do χ^2 , dado que o χ^2 é excessivamente sensível à dimensão da amostra e à complexidade do modelo. Deste modo, são sugeridas alternativas na literatura. Cheung e Rensvold (2002) recomendam a utilização do ΔCFI como forma de contornar estes problemas: se a diferença entre os modelos for superior a -.01 não há invariância, ou seja, não há equivalência entre os grupos. Em adição ao ΔCFI consideraram-se os seguintes valores para quatro índices de ajustamento: o *ratio* $S-B\chi^2/gl$ que deve ser inferior a 3.00 para indicar um bom ajustamento (Kline, 2011); o *CFI* que deve ser próximo ou superior a .95 para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999), ainda que, por convenção, a partir de .90 o modelo seja considerado aceitável; o *RMSEA* que deve ser próximo ou inferior a .06 para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999), apesar de valores próximos ou inferiores a .08 indicarem um ajustamento aceitável e de valores superiores a .10 indicarem problemas de ajustamento (Browne & Cudek, 1993); e, o *SRMR* que deve ter um valor próximo ou inferior a .08 (Hu & Bentler, 1999).

A análise substantiva da estrutura fatorial em apreciação foi feita seguindo uma lógica de modificação de modelos (Jöreskog & Sörbom, 1993). Foram excluídos os itens que, em qualquer um dos grupos, apresentavam pesos fatoriais estandardizados (β) inferiores a .40, por se considerar que estes não eram adequados para representar os fatores. Isto significa que a comunalidade, ou seja a quantidade mínima de variância capturada pelo respetivo fator ($R^2 = \text{comunalidade}$) deveria ser igual a .16 (R^2 ligeiramente superior ao valor .13, tido como moderado segundo Cohen, 1992). Neste contexto, foram seguidos, ainda, os critérios de Fornell e Larcker (1981) que recomendam a análise da validade convergente¹³ (variância média extraída dos itens pelo fator), que deve ser superior a .50, e da fiabilidade compósita¹⁴, que deve ser de

resultados dos outros parâmetros do modelo (Little, 1997) e porque é suficiente assegurar a invariância escalar ou forte para testar a invariância ao nível dos fatores (médias, variâncias e covariâncias; Joreskog, 2005; Little, 1997).

¹³Calculada através da fórmula $VME = \sum \beta_i^2 / (\sum \beta_i^2 + \sum \epsilon_i)$, onde β é o peso fatorial estandardizado dos itens e ϵ é a variância estandardizada do erro de mensuração dos itens.

¹⁴Calculada através da fórmula $FC = (\sum \beta_i)^2 / [(\sum \beta_i)^2 + \sum \epsilon_i]$

.80 para a investigação básica (diferenças entre grupos) (Nunnally & Bernstein, 1994). Procurou-se assegurar, ainda, a validade discriminante¹⁵, que deve ser inferior ao resultado da validade convergente dos fatores. Quando um destes parâmetros não estava assegurado, fizeram-se alterações ao modelo, procurando-se justificar substantivamente essas alterações (MacCallum, Roznowski, & Necowitz, 1992).

¹⁵A validade discriminante resulta da comparação da variância média extraída com a quantidade de variância partilhada entre os fatores (quadrado da correlação desatenuada, ϕ^2).

7.2. Resultados

Primeiro testou-se a invariância de forma do modelo fatorial através dos grupos e verificou-se que o modelo não estava ajustado ($S-B\chi^2/gl = 1596.18/808 = 1.98$, $CFI = .76$, $RMSEA = .09$, $SRMR_{\text{grupo clínico}} = .13$, $SRMR_{\text{grupo não clínico}} = .15$). O item 25 do fator Comunhão (que remetia para a temática da sexualidade idealística) e os itens 30, 38 e 40 do fator Permissividade [que remetiam para as duas temáticas que compõem o fator Permissividade: diversidade de parceiros (item 30) e sexo ocasional (itens 38 e 40)] foram excluídos por não representarem bem os fatores β ($\beta < .40$) nos dois grupos amostrais. Os itens 3, 15 e 19 da Comunhão (que remetiam exclusivamente para a temática da sexualidade idealística), e o item 18 da Permissividade (que remetia para a sexualidade ocasional) não representavam bem os fatores no grupo clínico, pelo que também foram excluídos do modelo. O mesmo aconteceu para os itens 16, 34 e 36 da Permissividade (que remetiam para a temática do sexo ocasional) que não representavam bem o fator no grupo não clínico.

Sem estes itens o modelo apresentou um bom ajustamento ($S-B\chi^2/gl = 407.03/302 = 1.35$, $CFI = .90$, $RMSEA = .05$, $SRMR_{\text{grupo clínico}} = .09$, $SRMR_{\text{grupo não clínico}} = .10$). Contudo, verificaram-se problemas ao nível da variância média extraída no fator Permissividade para o grupo clínico ($VME = .33$), minimizados através da exclusão dos itens 20, 22, 28 e 32 (que remetiam para as duas temáticas do fator Permissividade, permanecendo o modelo com um bom ajustamento (Tabela 11, M1): diversidade de parceiros (item 32) e sexo ocasional (itens 20, 22, 28). Só após este processo de geração do modelo se atingiu a equivalência cognitiva dos fatores Permissividade e Comunhão através dos grupos: eles conceptualizaram os constructos da mesma maneira (para apreciar substantivamente as modificações do modelo da EAS).

Tabela 11. *Invariância do Modelo de Medida Através dos Grupos*

Modelo (N = 239)	Ratio				SRMR		ΔCFI
	SB χ^2/gl	χ^2/df	CFI	RMSEA	Grupo 1	Grupo 2	(Modelos)
M1	233.97/178	1.31	.901	.05	.10	.08	---
M2	333.54/191	1.75	.875	.08	.19	.11	> -.01 (M2 - M1)
M2a	278.88/190	1.47	.892	.06	.16	.10	< -.01 (M2a - M1)
M3	438.71/204	2.15	.825	.10	.18	.10	> -.01 (M3 - M2a)
M3a	293.32/198	1.48	.888	.06	.11	.09	< -.01 (M3a - M2a)

Nota. CFI = comparative fit index; RMSEA = root mean square error of approximation; Grupo 1 = grupo clínico; Grupo 2 = grupo não clínico; Δ = diferença entre o modelo testado e o modelo base; M1 = invariância de forma; M2 = invariância dos pesos fatoriais; M2a = invariância parcial dos pesos fatoriais (item 37 livremente estimado através dos grupos); M3 = M2a mais invariância parcial dos *intercepts* (item 37 livremente estimado através dos grupos); M3a = M3 com pesos fatoriais e *intercepts* dos itens 12, 29 e 41 livremente estimados através dos grupos.

Conforme pode verificar-se na Tabela 11, a invariância fraca do modelo (M2) não foi alcançada ($\Delta CFI > -.01$). Como tal estimou-se livremente através dos grupos o item 37 do fator Comunhão (que remetia para a importância da sexualidade na vida) por apresentar maior discrepância entre os pesos fatoriais (Tabela 12). Com a variação livre do item 37 do fator Comunhão o modelo já se mostrou parcialmente invariante (M2a, $\Delta CFI < -.01$). Note-se que os itens 21 e 37 têm a mesma diferença de magnitudes, mas optou-se pelo item 37 por ele ter um maior peso fatorial do que o 21 através dos grupos, constatando-se que esse item tem um peso fatorial mais elevado no grupo clínico (Tabela 12). Decorrente destas modificações no modelo verificou-se que os constructos eram só cognitivamente similares, uma vez que eles manifestaram-se na mesma escala de mensuração (com os mesmos intervalos de variação) através dos grupos, mas com uma única variação (invariância parcial: item 37 com pesos fatoriais livremente estimados).

Por fim, a invariância forte do modelo também não foi logo alcançada (Tabela 11, M3), só o foi parcialmente (Tabela 11, M3a). Para o conseguir foi necessário que os *intercepts* (e os pesos fatoriais) dos itens 29 (sexualidade idealística) e 41 (importância

da sexualidade na vida) do fator Comunhão, e do item 12 (sexo ocasional) do fator Permissividade fossem livremente estimados através dos grupos: maior diferença de resultados entre os grupos, notando-se que os itens 12 e 41 apresentaram valores de *intercepts* mais elevados no grupo não clínico, enquanto que para o item 29 isso aconteceu para o grupo clínico (Tabela 12). Com estas modificações houve um acréscimo de dissemelhança dos constructos devido às diferenças na origem da escala de mensuração destes quatro itens através dos grupos.

Tabela 12. *Invariância da Forma do Modelo de Medida: Estimativas de Máxima Verosimilhança*

Fator	Item	Grupo Clínico (<i>n</i> = 117)			Grupo Não Clínico (<i>n</i> = 122)		
		β	R^2	<i>Intercept</i>	β	R^2	<i>Intercept</i>
Permissividade	0	.65	.42	.58	.77	.60	.40
	2	.68	.46	.54	.84	.71	.29
	4	.69	.47	.53	.87	.76	.24
	6	.61	.38	.62	.69	.48	.52
	8	.77	.60	.40	.85	.73	.28
	10	.52	.27	.73	.62	.38	.62
	12	.61	.38	.62	.59	.35	.65
	14	.58	.34	.66	.74	.55	.45
	24	.60	.36	.64	.59	.35	.65
	26	.70	.49	.51	.74	.55	.45
	VME		.42			.54	
	FC		.88			.92	
Comunhão	9	.45	.20	.80	.40	.16	.84
	21	.54	.30	.70	.65	.42	.58
	29	.78	.61	.39	.81	.65	.35
	37	.85	.72	.28	.74	.55	.45
	41	.92	.84	.16	.80	.64	.36
		VME		.53			.48
	FC		.84			.82	

Nota. β = pesos fatoriais estandardizados ($p < .001$); R^2 (comunalidade) = 1 - ϵ (resíduo estandardizado); VME = variância média extraída; FC = fiabilidade compósita.

Pode, ainda, verificar-se na Tabela 12, que todos os itens apresentavam uma carga fatorial superior a .40. Para o fator Permissividade, os itens que melhor o representaram foram, no grupo clínico, o item 8 ($R^2 = .60$), e, no grupo não clínico, o item 4 ($R^2 = .76$). Os itens que pior caracterizaram este fator foram no grupo clínico o item 10 ($R^2 = .27$) e no grupo não clínico os itens 12 e 24 ($R^2 = .35$). Para o fator Comunhão, os itens que melhor o representaram foram, no grupo clínico, o item 41 ($R^2 = .84$) e, no grupo não clínico, o item 29 ($R^2 = .81$). O item que pior representou o fator Comunhão foi, tanto no grupo clínico como no grupo não clínico, o item 9 ($R^2 = .45$ e .40 respetivamente).

Analisou-se, também, a validade convergente e a fiabilidade dos fatores Permissividade e Comunhão nos dois grupos (Tabela 12). No grupo clínico, o fator Permissividade revelou um valor ligeiramente abaixo do desejável para a validade convergente (VME = .42) e uma boa fiabilidade (FC = .88). Já o fator Comunhão revelou uma boa validade convergente (VME = .53) e uma boa fiabilidade (FC = .84). No grupo não clínico, o fator Permissividade revelou uma boa validade convergente (VME = .54) e uma boa fiabilidade (FC = .92). Já o fator Comunhão revelou um valor muito próximo do desejável para a validade convergente (VME = .48) e uma boa fiabilidade (FC = .88). Por último, quanto à validade discriminante entre os fatores, ela foi verificada tanto no grupo clínico ($\phi = .47$; $\phi^2 = .22$) como no grupo não clínico ($\phi = .55$; $\phi^2 = .30$) (Tabela 12).

7.3. Discussão

O teste da invariância de mensuração da EAS através dos grupos clínico e não clínico da amostra do presente estudo partiu de um modelo bidimensional oblíquo com os fatores Permissividade e Comunhão (cf. ponto 7.1.4. Procedimento de análise de dados) que somente ficou ajustado aos dados empíricos com 15 itens. Este modelo, que revelou propriedades psicométricas aceitáveis (validade convergente, fiabilidade compósita e validade discriminante; Fornell & Larcker, 1981) através dos grupos, é diferente dos anteriormente propostos para a escala (Alferes, 1994; Hendrick & Hendrick, 1987; Hendrick et al., 1985; Hendrick et al., 2006; Margalha et al., 2008), mas plausível (i.e., estatisticamente significativo e suficientemente parcimonioso) para a população com características idênticas às da amostra testada, a qual é diferente de todas as testadas nos outros estudos. Contudo, todos os itens excluídos do fator

Permissividade (11 itens) e do fator Comunhão (4 itens) no presente estudo, também o foram no de Margalha et al. (2008), com uma amostra de adultos idosos.

Partindo da análise do conteúdo semântico-lexical dos itens que integraram este modelo, verificou-se que os itens excluídos no fator Permissividade estavam maioritariamente relacionados com a temática da diversidade de parceiros (designação que remete para a existência de vários parceiros em simultâneo e não para a quantidade de parceiros ao longo da vida), o que poderá ser explicado pela faixa etária a que a amostra pertence, visto que tal como refere a literatura os jovens têm mais parceiros sexuais em simultâneo do que os adultos mais velhos (Dolcini et al., 1995) e que as pessoas tornam-se menos permissivas à medida que envelhecem (Le Gall et al., 2002). Isto poderá estar, também, relacionado com o facto da atividade sexual diminuir à medida que se envelhece (Bee, 1997; Bergström-Walen & Nielsen, 1990; Howard et al., 2006; Knodel & Chayovan, 2001; Levine, 1998; Lindau et al., 2007; Patel et al., 2003; Pedersen, 1998), tal como com a influência da religião, pois de acordo com a literatura, as pessoas mais religiosas têm menos parceiros sexuais (Murray et al., 2007) e os adultos mais velhos portugueses tiveram uma educação fortemente influenciada pela religião (Nodin et al., 2001). Assim, os itens que constituem o fator Permissividade estavam relacionados, maioritariamente, com a temática da sexualidade ocasional (sexo sem compromissos emocionais), com exceção dos itens 4 e 8 que remetiam para a temática da diversidade de parceiros. Estes dois itens foram os que melhor caracterizaram o fator nos grupos clínico (item 8) e não clínico (item 4). Note-se que no estudo de Margalha et al. (2008), com uma amostra de adultos idosos, o fator Permissividade, não contemplando estes dois itens, passou a designar-se por Sexo Ocasional.

Os itens excluídos do fator Comunhão remetiam para a temática idealística da sexualidade e estavam relacionados, na sua maioria, com a importância do conhecimento do parceiro. A diminuição da importância dada a uma sexualidade mais idealística poderá também estar relacionada com o declínio da atividade sexual no leque etário dos participantes do presente estudo (Bee, 1997; Bergström-Walen & Nielsen, 1990; Howard et al., 2006; Knodel & Chayovan, 2001; Levine, 1998; Lindau et al., 2007; Patel et al., 2003; Pedersen, 1998), mas também pelo facto dos participantes do grupo clínico terem sido exclusivamente infetados por via sexual e de acordo com a literatura sabe-se que os seropositivos tendem a mudar a sua perceção da sexualidade (Grilo, 1998), optando em alguns casos pela abstinência sexual (Bogart et al., 2006;

Fedor et al., 2013; Finkler, 2003; Galvão et al., 2004; Krishna et al., 2007; Siegel & Schrimshaw, 2003). Os itens que permaneceram no fator Comunhão remetiam na sua maioria para a importância da sexualidade na vida, com exceção do item 9 que remete para uma sexualidade que comporta algum idealismo e partilha de sentimentos. Contudo, este item foi o que pior representou o fator Comunhão em ambos os grupos.

Entretanto, a exclusão de 14 dos itens da prova pode também ter ficado a dever-se à especificidade sociodemográfica da amostra em estudo e ao género da entrevistadora. Quanto a este último aspeto, poderão ter existido problemas ao nível da hetero-administração das provas nos homens (Catania et al., 1990; Fenton et al., 2001). Note-se que a literatura recomenda a correspondência de género entre entrevistador e participante (Catania et al., 1996), sobretudo em adultos idosos (Diniz & Amado, in press). Contudo, a literatura indica que os participantes em estudos sobre sexualidade tendem a partilhar mais informação com entrevistadoras mulheres (Fenton et al., 2001). Acresce que a discrepância de idades entre a entrevistadora e os participantes pode ter enviesado algumas respostas. Quanto ao primeiro aspeto, muitos dos participantes do estudo revelaram dificuldades de compreensão dos itens da EAS, prova construída originalmente para a população jovem. Ainda que se tenha utilizado a versão de Margalha et al. (2009) para adultos idosos, a amostra do presente estudo tinha níveis de escolaridade baixos, sendo constituída na sua larga maioria por analfabetos e pessoas com o 1º ciclo completo. Registe-se que no estudo de Margalha et al. (2008) a amostra também era composta por participantes muito pouco escolarizados e também ocorreu a exclusão de muitos itens (entre outros, 20 itens dos fatores Permissividade e Comunhão).

Concluindo, as modificações que a EAS teve neste estudo são um exemplo elucidativo da importância que deve ser atribuída à adaptação de instrumentos para populações específicas (International Test Commission, 2000), no caso para adultos mais velhos. A redução da EAS de 43 itens distribuídos por quatro fatores para 15 itens distribuídos por dois fatores pode revelar-se importante, dado que a torna de mais fácil e rápida administração, para além de uma maior adequabilidade de conteúdos, para futuras aplicações com este tipo de população. Na verdade, ao longo da aplicação dos instrumentos, foi notório o cansaço dos participantes pela longa dimensão da EAS, bem como pela pouca adequabilidade de alguns itens à faixa etária da amostra em estudo. Ainda, assim, o cansaço pode ter ficado a dever-se, também, à impossibilidade de recolha de informação para todos os participantes nas horas do dia que proporcionam

uma melhor ativação cognitiva (Li et al., 1998). Saliente-se, ainda, a importância da validação de instrumentos específicos para adultos mais velhos, em particular infectados pelo VIH/SIDA, em crescimento em Portugal (INE, 2008; Dias et al., 2005).

8. Estudo 2 – Invariância de um Modelo de Mediação da Permissividade, Comunhão e Conhecimento no Efeito do Género, Estado Civil, Religião e Nível de Escolaridade Sobre os Comportamentos Sexuais de Risco

8.1. Método

8.1.1. Participantes. Os participantes foram os mesmos do estudo anterior.

8.1.2. Instrumentos. Foram aplicados os mesmos instrumentos do estudo anterior e o Questionário de Comportamentos Sexuais (QCS) (Anexo E). Este questionário é constituído por uma questão relativa aos comportamentos sexuais e por três questões referentes à utilização do preservativo e à transmissão da infecção pelo VIH/SIDA retiradas do questionário elaborado por Popkin (2004). Foi requerida e obtida a autorização do autor do questionário para a sua utilização neste estudo (Anexo F). Para adaptar para português as questões, procedeu-se à sua tradução, tendo por base as diretrizes da International Test Commission (2010; Jeanrie & Bertrand, 1999; Van de Vivjer & Hambleton, 1996). Num primeiro momento, solicitou-se a tradução de inglês para português do QCS a duas tradutoras, depois pediu-se que estas passado um dia fizessem a sua retroversão, com intuito de verificar se o seu conteúdo correspondia ao original. Posteriormente, promoveu-se o encontro das duas tradutoras para que chegassem a uma versão consensual. Por último, aplicou-se o questionário a seis pessoas dos dois géneros, uns analfabetos e outros com um nível de escolaridade elevado e, ainda, uns com 55-65 anos e outros com mais de 75 anos, para averiguar se existiam problemas ao nível da aplicação ou da compreensão dos itens da prova, verificando-se que tal não aconteceu.

No QCS, com a questão referente aos comportamentos sexuais pretendia-se aferir se os participantes eram sexualmente ativos (item 1), se utilizavam o preservativo (item 2) e se tinham conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA (itens 3 e 4). Para os itens 1 e 2 a forma de resposta era dicotómica (Sim ou Não); para os itens 3 e 4 a forma de resposta era aberta.

8.1.3. Procedimento de recolha de dados. O procedimento de recolha de dados foi o mesmo do estudo anterior.

8.1.4. Procedimento de análise de dados. Para a operacionalização das variáveis exógenas do modelo de mediação (Figura 1) optou-se: (1) para a variável género pelas notações 1.00 para o género masculino e 2.00 para o género feminino; (2) para a variável estado civil pelas notações 1.00 para os sem parceiro (solteiros, viúvos e

divorciados), e 2.00 para os com parceiro (casados e que vivem em união de facto); (3) para a variável religião pelas notações 1.00 para os não praticantes (ateus, agnósticos e não praticantes de uma religião), e 2.00 para os praticantes de uma religião; e, (4) para a variável nível de escolaridade pelas notações 1.00 para os participantes analfabetos, 2.00 para os que tinham o 1º ciclo completo e 3.00 para os que tinham o 2º ciclo completo ou mais, visto que existiam poucos participantes com escolaridade superior a este ciclo, tal como pode verificar-se na Tabela 9 (Estudo 1). Note-se, ainda, que a variável grupo foi operacionalizada através das notações 1.00 para o grupo clínico (infetados pelo VIH/SIDA) e 2.00 para o grupo não clínico (não infetados pelo VIH/SIDA).

A operacionalização das variáveis endógenas do modelo foi feita através dos itens respeitantes aos comportamentos sexuais, à utilização do preservativo e ao conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA do QCS. Criaram-se duas variáveis: Comportamentos Sexuais de Risco (CSR) e Conhecimento quanto à forma de transmissão do VIH/SIDA (adiante Conhecimento). A variável CSR foi baseada na ponderação dos itens 1 e 2 (Anexo E), em que se atribuiu a pontuação 1.00 (CSR nulo) aos participantes que responderam Não ao item 1 e Sim ao item 2. Aos participantes que responderam Sim e Não a ambas as questões, atribuiu-se a pontuação 2.00 (CSR moderado), e atribuiu-se a pontuação 3.00 (CSR elevado) àqueles que responderam Sim à primeira questão e Não à segunda. Por outro lado, os itens 3 e 4 (Anexo E) serviram para aferir o Conhecimento. Foi atribuída uma pontuação de 1.00 (não tem conhecimento) quando os participantes respondiam correta ou incorretamente ao item 3, mas incorretamente ao item 4, e de 2.00 (tem conhecimento) quando respondiam corretamente aos itens 3 e 4.

As variáveis endógenas Permissividade e Comunhão foram operacionalizadas pelo cálculo, computado pelo *LISREL 8*, das respetivas notas fatoriais (Jöreskog, Sörbom, Du Toit, & Du Toit, 2001), obtidas a partir do teste do modelo do Estudo 1. Transformaram-se estas variáveis contínuas em variáveis categoriais-ordinais, através do recurso a intervalos quartílicos, obtidos pelo *IBM SPSS Statistics for Windows (version 20)*. Isto para que todas as variáveis a considerar no modelo tivessem a mesma métrica. Assim, todas as variáveis que constituíram o modelo eram categoriais: dicotómicas no caso do género, estado civil, religião e Conhecimento, e politómicas no caso do nível de escolaridade, Comunhão, Permissividade e CSR.

O modelo de mediação (Figura 1) foi testado no *LISREL 8* (Jöreskog & Sörbom, 2002), utilizando o mesmo procedimento de estimação das matrizes no *PRELIS 2* (Jöreskog & Sörbom, 1996), a mesma técnica de estimação do modelo e os mesmos índices de ajustamento utilizados no Estudo 1. Contudo, acrescentou-se ao modelo de mediação uma covariância de erro entre os mediadores Permissividade e Comunhão em razão das elevadas correlações (Cohen, 1992) observadas através dos grupos ($\phi_{\text{grupo clínico}} = .47$ e $\phi_{\text{grupo não clínico}} = .55$) no Estudo 1 entre os fatores que lhes deram lugar.

Deve referir-se aqui que existiram problemas para ambos os grupos ao nível dos erros-padrão (*EP*) respeitantes às estimativas não estandardizadas dos efeitos (coeficientes de regressão; *b*) do modelo estimado através do método de máxima verosimilhança (MV) com o robusto *Satorra-Bentler Scaled Chi-square* (S-B χ^2 : Satorra & Bentler, 1994) sob matrizes de covariância policóricas: efeito direto nível de escolaridade-CSR no grupo clínico ($b = .30$, $EP = .84$, $p = \text{ns}$); efeito total nível de escolaridade-CSR no grupo não clínico ($b = .25$, $EP = .72$, $p = \text{ns}$). A inflação dos *EP* terá ficado a dever-se ao número de categorias de resposta das variáveis do modelo ser inferior a cinco, conjuntamente com o facto da dimensão da amostra deste estudo ser reduzida (Flora & Curran, 2004). Em alternativa a este método foi utilizado o de MV sob matrizes de covariâncias, através do qual já não se verificaram problemas ao nível dos *EP*.

Procedeu-se ao teste da invariância do modelo através duma análise multigrupo, admitindo, numa primeira fase, que os *intercepts* e os coeficientes de regressão correspondentes às trajetórias entre as variáveis do modelo eram iguais através dos grupos clínico e não clínico, com a variância do erro da variável CSR livremente estimada através dos grupos (regressões iguais; Jöreskog & Sörbom, 1993). Posteriormente, testou-se a invariância do modelo assumindo que os coeficientes de regressão se mantinham iguais através dos grupos, mas certos *intercepts* foram estimados livremente (regressões paralelas; Jöreskog & Sörbom, 1993). Isto para as trajetórias estatisticamente significativas, marginalmente significativas, ou próximas disso, obtidas com regressões iguais. Consideraram-se como relações significativas valores de rácio crítico ($RC = b/\text{erro-padrão}$; Kline, 2011) superiores a 1.98 para um nível de $p < .05$ e, ainda, devido à pequena dimensão das subamostras deste estudo, valores de RC superiores a 1.66 para um nível de $p < .10$. Por último, procedeu-se à supressão de todas as trajetórias que não eram estatisticamente significativas através dos

grupos e o modelo reespecificado foi novamente testado (modificação de modelos; Jöreskog & Sörbom, 1993).

Para apreciar a quantidade de variância das variáveis endógenas do modelo capturada pelos respectivos preditores ou, por outras palavras, a magnitude dos coeficientes de determinação dessas variáveis, seguiu-se o critério de Cohen (1992): $R^2 = .02$, baixo; $R^2 = .13$, moderado; e $R^2 = .26$, elevado. Tratando-se de um modelo de mediação, para analisar os efeitos indiretos é necessário que os efeitos diretos que o compõem sejam estatisticamente significativos, bem como o efeito indireto propriamente dito. De acordo com a terminologia de Iacobucci, Saldanha e Deng (2007), existem três tipos de mediação: ausente, parcial ou completa.

A mediação completa verifica-se, como demonstra a Figura 2, quando o efeito indireto ($\gamma_2 \times \beta$) e os efeitos diretos que o compõem (γ_2 e β) são estatisticamente significativos, e o efeito direto (γ_1) não.

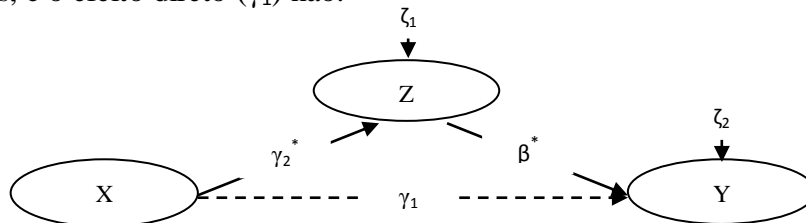


Figura 2. Mediação completa. $\gamma_2 \times \beta$ (efeito indireto de X sobre Y), com $p < .05$.
* $p < .05$.

A mediação parcial verifica-se, como demonstra a Figura 3, quando o efeito indireto ($\gamma_2 \times \beta$) e os efeitos diretos que o compõem (γ_2 e β) são estatisticamente significativos, e o efeito direto (γ_1) também (com uma significativamente maior proporção da variância do critério devida mais ao indireto do que ao direto).

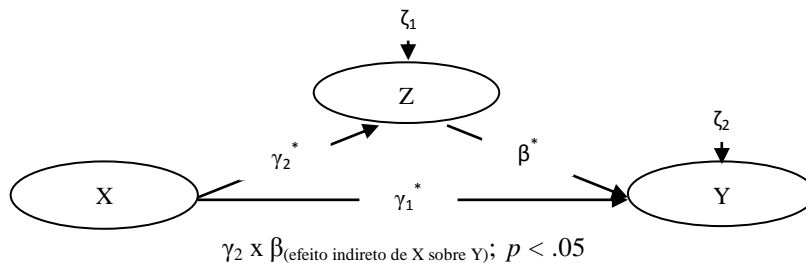


Figura 3. Mediação parcial. $\gamma_2 \times \beta$ (efeito indireto de X sobre Y), com $p < .05$.
* $p < .05$.

A mediação parcial na presença do efeito direto verifica-se, como demonstra a Figura 4, quando o efeito indireto ($\gamma_2 \times \beta$) não é significativo, mas os efeitos diretos que o compõem (γ_2 e β) são, bem como o efeito direto (γ_1), com magnitudes comparáveis entre o efeito direto e indireto.

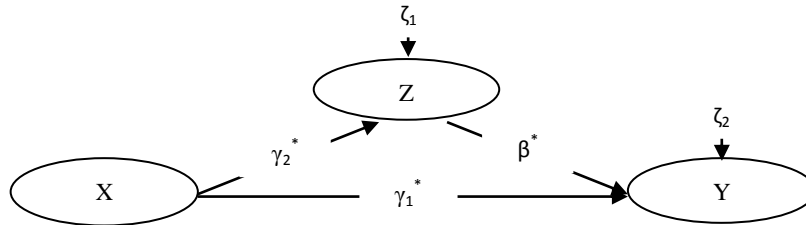


Figura 4. Mediação parcial na presença do efeito direto.
 $\gamma_2 \times \beta$ (efeito indireto de X sobre Y), com $p > .05$.
 $*p < .05$.

A mediação parcial na ausência do efeito direto verifica-se, como demonstra a Figura 5, quando o efeito indireto ($\gamma_2 \times \beta$) e direto (γ_1) não são significativos, mas os efeitos diretos que o compõem (γ_2 e β) são, com magnitudes comparáveis entre o efeito direto e indireto.

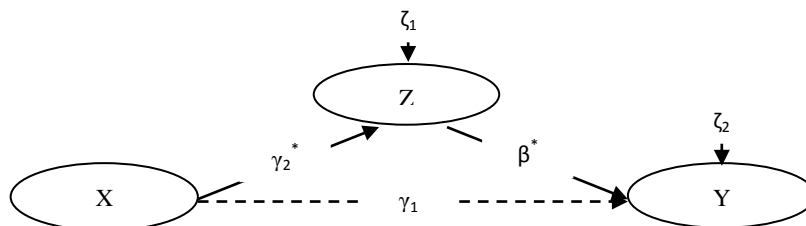


Figura 5. Mediação parcial na ausência do efeito direto.
 $\gamma_2 \times \beta$ (efeito indireto de X sobre Y), com $p > .05$.
 $*p < .05$.

Para apreciar se a contribuição do efeito indireto para o efeito total foi estatisticamente significativa utilizou-se a expressão $\Delta z = \gamma_3 - \gamma_1 / \text{raiz quadrada} [(EP^2_{(3)} + EP^2_{(1)}/2)]$ (Diniz, Pocinho, & Almeida, 2011). Nesta expressão: γ_3 = efeito total não estandardizado [$(\gamma_2 \times \beta) + \gamma_1$]; γ_1 = efeito direto não estandardizado, com os respectivos erros-padrão $EP_{(3)}$ e $EP_{(1)}$. Um teste Δz superior a 1.66 indica que os efeitos em comparação diferem a um nível de significância de $p < .10$ (recorde-se o anteriormente referido a propósito da dimensão das subamostras clínica e comunitária): o efeito indireto contribuiu de forma estatisticamente significativa para o efeito total de X sobre Y.

Voltando ao modelo da Figura 1, tratando-se de um caso com múltiplos mediadores, o teste Δz contempla simultaneamente todos os efeitos indiretos para o cálculo do efeito total, não se conseguindo, assim, apreciar o efeito de cada um deles individualmente considerado. Para ultrapassar esta limitação, fez-se o cálculo de cada efeito indireto ($\gamma_2 \times \beta$; lembre-se, com ambos os parâmetros estatisticamente significativos) através do teste z de Sobel (1982), comparando-se cada um dos resultados obtidos nesse teste para apreciar quais aqueles que mais contribuíam para o efeito total.

8.2. Resultados

A distribuição quartílica dos resultados das notas obtidas para os fatores Permissividade e Comunhão são apresentados na Tabela 13. A cada quartil corresponde um nível da variação das notas desses fatores, sendo esses quatro níveis os que serviram para a sua operacionalização (variável categorial ordinal) no teste do modelo da Figura 1.

Tabela13. *Distribuição Quartílica das Notas dos Fatores Permissividade e Comunhão*

	Quartis			
	1°	2°	3°	4°
Permissividade	1.28 – 2.49	2.50 – 3.24	3.25 – 4.34	4.35 – 5.85
Comunhão	.76 – 1.68	1.69 – 2.23	2.24 – 2.44	2.45 – 2.84

Inicialmente o modelo foi testado como sendo invariante através dos grupos (regressões iguais), apresentando problemas de ajustamento aos dados empíricos (Tabela 14, M1).

Tabela 14. *Invariância do Modelo de Mediação Através dos Grupos*

Modelo (N = 239)	χ^2/gl	Ratio χ^2/df	CFI	RMSEA	SRMR	
					Grupo 1	Grupo 2
M1	255.34/31	8.24	.73	.22	.14	.11
M2	50.39/14	3.60	.96	.14	.05	.05
M3	34.11/14	2.44	.98	.10	.04	.05

Nota. CFI = comparative fit index; RMSEA = root mean square error of approximation; Grupo 1 = grupo clínico; Grupo 2 = grupo não clínico; M1 = regressões iguais; M2 = regressões paralelas (todos os preditores-Comportamentos Sexuais de Risco, género e nível de escolaridade-Permissividade, género e nível de escolaridade-Comunhão; religião e nível de escolaridade-Conhecimento); M3 = M2 sem as trajetórias estado civil e religião-Comunhão, estado civil-Conhecimento.

Num segundo momento, mantiveram-se constantes as relações que não eram estatisticamente significativas em M1 e estimaram-se livremente através dos grupos as relações estatisticamente significativas e, também, aquelas cujo nível de probabilidade era próximo do nível de significância de $p < .10$. Contudo, este modelo ainda não estava bem ajustado (Tabela 14, M2). Suprimiram-se, posteriormente, as trajetórias que não eram estatisticamente significativas através dos grupos e este modelo apresentou um ajustamento aceitável (Tabela 14, M3).

Nas Figuras 6 e 7, apresentam-se os resultados do modelo para o grupo clínico e não clínico. No grupo clínico (Figura 6) verificou-se que a Permissividade foi bem predita pelo género e pelo nível de escolaridade: os homens e os menos escolarizados eram mais permissivos. A Comunhão foi bem predita pelo género: os homens tinham atitudes mais concordantes com a Comunhão do que as mulheres. Verificou-se, ainda, uma covariância de erro estatisticamente significativa entre a Permissividade e a Comunhão. Note-se que a Permissividade não foi bem predita pelo estado civil e religião, e que a Comunhão não foi bem predita pelo nível de escolaridade. A quantidade de variância da Permissividade e da Comunhão extraída pelos seus preditores foi elevada ($R^2 = .69$ e $.37$, respetivamente).

O Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA foi bem predito pelo nível de escolaridade: os mais escolarizados tinham mais Conhecimento. Contudo, o Conhecimento não foi bem predito pelo género e religião. A quantidade de variância do Conhecimento extraída pelos seus preditores foi elevada ($R^2 = .26$).

Os Comportamentos Sexuais de Risco (CSR) foram bem preditos pelo género, estado civil, religião e nível de escolaridade: os participantes com mais CSR foram as mulheres, os com parceiro, os não praticantes e os menos escolarizados. Também a Permissividade e a Comunhão se revelaram bons preditores dos CSR: os mais permissivos e com atitudes concordantes com a Comunhão demonstraram mais CSR. Apenas o Conhecimento não se revelou um bom preditor dos CSR. A quantidade de variância dos CSR extraída pelos seus preditores foi elevada ($R^2 = .30$).

Quanto aos efeitos de mediação, verificou-se que no caso da relação género-CSR, a contribuição de todos os efeitos de mediação que a compõem (mediadores: Permissividade, Comunhão e Conhecimento) para o efeito total exercido sobre o CSR foi estatisticamente significativa ($\Delta z = -3.91, p < .001$), indicando que estes efeitos de mediação tomados em conjunto incrementaram o efeito direto do género sobre os CSR. Entretanto, não houve efeito de mediação da variável Conhecimento, mas houve efeito de mediação parcial (Iacobucci et al., 2007) da Permissividade ($z = -2.70, p < .001$) e da Comunhão ($z = -2.46, p < .01$), contribuindo a primeira mais do que a segunda para o efeito total.

No caso da relação nível de escolaridade-CSR a contribuição de todos os efeitos de mediação que a compõem para o efeito total exercido sobre o CSR não foi estatisticamente significativa ($\Delta z = .28, p = ns$).

Por seu lado, no grupo não clínico (Figura 7), verificou-se que a Permissividade foi bem predita, tal como no grupo clínico, pelo género e nível de escolaridade: os participantes mais permissivos foram os homens e os menos escolarizados. A Permissividade também foi bem predita pelo estado civil e religião: os participantes mais permissivos foram os sem parceiro e os praticantes de uma religião. Já a Comunhão foi bem predita, tal como no grupo clínico, pelo género: os homens valorizaram mais atitudes concordantes com a Comunhão. A Comunhão também foi bem predita pelo nível de escolaridade: os menos escolarizados valorizaram mais atitudes concordantes com a Comunhão. Tal como aconteceu no grupo clínico, verificou-se uma covariância de erro estatisticamente significativa entre a Permissividade e a Comunhão. A quantidade de variância da Permissividade e Comunhão extraída pelos seus preditores foi elevada ($R^2 = .82$ e $.29$, respetivamente).

O Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA foi bem predito pelo género, religião e nível de escolaridade: as mulheres, os praticantes de uma religião e os mais escolarizados tinham mais Conhecimento. Note-se que no grupo clínico, o

Conhecimento apenas foi bem predito pelo nível de escolaridade. A quantidade de variância da variável Conhecimento extraída pelos seus preditores foi elevada ($R^2 = .38$).

Os CSR foram bem preditos, tal como no grupo clínico pelo estado civil e nível de escolaridade: os participantes com parceiro e os mais escolarizados demonstraram mais CSR. Também o Conhecimento se revelou um bom preditor dos CSR: quanto menor o Conhecimento, mais CSR os participantes apresentaram. A Comunhão também se revelou um bom preditor dos CSR, tal como no grupo clínico, mostrando que aqueles que valorizavam mais a Comunhão denotaram mais CSR. Note-se que os CSR não foram bem preditos pelo género, religião e Permissividade. A quantidade de variância dos CSR extraída pelos seus preditores foi elevada ($R^2 = .57$).

Quanto aos efeitos de mediação verificou-se que no caso da relação género-CSR, a contribuição de todos os efeitos de mediação que a compõem para o efeito total exercido sobre o CSR não foi estatisticamente significativa ($\Delta z = -.96, p = ns$).

No caso da relação nível de escolaridade-CSR verificou-se que a contribuição de todos os efeitos de mediação que a compõem para o efeito total exercido sobre o CSR foi estatisticamente significativa ($\Delta z = -3.91, p < .001$), indicando que os efeitos de mediação tomados em conjunto incrementaram o efeito direto do nível de escolaridade sobre os CSR. Entretanto, não houve efeito de mediação da variável Permissividade, mas houve efeito de mediação parcial da Comunhão ($t = -2.12, p < .01$) e do Conhecimento ($t = -3.47, p < .001$), contribuindo a segunda mais do que a primeira para o efeito total.

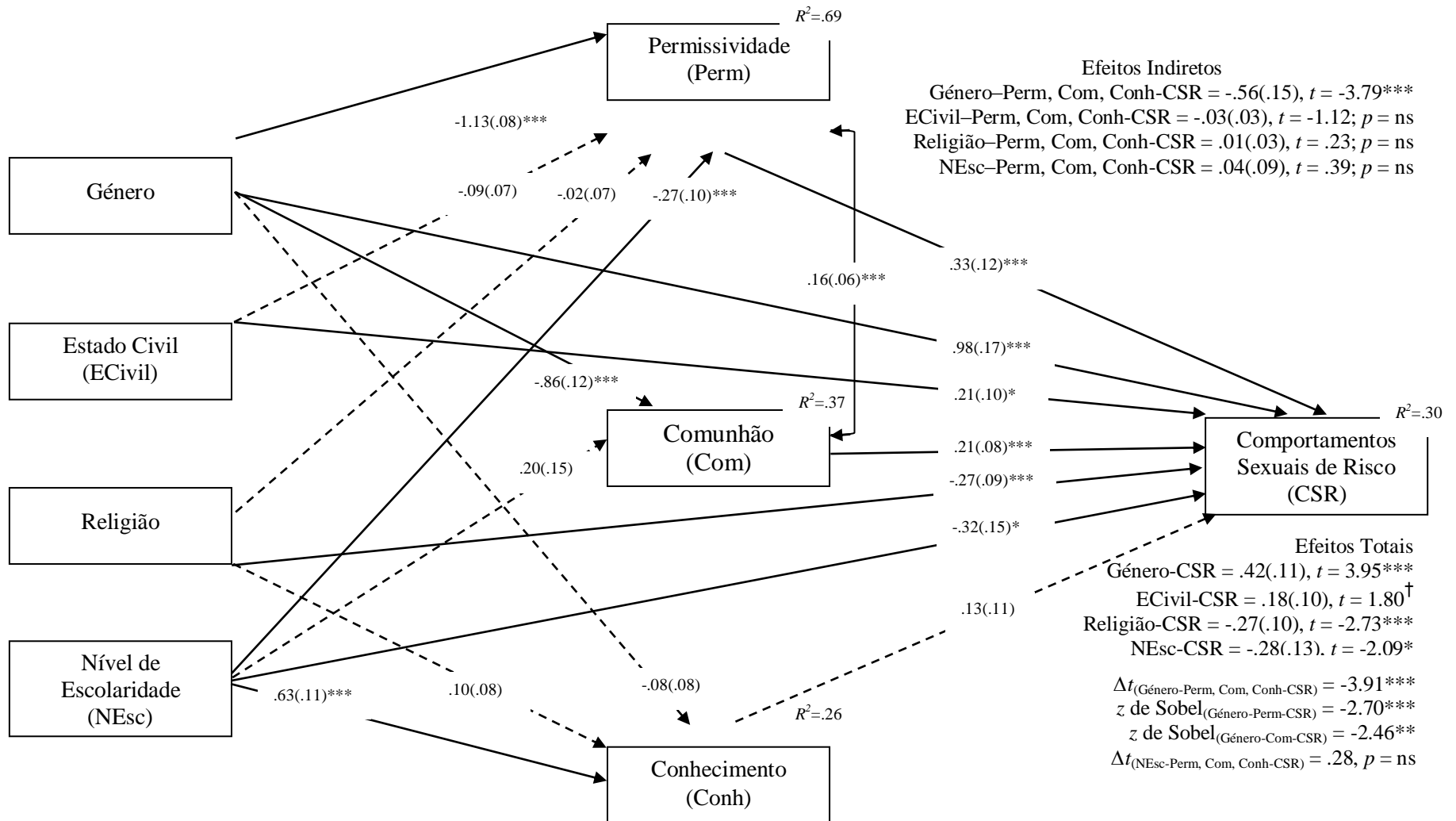


Figura 6. Teste do modelo de media\u00e7\u00e3o no grupo cl\u00ednico com regress\u00f5es paralelas atrav\u00e9s dos grupos. G\u00e9nero (1.00 = masculino; 2.00 = feminino); ECivil (1.00 = sem parceiro; 2.00 = com parceiro); religi\u00e3o (1.00 = n\u00e3o praticantes; 2.00 = praticantes); NEsc (1.00 = analfabetos; 6.00 = ensino superior); Perm (1.00 = menor n\u00edvel; 4.00 = maior n\u00edvel); Com (1.00 = menor n\u00edvel; 4.00 = maior n\u00edvel); Conh (1.00 = n\u00e3o tem; 2.00 = tem); CSR (1.00 = menor n\u00edvel; 3.00 = maior n\u00edvel). Setas cont\u00ednuas = rela\u00e7\u00f5es de predic\u00e7\u00e3o estatisticamente significativas; Setas descont\u00ednuas = rela\u00e7\u00f5es de predic\u00e7\u00e3o estatisticamente significativas; Erros-padr\u00e3o entre par\u00eantesis. $^{\dagger}p < .10$; $*p < .05$; $**p < .01$; $***p < .001$

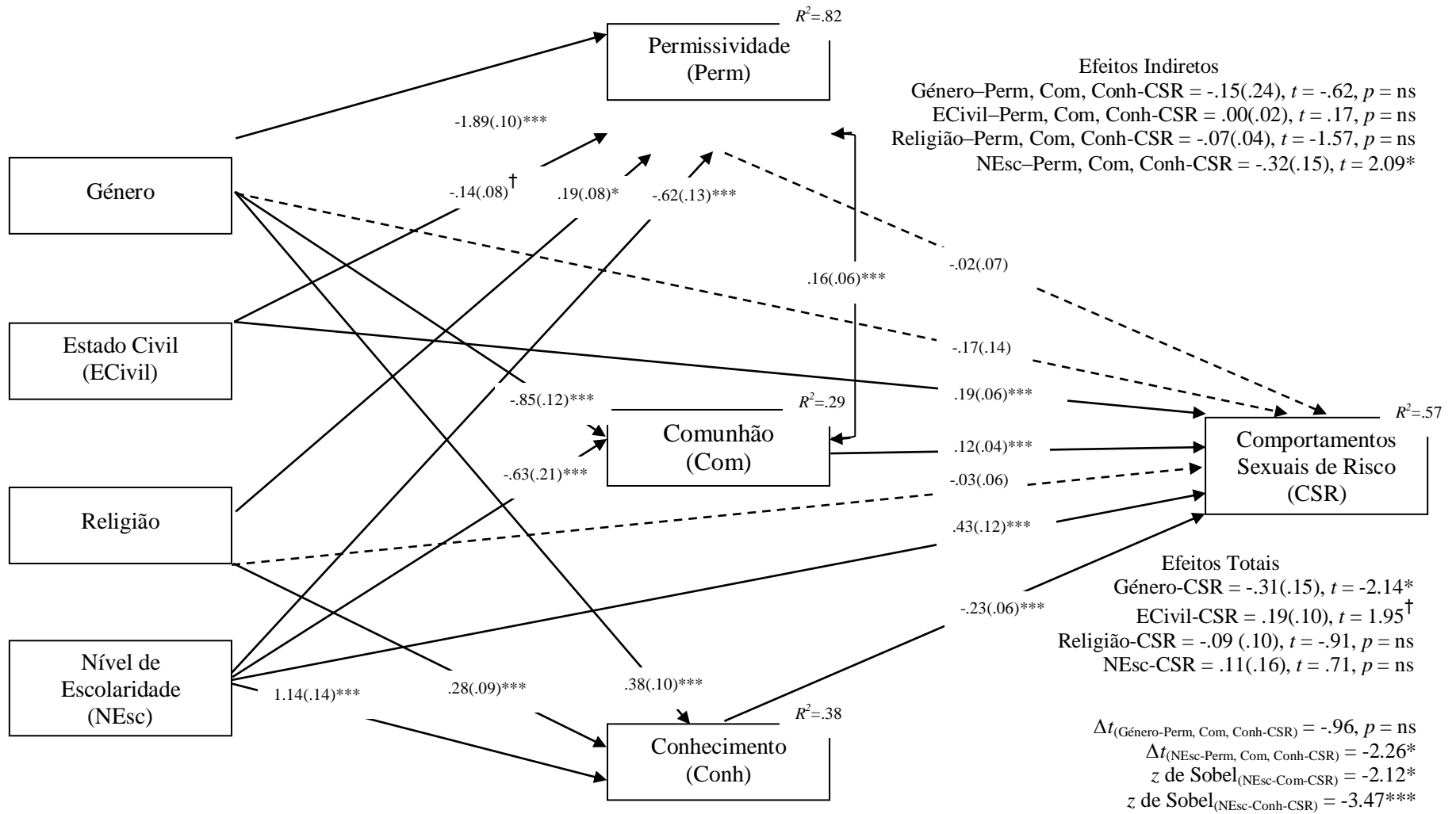


Figura 7. Teste do modelo de mediação no grupo não clínico com regressões paralelas através dos grupos. Ver Figura 6 para abreviaturas e demais codificações.

[†]p < .10; *p < .05; **p < .01; ***p < .001

8.3. Discussão

Neste estudo foi testada a invariância do modelo de mediação da Figura 1, com regressões iguais (Jöreskog & Sörbom, 1993), através de dois grupos de adultos mais velhos: grupo infetado pelo VIH/SIDA (clínico) e grupo não clínico, procurando perceber se as variáveis Permissividade, Comunhão e Conhecimento têm influência no efeito do género, estado civil, religião e nível de escolaridade sobre os Comportamentos Sexuais de Risco (CSR). Verificou-se que o modelo não estava bem ajustado e que só algumas das regressões eram invariantes. O modelo só ficou bem ajustado através do método de regressões paralelas (Jöreskog & Sörbom, 1993), tendo-se, num primeiro momento, mantido constantes as relações que não eram estatisticamente significativas (ou não atingiam valores de significância próximos de valores marginais), e estimado livremente as outras. Contudo, continuavam a existir problemas ao nível do ajustamento do modelo. Num segundo momento, foram suprimidas as trajetórias que não eram estatisticamente significativas através dos grupos e o modelo ficou razoavelmente ajustado. Suprimiram-se as trajetórias estado civil-Comunhão, religião-Comunhão e estado civil-Conhecimento. Também a literatura apontava para a não existência de relação entre a religião e a comunhão (Beckwith & Morrow, 2005) e entre o estado civil e o conhecimento quanto às formas de transmissão da infeção (Henderson et al., 2004). Tanto quanto foi possível apreciar na revisão de literatura, não existiam estudos que indicassem a relação entre o estado civil e a comunhão. Assim, estas relações não se constituíram nem como determinantes nem como consequências da infeção pelo VIH/SIDA.

Antes de analisar os resultados obtidos para as relações contempladas no modelo, refira-se que tanto para o grupo clínico quanto para o grupo não clínico foi elevada (Cohen, 1992) a quantidade da variância da Permissividade, da Comunhão, do Conhecimento e dos CSR capturada pelos respetivos preditores, mas mais no grupo não clínico do que no grupo clínico.

Quanto às relações estatisticamente significativas para ambos os grupos, verificou-se que os homens são mais permissivos do que as mulheres, o que corrobora os resultados da literatura (Hendrick et al., 1985; Hendrick & Hendrick, 1987, Alferes, 1994; Hendrick et al., 2006). A Permissividade foi, ainda, bem predita pelo nível de escolaridade nos dois grupos, verificando-se que os participantes menos escolarizados eram mais permissivos, o que é contraditório com a literatura que indica que as pessoas mais escolarizadas são mais favoráveis a uma sexualidade não convencional (Samuels,

1997; Vera Cruz & Mullet, 2012). Porém, nestes estudos os participantes apresentavam uma grande amplitude dos anos de escolaridade, enquanto que no presente estudo só 13.4% dos participantes tinham mais do que quatro anos de escolaridade.

A Comunhão, tal como a Permissividade, também foi bem predita pelo género, verificando-se que os homens têm atitudes mais concordantes face à Comunhão do que as mulheres, dado que a variável Comunhão, derivada dos resultados do estudo anterior, remetia para a importância da sexualidade na vida. Este resultado é justificável considerando o estudo de Le Gall et al. (2002) que encontraram, contrariamente à generalidade dos estudos com populações alvo jovens (Alferes, 1994; Hendrick et al., 1985, 2006) e adultas (Vera-Cruz & Mullet, 2012), resultados similares aos agora obtidos, explicáveis pelo declínio da atividade sexual em idades mais avançadas, sobretudo nas mulheres (Bergström-Walan & Nielsen, 1990; DeLamater & Friedrich, 2002; Fernandes, 2006; Floyd & Weiss, 2001; Knodel & Chayovan, 2001; Lindau et al., 2007; Weeks, 2002; Vasconcellos et al., 2004). E, em particular, no grupo clínico, também parece justificável pelo facto de as mulheres adultas mais velhas seropositivas serem infetadas, maioritariamente, pelos maridos (Frade, 2008, 2013; Giacomozzi, 2004; Glynn et al., 2003; Gupta et al., 2008; Mkandwire-Valhmu et al., 2013; Paiva et al., 2002), o que faz com que a importância da sexualidade na vida decaia após diagnóstico da infeção pelo VIH/SIDA (Grilo, 2001; McClelland et al., 2006; Schable et al., 1996). A infeção pode dificultar, ou mesmo impossibilitar a existência de Comunhão, dado que é uma doença que foi contraída, no caso da amostra do presente estudo, exclusivamente por via sexual.

Também o Conhecimento foi bem predito, nos dois grupos, pelo nível de escolaridade, verificando-se que quanto maior o nível de escolaridade dos participantes, maior o Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA, o que era expectável de acordo com a revisão da literatura tanto para os adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA (Andrade et al., 2010), como para os adultos mais velhos não infetados pelo VIH/SIDA (Henderson et al., 2004; Maes & Louis, 2003; Weaver & Passmore, 2012).

Os CSR foram bem preditos pelo estado civil, nível de escolaridade e Comunhão nos dois grupos amostrais, verificando-se que foram os participantes com parceiro, menos escolarizados e que tinham atitudes concordantes com a Comunhão, que demonstraram mais CSR. Quanto ao estado civil, estes resultados foram ao encontro do evidenciado no estudo de Shisana et al. (2004) com adultos, contrariamente ao

expectável já que os estudos com adultos idosos apontam para que os sem parceiro denotem mais CSR (Karlovsky et al., 2004; Stall & Catania, 1992). No caso da relação nível de escolaridade-CSR, alguns estudos apuraram, tal como o agora apresentado, que quanto maior o nível de escolaridade, menor os CSR, tomados enquanto risco de infecção pelo VIH/SIDA (Allain et al., 2004; Cruzeiro et al., 2010), contrariamente a Shisana et al. (2004) que verificaram a relação inversa. Quanto à Comunhão o resultado obtido é explicável pelo facto de esta variável remeter para a importância da sexualidade na vida e não para a temática da sexualidade idealística.

Este vasto conjunto de relações estatisticamente significativas através dos grupos, a saber: género-Permissividade, nível de escolaridade-Permissividade, género-Comunhão, nível de escolaridade-Conhecimento, estado-civil-CSR, nível de escolaridade-CSR e, Comunhão-CSR, pode ser tido enquanto determinante da infecção. Contudo, apreciando a diferença na significância estatística dessas relações do grupo não clínico para o grupo clínico, puderam-se evidenciar consequências da infecção. Foi possível constatar que os preditores dos CSR estado civil e nível de escolaridade foram aqueles que mais diminuíram o nível de significância do grupo não clínico para o clínico.

As relações só observadas no grupo não clínico podem considerar-se como determinantes da infecção. Assim, quanto às relações significativas somente para o grupo não clínico, verificou-se que a Permissividade foi bem predita pelo estado civil e religião: os participantes mais permissivos foram os sem parceiro e os praticantes de uma religião. Estes resultados revelaram-se contraditórios com o referido na literatura que aponta para que os adultos idosos com parceiro, sobretudo os homens, quando estão insatisfeitos com as suas relações são mais permissivos do que os que não têm parceiro (Laumann et al., 2006), e que as pessoas não praticantes de uma religião, independentemente da idade, também sejam mais permissivas do que as praticantes (Antunes, 2007; Beckwith & Morrow, 2005; Lefkowitz et al., 2004; Le Gall et al., 2002; Silva, 2008). Existem, ainda, autores que não encontraram uma relação estatisticamente significativa entre a religião e a Permissividade (Maj-Briht & Helle, 1990). Verificou-se, ainda, que a Comunhão foi bem predita pelo nível de escolaridade: os mais escolarizados valorizaram menos a importância da sexualidade na vida. Isto contraria resultados de estudos que evidenciam que as pessoas pouco escolarizadas não dão muita importância à sexualidade (Maj-Briht & Helle, 1990; Vera Cruz & Mullet, 2012).

Também o Conhecimento foi bem predito pelo género e religião no grupo não clínico, sendo que as mulheres adultas mais velhas e os praticantes adultos mais velhos de uma religião revelaram mais conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA, o que corrobora os resultados da literatura (Im-Em et al., 2002; Noden et al., 2010; Santos-Ortiz et al., 2004). Por último, verificou-se o efeito da variável Conhecimento na variável CSR, sendo que quanto menor o Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA, mais CSR, o que vai no sentido da literatura que sugere o Conhecimento como um bom preditor da prática de comportamentos preventivos (Coates, 1990; Knipper et al., 2007).

No que respeita às relações significativas encontradas só no grupo clínico verificou-se que, tal como na literatura, os CRS foram bem preditos pelo género, religião e Permissividade: os não praticantes de uma religião (Gillum & Holt, 2010; Murray et al., 2007; Theall et al., 2003) e os mais permissivos (Alvarez, 2005; Antunes, 2007; Choi et al., 1994; Feliz, 2009) demonstraram mais CSR, independentemente da idade. Os CSR foram, ainda, bem preditos pelo género verificando-se que as mulheres infetadas pelo VIH/SIDA demonstraram mais CSR do que os homens infetados, contrariamente aos estudos encontrados na literatura que contemplam esta relação (Aboim, 2011; Baldwin & Baldwin, 1988; Nodin, 2001; Stall & Catania, 1994). Contudo, estes estudos foram realizados com participantes não infetados pelo VIH/SIDA. Deste modo avança-se com a explicação para este resultado de que as mulheres devido ao fraco poder negocial que têm na utilização do preservativo (Calazans et al., 2005; Finkler, 2003) e como maioritariamente foram infetadas pelos seus parceiros ou cônjuges (Frade, 2008, 2013; Giacomozzi, 2004; Glynn et al., 2003; Mkandawire-Valhmu et al., 2013; Ultramari et al., 2011), continuam a incorrer em CSR mesmo depois do conhecimento da sua condição de seropositividade. Acresce que as mulheres tendem a ter mais dificuldades do que os homens em revelar o diagnóstico de VIH/SIDA aos seus parceiros por medo da rejeição e discriminação (Anglewicz & Chintsanya, 2011; Frade, 2013).

Quanto às diferenças encontradas entre o grupo clínico e o grupo não clínico, e tomando só as relações não verificadas no grupo clínico, constatou-se que a Permissividade não foi bem predita pelo estado civil e pela religião, contrariamente ao expectável. Note-se que a revisão da literatura sobre as atitudes sexuais foca maioritariamente participantes jovens e não infetados pelo VIH/SIDA, contrariamente ao grupo clínico do presente estudo que é composto por adultos mais velhos infetados

pelo VIH/SIDA. Quanto à Comunhão, ela não foi bem predita pelo nível de escolaridade e quanto a esta trajetória a literatura não é consensual, sendo que, por um lado, há autores que evidenciam que as pessoas pouco escolarizadas não dão muita importância à sexualidade (Maj-Briht & Helle, 1990; Vera Cruz & Mullet, 2012) e, por outro, em conformidade com os resultados do presente estudo, há autores que evidenciam que não existe relação entre estas variáveis (Pinto, 2012). Por último, os CSR não foram bem preditos pelo Conhecimento. A literatura também não é consensual quanto a esta relação, sendo que, por um lado, há autores que evidenciam o forte poder explicativo do conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA na ocorrência de CSR (Cláudio & Mateus, 2000; Coates, 1990; Fisher & Fisher, 1992) mas, por outro, há autores que evidenciam o seu baixo poder explicativo (Roscoe & Kruger, 1990; Wulfert & Wan, 1993). Em suma, as relações estado civil-Permissividade, religião-Permissividade, nível de escolaridade-Comunhão, género-Conhecimento, religião-Conhecimento e Conhecimento-CSR, não sendo observadas no grupo clínico mas sim no grupo não clínico parecem ser relevantes enquanto determinantes da infeção.

Quanto às diferenças encontradas entre o grupo clínico e o grupo não clínico, e tomando só as relações não verificadas no grupo não clínico, verificou-se que os CSR não foram bem preditos pelo género, religião e Permissividade. Alguns estudos indicam que os homens adultos e adultos idosos demonstram mais CSR do que as mulheres (Choi et al., 1994; Stall & Catania, 1994), ainda que o estudo de Rosenthal et al. (1997), tal como no presente estudo, não tenha evidenciado uma relação entre o género e os CSR. Quanto à relação entre a religião e os CSR, a literatura sugere que os adultos e os adultos idosos praticantes de uma religião demonstram menos CSR do que os praticantes de uma religião (Gillum & Holt, 2010; Theall et al., 2003), ainda que Baldwin e Baldwin (1988) também tenham verificado, tal como no presente estudo, que a religião não influenciava a prática de CSR. Contrariamente ao expectável (Feliz, 2009), a Permissividade também não se revelou um bom preditor dos CSR, em adultos mais velhos.

Analisando os efeitos de mediação do presente estudo verificou-se que no grupo clínico a variável Conhecimento não teve qualquer efeito de mediação nas relações género-CSR e nível de escolaridade-CSR, o que poderá estar relacionado com o facto destes participantes já estarem infetados pelo VIH/SIDA e o Conhecimento poder estar adquirido e estabilizado na maioria dos participantes. Esta variável não se constituiu,

pois, como mediador relevante ao nível da adoção de CSR neste grupo. Contudo, verificaram-se efeitos de mediação parcial (Iacobucci et al., 2007) da Permissividade e da Comunhão na relação género-CSR, o que salienta a importância das atitudes sexuais na adoção de CSR, quando considerado o género. Estes efeitos incrementaram a contribuição do efeito direto género-CSR para o efeito total, principalmente o efeito de mediação da Permissividade.

Já no grupo não clínico observou-se um efeito de mediação parcial da Comunhão e do Conhecimento na relação nível de escolaridade-CSR. Este resultado, por um lado, reforça a influência das atitudes sexuais na adoção de CSR e, por outro, salienta a importância do Conhecimento na adoção de CSR, quando considerado o nível de escolaridade. Estes efeitos incrementaram a contribuição do efeito direto nível de escolaridade-CSR para o efeito total, principalmente o efeito de mediação do Conhecimento.

Em suma, destacaram-se como determinantes da infeção em adultos mais velhos as relações género-Permissividade, estado civil-Permissividade, nível de escolaridade-Permissividade, religião-Permissividade, género-Comunhão, nível de escolaridade-Comunhão, género-Conhecimento, nível de escolaridade-Conhecimento, religião-Conhecimento, estado civil-CSR, nível de escolaridade-CSR, Comunhão-CSR, Conhecimento-CSR. E destacaram-se como consequências da infeção as relações género-CSR, estado civil-CSR, religião-CSR, nível de escolaridade-CSR e Permissividade-CSR.

9. Estudo 3 – Teste de Diferenças Entre os Grupos Clínico e Não Clínico Quanto às Variáveis Endógenas para cada um dos Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1

9.1. Método

9.1.1. Participantes. Os participantes foram os mesmos do estudo anterior.

9.1.2. Instrumentos. Foram aplicados os mesmos instrumentos do estudo anterior.

9.1.3. Procedimento de recolha de dados. O procedimento de recolha de dados foi o mesmo do estudo anterior.

9.1.4. Procedimento de análise de dados. Para as comparações dos resultados obtidos para os grupos clínico e não clínico testaram-se, num primeiro momento, as suas diferenças quanto às variáveis endógenas (Permissividade, Comunhão, Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco) do modelo da Figura 1. Num segundo momento, esses testes foram efetuados considerando os níveis das variáveis exógenas (género, estado civil, religião e nível de escolaridade). Utilizaram-se testes paramétricos e não paramétricos de acordo com a natureza métrica das variáveis endógenas (respetivamente, contínuas e categoriais). Todos estes testes foram efetuados através do *IBM SPSS Statistics for Windows (version 20)* (adiante *SPSS*).

Para as variáveis Permissividade e Comunhão, variáveis contínuas, utilizou-se as notas fatoriais, já calculadas no Estudo 1. Estas variáveis foram testadas através da ANOVA (modelo geral linear univariado) e sempre que houve problemas de homogeneidade de variâncias utilizou-se o teste *t*-Student. Quando não se verificou nem o pressuposto de homogeneidade de variâncias nem o pressuposto de normalidade utilizou-se o teste não paramétrico *U* de Mann-Whitney.

Para apreciar a magnitude do efeito da estatística *t* foi calculada a estatística *d* de Cohen (1992; Soper, 2014) que, de acordo com a terminologia do autor, é apreciada nos seguintes termos: $d = .20$, baixo; $d = .50$, moderado; $d = .80$, elevado. Na posse desse resultado foi calculada a potência observada do teste *t*-Student através da análise *post-hoc* do *G*Power (version 3.1.9)* (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009). Quanto à estatística *F*, a sua magnitude (η^2) e potência observada foram calculadas no *SPSS*. Note-se que o valor obtido para a potência estatística dos testes deve ser superior a .80 (Cohen, 1992).

Para a variável categorial dicotômica Conhecimento, foi utilizado o teste χ^2 (teste exato de Fisher) e para a variável categorial ordinal politômica Comportamentos Sexuais de Risco foi utilizado o teste *U* de Mann-Whitney.

9.2. Resultados

Observando a Tabela 15 verifica-se que não existem diferenças entre os grupos clínico e não clínico quanto às variáveis Permissividade e Comunhão. Contudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no que respeita à variável Conhecimento, sendo que os participantes do grupo clínico revelaram ter mais Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA do que os participantes do grupo não clínico. Considerando o grupo clínico note-se que apenas 18% dos participantes revelaram não ter Conhecimento, contrariamente ao que acontece no grupo não clínico em que 54.9% dos participantes revelaram não ter Conhecimento. Também se verificaram diferenças entre os grupos no que respeita à variável Comportamentos Sexuais de Risco (CSR), sendo que os participantes do grupo não clínico demonstraram mais CSR do que os participantes do grupo clínico.

Tabela 15. *Diferenças Entre o Grupo Clínico e Não Clínico para as Variáveis Endógenas do Modelo da Figura 1*

Variáveis									Magnitude	
Endógenas	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>M</i> _{ordenações}	DP	<i>gl</i>	Teste Estatístico	do efeito	Potência	
Permissividade	Clínico	117	3.39	-	.10	234.19	$t = .49^{(1)}$	$d = .06$	.66
	Não clínico	122	3.31	-	.10					
Comunhão	Clínico	117	2.37	-	.33	1	$F = .47$	$\eta^2 = .00$	.10
	Não clínico	122	2.40	-	.39					
Conhecimento	Clínico	Sim	96	-	-	-	$\chi^2 = 35.09^{***}$	-	-	
		Não	21	-	-	-				
	Não clínico	Sim	55	-	-	-				
		Não	67	-	-	-				
CSR	Clínico	117	-	93.22	-	-	$U_{M-W} = 4004.00$	-	-	
	Não clínico	122	-	145.68	-	-	$z = -6.24^{***}$			

Nota. CSR = Comportamentos Sexuais de Risco. ⁽¹⁾Homogeneidade de variâncias não assumida.

*** $p < .001$.

Na Tabela 16 pode observar-se que quanto à variável Permissividade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos clínico e não clínico quanto ao género. Dos participantes sem parceiro, constatou-se que os participantes do grupo clínico eram mais permissivos do que os do grupo não clínico. No grupo dos participantes com parceiro não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Quanto à religião apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para os participantes praticantes de uma religião, sendo que os do grupo clínico se revelaram mais permissivos do que os do grupo não clínico. Relativamente ao nível de escolaridade, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos participantes analfabetos, sendo que os participantes sem escolaridade do grupo clínico revelaram-se mais permissivos do que os participantes sem escolaridade do grupo não clínico.

Já na Tabela 17 verifica-se que quanto à variável Comunhão, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto ao género. Relativamente ao estado civil e à religião, também, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Em relação ao nível de escolaridade não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com exceção do grupo dos mais escolarizados em que se verificou que os participantes do grupo clínico revelaram ter atitudes mais concordantes com a Comunhão do que os participantes do grupo não clínico.

Tabela 16. Diferenças Entre os Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1 nos Grupos Clínico e Não Clínico para a Variável Permissividade

Variáveis exógenas		Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl</i>	Teste	Magnitude do efeito	Potência
Género	Masculino	Clínico	67	4.01	.81	123.24	$t = -.730^{(5)}$	$d = .12$	.11
		Não clínico	65	4.12	.99				
	Feminino	Clínico	50	2.55	.66	1	$F = 1.63$	$\eta^2 = .02$	.24
		Não clínico	57	2.39	.64				
Estado Civil	Sem parceiro ⁽¹⁾	Clínico	64	3.22	.94	1	$F = 3.96^*$	$\eta^2 = .03$	.51
		Não clínico	56	2.85	1.11				
	Com parceiro ⁽²⁾	Clínico	53	3.58	1.12	1	$F = .34$	$\eta^2 = .00$	.09
		Não clínico	66	3.71	1.16				
Religião	Não praticantes ⁽³⁾	Clínico	74	3.51	1.07	1	$F = .00$	$\eta^2 = .00$	.05
		Não clínico	92	3.50	1.15				
	Praticantes ⁽⁴⁾	Clínico	43	3.18	.96	1	$F = 2.80^\dagger$	$\eta^2 = .04$	.38
		Não clínico	30	2.74	1.24				
Escolaridade	Analfabetos	Clínico	43	3.80	1.00	1	$F = 5.09^*$	$\eta^2 = .06$	.61
		Não clínico	41	2.86	1.12				
	1º ciclo	Clínico	55	3.40	1.07	1	$F = 1.38$	$\eta^2 = .01$	.21
		Não clínico	68	3.64	1.22				
	2º ciclo ou mais	Clínico	19	3.36	1.09	1	$F = .83$	$\eta^2 = .03$	.14
		Não clínico	13	3.03	.90				

Nota. ⁽¹⁾Solteiros, separados, divorciados e viúvos; ⁽²⁾casados e a viver em união de facto; ⁽³⁾ateus, agnósticos, católicos não praticantes; ⁽⁴⁾católicos praticantes. ⁽⁵⁾Homogeneidade de variâncias não assumida. $^\dagger p < .10$; $*p < .05$.

Tabela 17. Diferenças Entre os Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1 nos Grupos Clínico e Não Clínico para a Variável Comunhão

Variáveis exógenas		Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>gl</i>	Teste	η^2	Potência
Gênero	Masculino	Clínico	67	2.50	.22	1	$F = .83$	.01	.15
		Não clínico	65	2.54	.24				
	Feminino	Clínico	50	2.18	.35	1	$F = .45$	.00	.10
		Não clínico	57	2.23	.45				
Estado Civil	Sem parceiro ⁽¹⁾	Clínico	64	2.32	.34	1	$F = .14$	.00	.07
		Não clínico	56	2.30	.44				
	Com parceiro ⁽²⁾	Clínico	53	2.42	.30	1	$F = 1.37$	.01	.21
		Não clínico	66	2.48	.31				
Religião	Não praticantes ⁽³⁾	Clínico	74	2.38	.34	1	$F = 1.10$	.01	.18
		Não clínico	92	2.44	.37				
	Praticantes ⁽⁴⁾	Clínico	43	2.34	.30	1	$F = .73$	.01	.13
		Não clínico	30	2.27	.41				
Escolaridade	Analfabetos ⁽⁵⁾	Clínico	43	-	-	-	-	-	-
		Não clínico	41	-	-				
	1º ciclo	Clínico	55	2.37	.33	1	$F = 2.50$	.02	.35
		Não clínico	68	2.47	.34				
	2º ciclo ou mais	Clínico	19	2.52	.25	1	$F = 5.73^*$	.16	.64
Não clínico		13	2.32	.21					

Nota. ⁽¹⁾Solteiros, separados, divorciados e viúvos; ⁽²⁾casados e a viver em união de facto; ⁽³⁾ateus, agnósticos, católicos não praticantes; ⁽⁴⁾católicos praticantes. ⁽⁵⁾Foi utilizado o teste *U* de Mann-Whitney por não se verificarem os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variância do erro: $M_{ordenações\ grupo\ clínico} = 39.53$, $M_{ordenações\ grupo\ não\ clínico} = 45.61$, $U_{M-W} = 754.00$, $z = -1.14$, $p = ns$.
* $p < .05$.

Na Tabela 18 pode verificar-se que quanto ao género tanto os homens como as mulheres do grupo clínico revelaram ter um maior nível de Conhecimento quanto às formas de transmissão da infeção pelo VIH/SIDA do que os homens e as mulheres do grupo não clínico. Verificaram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto ao estado civil, sendo que os participantes do grupo clínico, tanto os sem parceiro, como os com parceiro sabiam mais quanto às formas de transmissão da infeção pelo VIH/SIDA do que os participantes do grupo não clínico. No que respeita à religião, tanto os não praticantes como os praticantes do grupo clínico revelaram um nível de Conhecimento quanto às formas de transmissão da infeção superior aos participantes do grupo não clínico. Quanto ao nível de escolaridade verificaram-se diferenças significativas entre os grupos para aqueles que eram analfabetos e tinham o 1º ciclo completo, sendo que os participantes do grupo clínico revelaram mais Conhecimento acerca da infeção pelo VIH/SIDA do que os participantes do grupo não clínico. Para aqueles que tinham o 2º ciclo ou mais de escolaridade não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos clínico e não clínico.

Tabela 18. *Diferenças Entre os Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1 nos Grupos Clínico e Não Clínico para a Variável Conhecimento*

Variáveis exógenas		Grupo	Conhecimento		gl	χ^2
			Não	Sim		
Género	Masculino	Clínico	n = 10	n = 57	1	30.46***
		Não Clínico	n = 40	n = 25		
	Feminino	Clínico	n = 11	n = 39	1	7.49**
		Não Clínico	n = 27	n = 30		
Estado Civil	Sem parceiro ⁽¹⁾	Clínico	n = 12	n = 52	1	17.41***
		Não Clínico	n = 31	n = 25		
	Com parceiro ⁽²⁾	Clínico	n = 9	n = 44	1	17.64***
		Não Clínico	n = 36	n = 30		

Nota. ⁽¹⁾Solteiros, separados, divorciados e viúvos; ⁽²⁾casados e a viver em união de facto; ⁽³⁾ateus, agnósticos, católicos não praticantes; ⁽⁴⁾católicos praticantes.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

(continua)

Tabela 18. *Diferenças Entre os Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1 nos Grupos Clínico e Não Clínico para a Variável Conhecimento (continuação)*

Variáveis exógenas		Grupo	Conhecimento			
			Não	Sim	gl	χ^2
Religião	Não praticantes ⁽³⁾	Clínico	n = 13	n = 61	1	28.82***
		Não Clínico	n = 54	n = 38		
	Praticantes ⁽⁴⁾	Clínico	n = 8	n = 35	1	5.27*
		Não Clínico	n = 13	n = 17		
Escolaridade	Analfabetos	Clínico	n = 14	n = 29	1	10.72***
		Não Clínico	n = 28	n = 13		
	1º ciclo	Clínico	n = 6	n = 49	1	25.31***
		Não Clínico	n = 37	n = 31		
	2º ciclo ou mais	Clínico	n = 1	n = 18	1	.93
		Não Clínico	n = 2	n = 11		

Nota. ⁽¹⁾Solteiros, separados, divorciados e viúvos; ⁽²⁾casados e a viver em união de facto; ⁽³⁾ateus, agnósticos, católicos não praticantes; ⁽⁴⁾católicos praticantes.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Na Tabela 19 pode observar-se que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no género masculino quanto à adoção de CSR, sendo que os participantes do grupo não clínico demonstraram mais CSR do que os participantes infetados pelo VIH/SIDA. Quanto ao género feminino não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Para o estado civil, verificou-se que tanto os participantes sem parceiro como os com parceiro do grupo não clínico tinham mais CSR do que os do grupo clínico. Quanto à religião verificaram-se diferenças significativas entre os grupos, sendo que o grupo não clínico revelou adotar mais CSR do que o grupo clínico, independentemente do nível de religiosidade. Quanto ao nível de escolaridade, no grupo dos analfabetos não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No grupo dos participantes que tinham o 1º ciclo de escolaridade completo e o 2º ciclo ou mais, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, sendo que os participantes do grupo não clínico demonstraram mais CSR do que os participantes do grupo clínico.

Tabela 19. *Diferenças Entre os Níveis das Variáveis Exógenas do Modelo da Figura 1 nos Grupos Clínico e Não Clínico para a Variável Comportamentos Sexuais de Risco*

Variáveis exógenas		Grupo	<i>n</i>	<i>M</i> _{ordenações}	<i>U</i> _{M-W}	<i>z</i>
Género	Masculino	Clínico	67	46.26	821.50	-6.84***
		Não Clínico	65	87.36		
	Feminino	Clínico	50	51.44	1297.00	-.94
		Não Clínico	57	56.25		
Estado Civil	Sem parceiro ⁽¹⁾	Clínico	64	52.61	1287.00	-2.91**
		Não Clínico	56	69.52		
	Com parceiro ⁽²⁾	Clínico	53	41.58	773.00	-5.75***
		Não Clínico	66	74.79		
Religião	Não praticantes ⁽³⁾	Clínico	74	61.84	1801.50	-5.61***
		Não Clínico	92	100.92		
	Praticantes ⁽⁴⁾	Clínico	43	32.53	453.00	-2.35*
		Não Clínico	30	43.40		
Escolaridade	Analfabetos	Clínico	43	39.21	740.00	-1.37
		Não Clínico	41	45.95		
	1º ciclo	Clínico	55	43.75	866.00	-5.50***
		Não Clínico	68	76.76		
	2º ciclo ou mais	Clínico	19	12.18	41.50	-3.37***
		Não Clínico	13	22.81		

Nota. ⁽¹⁾Solteiros, separados, divorciados e viúvos; ⁽²⁾casados e a viver em união de facto; ⁽³⁾ateus, agnósticos, católicos não praticantes; ⁽⁴⁾católicos praticantes.
p* < .05; *p* < .01; ****p* < .001.

9.3. Discussão

Com este estudo pretendeu-se contrastar os resultados obtidos nos grupos clínico e não clínico para as variáveis endógenas (Permissividade, Comunhão, Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco) do modelo da Figura 1, bem como para os diversos níveis das variáveis exógenas (género, estado civil, religião e nível de escolaridade) em cada uma dessas variáveis. Note-se que tanto quanto foi possível apreciar através da revisão da literatura não existem estudos que comparem grupos de infetados pelo VIH/SIDA com grupos de não infetados no que respeita às variáveis Permissividade, Comunhão e Conhecimento, sendo que no caso dos estudos de atitudes sexuais estes são realizados maioritariamente com jovens e com grupos de não infetados pelo VIH/SIDA (Alferes, 1994; Antunes, 2007; Hendrick et al., 1985, 1987, 2006). No caso da variável

Conhecimento, os estudos incidem ou sobre o nível de conhecimento de adultos idosos não infetados (Costa, 2009; Frade, 2008; Okuno et al., 2012) ou sobre o nível de conhecimento de adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA (Abel & Werner, 2003; Akers et al., 2007; Maes & Louis, 2003; Souza et al., 2009; Wright et al., 1998), não contrastando estes grupos. Apenas se encontraram estudos de comparação entre grupos infetados e não clínico com a variável Comportamentos Sexuais de Risco (CSR), ainda que não sejam com participantes adultos idosos (Camoni et al., 2011; Steward et al., 2009). Note-se, ainda, que também não se encontraram estudos que contemplassem as diferenças entre os grupos para os diferentes níveis das variáveis sócio-demográficas.

De acordo com os resultados observados, constatou-se que apesar de não se terem encontrado diferenças entre os grupos clínico e não clínico quanto às variáveis Permissividade e Comunhão, quando se consideraram os diferentes níveis das variáveis exógenas, registaram-se algumas diferenças no respeitante à variável Permissividade: os participantes sem parceiro do grupo clínico revelaram-se mais permissivos do que os do grupo não clínico; os analfabetos do grupo clínico revelaram-se mais permissivos do que os do grupo não clínico; e, por último, os praticantes de uma religião do grupo clínico revelaram-se mais permissivos do que os do grupo não clínico. Na verdade, considerando os níveis das variáveis atrás referidos, o grupo clínico registou níveis de Permissividade mais elevados do que o grupo não clínico. Ainda que não se tenha encontrado fundamentação teórica para tais relações, este resultado não era esperado. Considerando a influência mútua entre atitudes e comportamentos (Ajzen & Fishbein, 1977; Lima, 2002), seria expectável que o grupo clínico após conhecimento da sua condição de seropositividade se tornasse menos permissivo, dado que vários estudos apontam para uma diminuição dos CSR após conhecimento da condição de seropositividade (Andrade et al., 2010; Camoni et al., 2011; Steward et al., 2009). Contudo, a maneira como foi desenhado este estudo não permite apreciar até que ponto isso aconteceu. Só através de um estudo longitudinal se poderia esclarecer cabalmente esta questão.

No respeitante à variável Comunhão, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos num dos níveis da variável nível de escolaridade, constatando-se que os participantes mais escolarizados do grupo clínico denotaram atitudes mais concordantes com a Comunhão do que os do grupo não clínico. Este resultado não era expectável, dado que a importância da sexualidade na vida diminui após conhecimento da condição de seropositividade (Grilo, 2001; McClelland

et al., 2006). Pode, no entanto, avançar-se como explicação para este resultado que os participantes do grupo não clínico eram significativamente mais velhos do que os participantes do grupo clínico, e a literatura indica que o interesse e atividade sexuais diminuem à medida que se avança na idade (Bergström-Walan & Nielsen, 1990; DeLamater & Friedrich, 2002; Fernandes, 2006; Floyd & Weiss, 2001; Knodel & Chayovan, 2001; Lindau et al., 2007; Weeks, 2002; Vasconcellos et al., 2004).

Verificou-se, também, que mais de metade dos participantes do grupo não clínico não têm Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA, contrariamente aos participantes do grupo clínico, o que era expectável, visto que estes pelo facto de já terem sido diagnosticados e estarem em tratamento estão melhor informados acerca da infeção e das suas formas de transmissão. Isto torna-se preocupante, no caso do grupo não clínico, quando se considera a literatura que aponta o elevado poder explicativo do Conhecimento na adoção de CSR (Baldwin & Baldwin, 1988; Roscoe & Kruger, 1990). Deve considerar-se, ainda, o facto de alguns dos participantes do grupo clínico revelarem falta de Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA, mesmo que em proporção o seu número seja inferior ao dos estudos encontrados na literatura (Costa, 2009; Frade, 2008; Okuno et al., 2012). Isto pode dever-se em parte à baixa escolaridade da maioria dos participantes do grupo clínico, pois tal como indica o estudo de Andrade et al. (2010) com uma amostra de adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA, quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de conhecimento sobre a infeção pelo VIH/SIDA.

Por último, constatou-se que os participantes do grupo não clínico têm mais CSR do que os do grupo clínico, e isso acontece para todos os níveis das variáveis exógenas, com exceção do género feminino e dos analfabetos em que não se verificaram diferenças entre os grupos. De facto, os seropositivos, após conhecimento do diagnóstico de infeção, tendem a incorrer em menos CSR, aumentando, por exemplo, o uso do preservativo (Skrondal et al., 2000), diminuindo a atividade sexual (Schable et al., 1996) e diminuindo o número de parceiros sexuais (McClelland et al., 2006).

Em suma, as diferenças encontradas entre os grupos clínico e não clínico apontaram para possíveis consequências da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos, a saber: religião-Permissividade, nível de escolaridade-Permissividade, nível de escolaridade-Comunhão, género-Conhecimento, estado civil-Conhecimento, religião-Conhecimento, nível de escolaridade-Conhecimento, género-CSR, estado civil-CSR, religião-CSR, nível de escolaridade-CSR.

10. Discussão Geral

Na presente investigação realizaram-se três estudos quantitativos. Com o Estudo 1 testou-se a invariância de mensuração de um modelo bidimensional oblíquo com os fatores Permissividade e Comunhão derivado da Escala de Atitudes Sexuais (Alferes, 1994; Hendrick & Hendrick, 1987; Margalha et al., 2008) para uma população com características semelhantes às da amostra do presente estudo. Com o Estudo 2 testou-se a invariância de um modelo de mediação através dos grupos, procurando perceber se as variáveis Permissividade, Comunhão e Conhecimento tinham influência no efeito do género, estado civil, religião e nível de escolaridade sobre os Comportamentos Sexuais de Risco (CSR). Por último, com o Estudo 3 testaram-se as diferenças entre os grupos clínico e não clínico no que respeita às variáveis Permissividade, Comunhão, Conhecimento e CSR e, ainda, as diferenças entre os grupos nessas variáveis para cada um dos níveis das variáveis género, estado civil, religião e nível de escolaridade.

Relativamente à precisão preditiva dos resultados encontrados, estes devem ser considerados em termos interpolativos e não extrapolativos (Forster, 2002). Existem limitações quanto à generalização dos resultados desta investigação, as quais só poderão ser ultrapassadas através de uma replicação dos estudos em outras amostras não probabilísticas ou, melhor ainda, com uma amostra representativa da população. Ressalve-se que, por essa razão, as relações que não foram observadas não devem ser excluídas *a priori* em futuros estudos.

Quanto à Permissividade, no Estudo 1, os itens que permaneceram no fator remetiam na sua larga maioria para a temática do sexo ocasional, em detrimento da temática da diversidade de parceiros, à semelhança do que aconteceu no estudo de Margalha et al. (2008) também com uma amostra de adultos idosos. A exclusão dos itens cujo conteúdo semântico-lexical remetia para a diversidade de parceiros poderá estar relacionada com a faixa etária da amostra do presente estudo, visto que a literatura indica que adultos idosos têm menos parceiros sexuais em simultâneo do que os jovens (Le Gall et al., 2002).

No Estudo 2, verificou-se que tanto no grupo clínico como no grupo não clínico, os homens e os participantes menos escolarizados foram os que se revelaram mais permissivos, o que corrobora os resultados da literatura (Le Gall et al., 2002; Samuels, 1997; Vera Cruz & Mullet, 2012). A Permissividade apenas se revelou um bom preditor de CSR no grupo clínico, verificando-se que os mais permissivos incorreram em mais CSR, o que vai no sentido dos resultados encontrados na literatura com adultos mais

velhos infetados com VIH/SIDA (Feliz, 2009). Ainda no grupo clínico verificou-se um efeito de mediação parcial (Iacobucci et al., 2007) da Permissividade na relação género-CSR, o que salienta a importância das atitudes sexuais na prevenção de CSR, quando considerado o género. Assim, neste estudo e considerando somente a Permissividade, destacaram-se como consequências da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos as relações género-Permissividade e nível de escolaridade-Permissividade, e como determinantes da infeção as relações estado civil-Permissividade e religião-Permissividade.

Por fim, no Estudo 3, constatou-se que os participantes mais permissivos foram os participantes do grupo clínico sem parceiro, os praticantes de uma religião e os sem escolaridade, o que não era exetável, considerando a influência recíproca entre atitudes e comportamentos (Ajzen & Fishbein, 1977; Lima, 2002), associada aos resultados de estudos que evidenciam um decréscimo de CSR após o conhecimento da condição de seropositividade (Andrade et al., 2010; Camoni et al., 2011; Steward et al., 2009). Porém, como o presente estudo não foi de cariz longitudinal, resta um elemento de dúvida quanto à possível mudança de atitudes sexuais neste grupo. Ainda assim, estas relações podem constituir-se como possíveis consequências do VIH/SIDA em adultos mais velhos.

Face aos resultados encontrados nos três estudos para a variável Permissividade, e sabendo-se que as pessoas permissivas tendem a incorrer em CSR (Antunes, 2007; Bell et al., 1999; Feliz, 2009), sugere-se a intervenção junto de adultos mais velhos infetados e a realização de campanhas de informação/prevenção junto de adultos mais velhos não infetados pelo VIH/SIDA, para uma diminuição dos níveis de Permissividade, sobretudo destinadas a homens e a pessoas poucos escolarizadas.

Quanto à Comunhão, no Estudo 1, os itens que permaneceram no fator remetiam para a temática da importância da sexualidade na vida, em detrimento da temática da sexualidade idealística, tal como aconteceu no estudo de Margalha et al. (2008). A exclusão dos itens cujo conteúdo semântico-lexical remetia para a sexualidade idealística poderá estar relacionada com o declínio da atividade sexual na faixa etária dos participantes do presente estudo (Bee, 1997; Bergström-Walen & Nietsen, 1990; Howard et al., 2006; Knodel & Chayovan, 2001; Levine, 1998; Lindau et al., 2007; Patel et al., 2003; Pedersen, 1998).

No Estudo 2, a Comunhão foi bem predita em ambos os grupos pelo género e no grupo não clínico pelo nível de escolaridade. Assim, verificou-se que os homens

denotavam atitudes mais concordantes com a Comunhão do que as mulheres. A literatura, no entanto, aponta no sentido das mulheres terem atitudes mais concordantes com a Comunhão do que os homens (Hendrik et al., 1986) e que a sexualidade feminina é fortemente influenciada pela ideia de romance (Saavedra et al., 2010; Silva, 2008). Note-se que os itens que compõem o fator Comunhão do presente estudo remetiam maioritariamente para a importância da sexualidade na vida, e não para uma visão mais idealística da sexualidade. Também Le Gall et al. (2002) verificou que, tal como no presente estudo, os homens adultos idosos revelaram atitudes mais concordantes com a Comunhão do que as mulheres adultas idosas.

Quanto à relação nível de escolaridade-Comunhão, verificou-se que os participantes mais escolarizados do grupo não clínico eram os que valorizavam menos a Comunhão, contrariando o encontrado noutros estudos (Maj-Briht & Helle, 1990; Vera Cruz & Mullet, 2012). Contudo, nestes estudos os participantes apresentavam uma grande amplitude dos anos de escolaridade, ao passo que no presente estudo só uma minoria dos participantes tinha um nível de escolaridade elevado.

A Comunhão revelou-se um bom preditor de CSR, tanto no grupo clínico como no grupo não clínico, verificando-se que os que tinham atitudes concordantes com a Comunhão demonstraram mais CSR, o que é explicável pelo já atrás mencionado significado desta variável. Ainda no Estudo 2, observou-se um efeito de mediação da Comunhão, no grupo clínico, na relação género-CSR, e, no grupo não clínico na relação nível de escolaridade-CSR. Assim, neste estudo e considerando somente a Comunhão, destacaram-se como determinantes da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos as relações género-Comunhão, Comunhão-CSR e nível de escolaridade-Comunhão.

No Estudo 3, constatou-se que os participantes mais escolarizados do grupo clínico revelaram ter atitudes mais concordantes com a Comunhão quando comparados com os do grupo não clínico. Ainda que este resultado não fosse expectável, pode ser explicável pelo facto dos participantes do grupo clínico serem mais jovens do que os do grupo não clínico e a literatura indica que a importância da sexualidade diminui à medida que se avança na idade (Bergström-Walan & Nielsen, 1990; DeLamater & Friedrich, 2002; Fernandes, 2006; Floyd & Weiss, 2001; Knodel & Chayovan, 2001; Lindau et al., 2007; Weeks, 2002; Vasconcellos et al., 2004). Ainda assim, esta relação pode constituir-se como uma possível consequência do VIH/SIDA em adultos mais velhos.

Apesar destes resultados, e dado que a variável Comunhão remetia para a importância da sexualidade na vida, o que de facto importa é a diminuição da Permissividade neste âmbito, partindo de uma atitude despreconceituosa quanto à vivência da sexualidade em idades mais avançadas. De facto a sexualidade tem um papel importante ao longo da vida do ser humano e a literatura indica que apesar do estereótipo do idoso assexuado, um elevado número de idosos possui ainda interesse, desejo e atividade sexuais nesta faixa etária (Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Calvet, 2003; Cooperman et al., 2007; Eldred & West, 2005; Gott, 2001; Levy-Dweck, 2005; Lindau et al., 2006; Peate, 2007; Pedersen, 1998; Santos & Marques, 2006; Steinke, 1994; Weeks, 2002), devendo promover-se atitudes positivas perante a sexualidade nos mais velhos e refutando os estereótipos existentes (Huffstaller, 2006; Weeks, 2002). Contudo, pelo facto dos adultos idosos se manterem sexualmente ativos até idades tardias do desenvolvimento e pelo crescente envelhecimento da nossa sociedade, é necessário estar alerta para os CSR adotados nesta faixa etária, dado que também eles são susceptíveis de contrair a infeção pelo VIH/SIDA.

Quanto à variável Conhecimento, no Estudo 2, contactou-se que o nível de escolaridade foi um bom preditor do Conhecimento, em ambos os grupos, sendo que quanto mais elevado o nível de escolaridade, maior o Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA, o que corrobora os resultados encontrados na literatura (Andrade et al., 2010; Henderson et al., 2004; Maes & Louis, 2003; Weaver & Passmore, 2012). O Conhecimento também foi bem predito no grupo não clínico pelo género e pela religião, sendo que as mulheres e os praticantes de uma religião denotaram mais Conhecimento do que os homens e os não praticantes de uma religião quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA, o que vai no sentido dos resultados encontrados na literatura (Im-Em et al., 2002; Node net al., 2010; Santos-Ortiz et al., 2004). É importante salientar que o Conhecimento se mostrou um bom preditor dos CSR, sendo que quanto menor o Conhecimento mais CSR. Ainda no grupo não clínico verificou-se um efeito de mediação parcial (Iacobucci et al., 2007) do Conhecimento na relação nível de escolaridade-CSR, o que salienta a importância desta variável para a prevenção de CSR. Assim, neste estudo e considerando somente o Conhecimento, destacaram-se como determinantes da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos as relações nível de escolaridade-Conhecimento, género-Conhecimento, religião-Conhecimento e Conhecimento-CSR.

No Estudo 3, verificou-se que o grupo clínico sabia mais quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA do que o grupo não clínico, e isto acontece independentemente dos níveis das variáveis género, estado civil, religião e nível de escolaridade, mas somente para os analfabetos e os com o 1º ciclo. Isto era expectável visto que os participantes do grupo clínico por já estarem infetados pelo VIH/SIDA estarão melhor informados quanto às formas de transmissão da infeção. Por último, verificou-se que só uma minoria dos participantes do grupo clínico e, pelo contrário, a maioria dos participantes do grupo não clínico não tinham Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA. Deste modo, ressaltaram como possíveis determinantes da infeção as relações género-Conhecimento, estado civil-Conhecimento, religião-Conhecimento e nível de escolaridade-Conhecimento.

Pelo exposto, sugere-se que uma das formas de travar o aumento do número de novos casos de infeção pelo VIH/SIDA em adultos idosos passe pelas campanhas de informação acerca das formas de transmissão da infeção dirigidas a esta faixa etária, pois as campanhas existentes são maioritariamente dirigidas aos jovens e principais grupos de risco (Akers et al., 2007). Note-se que esta faixa etária não foi educada nem sensibilizada na escola para esta problemática, ao contrário dos jovens (Emlet, 2005).

Quanto à relação entre as variáveis exógenas e a variável CSR, no Estudo 2, verificou-se que esta foi bem predita, tanto no grupo clínico como no grupo não clínico, pelo estado civil e nível de escolaridade, sendo que os participantes com parceiro e os menos escolarizados adotavam mais CSR quando comparados com os participantes sem parceiro e mais escolarizados, o que corrobora os resultados da literatura (Allain et al., 2004; Cruzeiro et al., 2010). Constatou-se, também, mas somente no grupo clínico que os CSR foram bem preditos pelo género, sendo que as mulheres, depois de infetadas, demonstraram mais CSR do que os homens, contrariamente aos resultados dos estudos encontrados na literatura com participantes não infetados (Aboim, 2011; Baldwin & Baldwin, 1988; Nodin, 2001; Stall & Catania, 1994). Este resultado pode ser explicável pelo facto das mulheres terem um fraco poder negocial quanto à utilização do preservativo (Calazans et al., 2005; Finkler, 2003), por terem sido infetadas maioritariamente pelos parceiros (Frade, 2008, 2013; Giacomozzi, 2004; Glynn et al., 2003; Mkandawire-Valhmu et al., 2013; Ultramari et al., 2011) e pelas dificuldades que sentem em revelar o diagnóstico de VIH/SIDA aos seus parceiros por medo da rejeição e discriminação (Anglewicz & Chintsanya, 2011; Frade, 2013). Ainda no grupo clínico verificou-se que os CSR foram bem preditos pela religião, sendo que os participantes

não praticantes de uma religião demonstraram mais CSR do que os praticantes. Estes resultados corroboram os encontrados na literatura (Gillum & Holt, 2010; Murray et al., 2007; Theall et al., 2003). Assim, neste estudo e considerando somente os CSR, destacaram-se como consequências da infecção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos as relações estado civil-CSR e nível de escolaridade-CSR.

No Estudo 3, os participantes do grupo não clínico revelaram mais CSR do que os participantes do grupo clínico, com exceção dos do género feminino e dos analfabetos. Contudo, e desvalorizando estas exceções porque basta uma mulher e um analfabeto incorrerem em CSR, é necessário prestar atenção aos adultos mais velhos não infetados pelo VIH/SIDA que se verificou estarem a adotar CSR. De entre os principais CSR nesta faixa etária estão, como indica a literatura, o recurso à prostituição pelos homens adultos idosos (Knodel et al., 2003) e a sua baixa taxa de utilização do preservativo (Abel & Werner, 2003; Bankole et al., 1999; Godkin & Stoff; Maes & Louis, 2003; Patel et al., 2003; Schable et al., 1996). De referir, ainda, que os homens adotam mais CSR do que as mulheres (Baldwin & Baldwin, 1988), dado que revelam um maior número de parceiros sexuais e relações extraconjugais (Alvarez, 2005; Choi et al., 1994). Acresce que a investigação afirma que o uso do preservativo é mais preocupante em pessoas com parceiro do que sem parceiro (Bankhole et al., 1999; Castilla et al., 1998; Dubois-Arber et al., 1997). Também o baixo nível de escolaridade dos participantes do grupo não clínico deve ser tido em consideração, visto que a literatura sugere que um baixo nível de escolaridade aumenta o risco de infecção pelo VIH/SIDA (Allain et al., 2004). Deste modo, ressaltaram como possíveis consequências para a infecção as relações género-CSR, estado civil-CSR, religião-CSR e nível de escolaridade-CSR.

Do exposto decorre a importância da criação de programas de informação/prevenção específicos para adultos mais velhos, o que torna absolutamente necessário conhecer melhor as atitudes e comportamentos sexuais desta população. Alguns estudos evidenciam esta necessidade (Karlovsky et al., 2004; Dias et al., 2005) e outros apresentam resultados sobre a eficácia de programas de informação/prevenção (Emlet, & Farkas, 2001; Altschuler et al., 2008) junto de adultos mais velhos infetados (Echenique et al., 2012; Schwarcz et al, 2013) e não infetados pelo VIH/SIDA (Almeida & Andrade, 2008; Falvo & Norman, 2004; Rodrigues, 2010). Em Portugal, os baixos níveis de escolaridade (INE, 2013a) em conjunto com as limitações funcionais inerentes ao aumento da idade, tornaram os adultos idosos pouco receptivos às campanhas de

informação/prevenção de CSR. Sabe-se que estas campanhas têm sido maioritariamente concebidas e dirigidas para jovens e principais grupos de risco (Chaves, 1993; Dias et al., 2005), à imagem do que tem acontecido no estrangeiro (Akers et al., 2007; Cahill & Krivo-Kaufman, 2009; Godkin & Stoff, 2008; Peate, 2007).

Em suma, a partir dos resultados encontrados, sugere-se, então, que a intervenção com adultos mais velhos não infetados pelo VIH/SIDA deva passar pelo aumento do Conhecimento face à infeção, que poderá, posteriormente, levar a uma redução dos CSR. Há uma necessidade de programas de prevenção e educação sexual, em Portugal, específicos e adequados a adultos mais velhos que os alertem para os CSR e os informem acerca da infeção pelo VIH/SIDA. Nos Estados Unidos, por exemplo, existem já programas de prevenção e educação para o VIH/SIDA dirigidos especificamente a esta população (vd. Altschuler et al., 2008; Heckman et al., 2001). Deve considerar-se, ainda, a realização de programas de redução de atitudes permissivas face à sexualidade destinadas a adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA e a realização de campanhas de informação/prevenção para os não infetados.

Parte III
Estudos Empíricos Qualitativos

11. Considerações Metodológicas

Considerando que os resultados dos estudos quantitativos apontaram para pistas sobre os determinantes e as consequências de certas variáveis psicossociais (género, estado civil, religião, nível de escolaridade, Permissividade, Comunhão e Conhecimento) da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos portugueses, tendo como critério os Comportamentos Sexuais de Risco, realizou-se um quarto estudo onde se investigaram as nuances da vivência da sexualidade e da infeção pelo VIH/SIDA nesta faixa etária através da recolha de histórias de vida focalizadas (HV; Poirier et al., 1999), procurando aprofundar os determinantes e consequências da infeção.

Optou-se, então, por um método misto (Collins et al., 2006; Creswell & Tashakkori, 2007; Prakash & Klotz, 2007) sequencial de investigação (Collins et al., 2006; Morgan, 2007), em que primeiro se realizaram os estudos quantitativos e depois o qualitativo com um conjunto de casos tidos como exemplares (Hilton & Von Hippel, 1996) de modalidades de transmissão da infeção, intencionalmente selecionados da amostra inicial. De facto, uma das virtudes deste método é a possibilidade de análise e interpretação de um mesmo fenómeno sob duas perspetivas, nomotética e ideográfica (Thomae, 1999).

No que respeita às HV, a palavra biografia tem a sua origem epistemológica na palavra francesa *biographie*, que significa “escrito que tem por objeto a história de uma vida particular” (Robert, 1993, p. 224). A complexidade do método biográfico consiste na aproximação que se faz ao participante, atendendo às suas idiossincrasias e à cultura em que está inserido. O método biográfico procura captar, através de retratos, memórias, acontecimentos de vida, diários, de forma intensiva, a experiência pessoal da pessoa, relatada na primeira pessoa, imersa no agregado humano de que faz parte (Denzin & Lincoln, 1994).

Este método ocorre tanto na literatura como nas ciências sociais. As biografias literárias constituem um reflexo do espírito humano, fornecem modelos de ação e libertam a imaginação do leitor. Em Sociologia, as HV revelam-se particularmente pertinentes na leitura dos processos sociais inerentes ao ambiente urbano, permitindo uma compreensão mais alargada dos atores sociais (Denzin & Lincoln, 1994).

O aparecimento da Escola microsociológica de Chicago é um dos marcos na história das HV (Shaw, 1966; Thomas & Znaniecki, 1984). Este movimento surgiu em finais do século XIX, e caracterizou-se por um conjunto de trabalhos que estudaram o fenómeno da desviância e a ecologia das cidades, considerando a cidade como um

laboratório social. Um dos principais estudos produzidos pela Escola de Chicago foi o de Thomas e Znaniecki (1984), que abordava os problemas da imigração dos polacos residentes em Chicago. Outro dos estudos marcantes até aos dias de hoje é o de Shaw (1966), que compilou a HV de um delinquente. Segundo Shaw, a conduta do delinquente pode ser explicada pelo mundo cultural e social no qual se insere e que o conduzem a uma sequência de experiências e acontecimentos que formam e fixam a personalidade desviante. À luz da Sociologia de Chicago, as HV funcionam como um microscópio no estudo da interação entre os processos mentais e as relações sociais.

Na análise desta interação, Bruner (1990) preconiza que a experiência e ação humanas são organizadas pelos estados intencionais das pessoas e que estes apenas são tornados possíveis através da participação nos sistemas simbólicos da cultura. Na verdade, os objetivos da Psicologia Cultural não passam por negar as influências da biologia ou da economia, mas por demonstrar como a mente e vida humana são o reflexo da cultura e da história, do mesmo modo que da biologia e dos recursos físicos. Isto significa que, por um lado, a pessoa compreende e atualiza a sua HV através dos sistemas culturais de interpretação, e que, por outro, a cultura é um elemento constitutivo da mente humana porque permite atribuir significado à ação ao situar os estados intencionais a ela subjacentes num sistema interpretativo.

Para Bruner (1990) o Eu é concebido numa relação transacional entre um ser falante e o Outro, revelando-se uma entidade dependente do diálogo, tanto ao nível do recetor do discurso como ao nível da sua estrutura intrapsíquica. O autor argumenta que a pessoa organiza a sua experiência e memória de acontecimentos na forma narrativa, através de histórias, mitos, desculpas, razões para fazer ou não algo, que vão sendo reajustadas ao momento presente de cada um, através da construção de significado, reflexo da cultura e da história em que a pessoa está inserida. A narrativa é uma forma convencional, transmitida culturalmente e restringida pelo nível de mestria individual, influenciada pela família, amigos e mentores.

As construções narrativas podem atingir um nível de verosimilhança ou, por outras palavras, de transferibilidade, ao contrário das construções geradas mediante uma lógica formal, seguindo o princípio da falsificabilidade (Bruner, 1990). Deste modo, o acesso à narrativa elaborada pela pessoa permite aceder à compreensão da sua HV, da sua construção de significados, das representações das suas ações no contexto histórico-social, da sua sequencialidade, da sua idiosincrasia e desvio da normalidade e, também, da sua organização mental. De acordo com Crossley (2003), a nossa experiência é

fundamentalmente uma estrutura narrativa que assume uma temporalidade e em que futuro, presente e passado se determinam e configuram mutuamente como partes de um todo. E, mais ainda, a trajetória de vida singular poderá ser transferível para trajetórias de vida análogas em termos espaço-temporais.

De acordo com Denzin (1989), o método biográfico consiste na expressão narrativa das experiências de vida de uma pessoa. O autor considera a vida como um conjunto de projetos que a pessoa vai tentando organizar em torno da sua identidade, inserida no seu contexto pessoal, histórico, político e social, podendo este percurso ser descrito na sua totalidade ou em fragmentos de vida considerados importantes de acordo com o objetivo de quem escreve. Assim, as HV orais são normalmente obtidas através de conversas e entrevistas, que fornecem material interpretativo para análise de trajetórias de vida singulares. Elas “possibilitam o acesso a constrangimentos e condicionantes sociais, ao mesmo tempo que nos fornecem alguma compreensão sobre o modo como determinado sujeito atualizou essas dimensões exteriores a si” (Tinoco & Pinto, 2001, p.18). A HV assinala a singularidade humana como procura reflexiva de sentido e identidade feita pelas pessoas nos contextos em que vivem. As pessoas reconstróem o seu passado e constroem o futuro a partir das narrativas em que se apropriam seletivamente das suas experiências. É na unidade da sua HV que cada pessoa é menos como as outras e mais como si própria (McAdams & Pals, 2006). “As histórias vivem na cultura. Elas nascem, crescem e proliferam e eventualmente morrem de acordo com as normas, regras e tradições prevalentes numa dada sociedade” (McAdams, 2001, p.114).

Em termos técnicos, o método biográfico surge como uma reconstrução do curso de vida através de entrevista e outros meios, como se o investigador fosse um biógrafo (Levinson, 1986). Na HV é pedido à pessoa que narre a sua história. Aqui é apenas considerada a sua singularidade e o seu vivido pessoal, com recurso à técnica da entrevista não diretiva, e em certos momentos semidiretiva para aprofundar certos temas relevantes (Poirier et al., 1999). Cada pessoa tem um leque de experiências exclusivas e que se podem caracterizar em dois níveis: de superfície (rotinas, tarefas diárias) e de profundidade (ao nível moral, sagrado e das suas emoções) (Denzin, 1989). Na conceção de Poirier et al. (1999) as HV dão voz a pessoas comuns que representam a sociedade em que vivemos, sendo que a ligação entre estas histórias, as fases da vida e as gerações que as produzem, podem contribuir para revelar mudanças históricas numa cultura e conhecê-la, ajudando a estabelecer memórias coletivas. Para os autores o

método biográfico inscreve-se na tradição oral presente na necessidade de manter viva uma memória coletiva e na aproximação a camadas sociais mais silenciosas ou de difícil acesso. As mudanças sociais e históricas observadas na sociedade ocidental exigem a conservação de alguns testemunhos de modos de pensar e viver.

Uma HV é, então, uma narrativa evolutiva do *self*, construção psicossocial, obra conjunta da pessoa e da sua cultura, cuja principal função é a integração dos elementos dispersos do “me” no tempo (McAdams, 1996, 2001; McAdams & Pals, 2006). No presente estudo recorreu-se a este tipo de aproximação ideográfica (Thomae, 1999), através do recurso a um estudo de casos múltiplos de natureza eminentemente explanatória (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2003). Estes casos foram selecionados, e as suas trajetórias de vida analisadas intensivamente, de entre os participantes dos estudos quantitativos considerados como casos significantes (Simonton, 1999) da diversidade que caracteriza as formas de transmissão da infeção neste grupo etário.

12. Método

12.1. Participantes

A amostra da presente investigação foi constituída por seis adultos mais velhos infectados pelo VIH/SIDA que tinham participado nos estudos quantitativos, de ambos os géneros. A seleção dos participantes foi feita de forma intencional, sendo que se mantiveram os critérios de inclusão dos estudos quantitativos: ter idade igual ou superior a 55 anos, estar infetado pelo VIH/SIDA e ter sido infetado por via sexual. Acrescem como critérios de inclusão os casos selecionados serem significantes (Simonton, 1999) e exemplares (Hilton & Von Hippel, 1996) para o problema em análise: determinantes e consequências da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos. Assim, selecionaram-se quatro mulheres, três tinham sido infetadas pelos maridos, estando uma viúva, uma divorciada e outra mantém-se casada. Outra das mulheres era divorciada e tinha múltiplos parceiros ocasionais e os homens eram um homossexual e o outro heterossexual com múltiplas parceiras ocasionais. Acresce que, como pode observar-se na Tabela 20, os participantes tinham idades compreendidas entre os 62 e os 75 anos, eram pouco escolarizados (com exceção de dois), eram católicos não praticantes (com exceção de dois) e tinham sido diagnosticados há menos de dois anos (com exceção de três).

Tabela 20. *Caracterização dos Participantes do Estudo Qualitativo*

Casos	Idade	Estado Civil	Nível de Escolaridade	Religião	Data de diagnóstico	Modo de transmissão
PF1♀	62	Viúva	4ª classe	Não praticante	2006	Heterossexual (marido)
PF2♀	68	Casada	4ª classe	Não praticante	2002	Heterossexual (marido)
PF3♀	65	Divorciada	9º ano	Não praticante	2013	Heterossexual (PO)
PF4♀	64	Divorciada	3ª classe	Praticante	2012	Heterossexual (marido)
PM5♂	73	Solteiro	11º ano	Não praticante	2002	Homossexual (PO)
PM6♂	75	Divorciado	Analfabeto	Ateu	2012	Heterossexual (PO)

Nota. PO = parceiros ocasionais.

Como se pode observar na Tabela 21, no que respeita à variável Permissividade, os homens revelaram-se mais permissivos do que as mulheres. Quanto à variável Comunhão, destaca-se um homem na valorização da Comunhão tida enquanto importância da sexualidade na vida (Estudo 1) e, ainda, PF1♀. Quanto às variáveis Conhecimento e CSR, tal como foram operacionalizadas nos estudos quantitativos, verificou-se que só duas mulheres não tinham Conhecimento quanto às formas de transmissão da infeção e que só um homem (PM5♂) revelou não adotar CSR.

Tabela 21. *Distribuição dos Participantes de Acordo com as Variáveis Permissividade, Comunhão, Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco*

Participante	Permissividade (Percentil)	Comunhão (Percentil)	Conhecimento	Comportamentos Sexuais de Risco
PF1♀	45	45	2	3
PF2♀	30	10	1	2
PF3♀	20	25	2	3
PF4♀	25	10	1	2
PM5♂	50	40	2	1
PM6♂	65	95	2	3

Nota. Comunhão = importância da sexualidade na vida; Conhecimento (1 = não tem conhecimento, 2 = tem conhecimento); Comportamentos Sexuais de Risco (1 = nulo, 2 = moderado, 3 = elevado).

12.2. Instrumentos

O principal instrumento de pesquisa neste tipo de estudos, de acordo com Fernandes (1995), é o próprio entrevistador, dado que é quem faz a recolha, registo e codificação dos dados, bem como inferências acerca dos mesmos. Quando se entra no terreno da investigação qualitativa, a forma como esta se desenrola obriga a vários reajustamentos que vão sendo operados por parte de quem investiga e que se prendem com o facto de este tipo de investigação estar inserido num paradigma aberto e flexível, onde as regras, os procedimentos rígidos e os papéis fixados *a priori* não têm lugar (Burgess, 1997).

Para o registo das entrevistas foi utilizado um gravador digital (*Digital Voice Recorder VN-8700PC, Olympus*). A vantagem da utilização do gravador na recolha prende-se com o facto de, por um lado, não se perder informação e, por outro, para que

o investigador possa estar atento a outros aspetos, designadamente não-verbais, possibilitando o registo de algumas notas.

Foi utilizado o método de elaboração das HV sugerido por Poirier et al. (1999), o qual se desenrola segundo uma série de etapas de tratamento do material resultante das entrevistas. Para interpretar as HV recorreu-se à triangulação de três técnicas de análise de conteúdo: análise temática (Bardin, 2004), análise cronológica e biograma (Agra & Matos, 1997; Tinoco & Pinto, 2001).

12.3. Procedimento de Recolha de Dados

Os participantes selecionados para a recolha das HV foram referenciados pelos médicos do Hospital de Dia de Infeciologia do Hospital Fernando da Fonseca (cf. respetivo pedido de autorização à Instituição no Anexo C) que os acompanhavam, mediante o pedido específico do investigador para que as suas características em termos de infeção pelo VIH/SIDA correspondessem ao desejável face ao objetivo do estudo. Foram eles que fizeram a apresentação do estudo e, após o consentimento dos pacientes, estes eram encaminhados para um gabinete no Hospital de Dia para a recolha dos dados. Verificou-se, contudo, a recusa de alguns adultos mais velhos para participar no estudo qualitativo, principalmente os homens, eventualmente ligado ao facto de a investigadora ser mulher (Catania et al., 1996; Diniz & Amado, in press).

Os participantes concordaram e aceitaram participar no estudo, narrando a sua HV. Foi garantida a confidencialidade das narrativas, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Informado (Anexo G). Os nomes dos participantes foram substituídos por letras para assegurar a confidencialidade dos dados fornecidos. Outros nomes e locais que pudessem ser associados à identificação do participante foram omitidos ou substituídos por outros fictícios.

Considerando as preocupações com o *setting* de recolha, as entrevistas foram conduzidas através de um diálogo informal, em local reservado, permitindo ao participante sentir-se confortável e tranquilo para relatar a sua HV. As entrevistas tiveram uma duração média de duas horas e 30 minutos.

Num primeiro momento, pediu-se aos participantes que narrassem livremente a sua HV, contudo, focada na temática da sexualidade e da infeção pelo VIH/SIDA, com a seguinte instrução:

Gostávamos que nos contasse um pouco sobre a vivência da sua sexualidade ao longo da vida, acontecimentos relevantes que conduziram ao aparecimento da infecção pelo VIH/SIDA e depois de descobrir que estava infetado(a) o que mudou. Tanto quanto possível tente organizar cronologicamente o que vai relatando.

Contudo, tendo em conta os objetivos específicos do estudo, foram elaborados alguns itens orientadores de temáticas pertinentes à recolha de dados. Assim, numa segunda fase, recorreu-se à entrevista semidiretiva, quando os participantes não tivessem focado todos os pontos essenciais à recolha e caso o entrevistador julgasse que alguns conteúdos não tivessem sido suficientemente esclarecidos ou abordados de forma espontânea pelo participante. Desta forma, optou-se por um procedimento misto de recolha das HV, primeiro não diretivo e depois semidiretivo.

12.4. Procedimento de Análise de Dados.

Após a recolha das entrevistas, as HV focalizadas foram transcritas e analisadas. Depois de ouvida a gravação de todas as entrevistas, o conteúdo das mesmas foi transcrito na íntegra, tendo-se incluído referências a comportamentos não-verbais como silêncios e risos. As transcrições foram minuciosamente revistas de forma a garantir a sua precisão e clarificar o conteúdo de alguns trechos de entrevista cuja gravação não permitia uma compreensão clara do discurso. Estas transcrições foram, ainda, cronologicamente organizadas antes de serem analisadas (Poirier et al., 1999).

Constituído este *corpus* procedeu-se à análise do seu conteúdo (Bardin, 2004). Este método é constituído por um conjunto de técnicas que permitem aceder a diferentes níveis de discurso do participante, através da constituição do *corpus*, do estabelecimento de indicadores como palavras-chave ou temas e que, conseqüentemente, possibilitam ao investigador realizar inferências e interpretações sobre o discurso e, em última análise, sobre o participante e a sua vida.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (Bardin, 2004, p.37).

Em termos processuais, as diferentes análises de conteúdo organizam-se em torno de três polos cronológicos: (1) pré-análise; (2) a exploração do material; e, (3) o

tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, que tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. Após a informação estar organizada, inicia-se a primeira atividade na fase de pré-análise – a leitura flutuante – em que é estabelecido o primeiro contacto com os documentos a analisar.

Assim sendo, começou-se por fazer uma leitura flutuante do material o que permitiu obter um primeiro plano de conteúdos que se enquadravam no âmbito das pré-categorias (seguindo o modelo de análise de conteúdo prévia; Poirier et al., 1999) determinantes e consequências da infeção, no âmbito das categorias definidas *a priori* que resultaram da revisão da literatura e dos estudos quantitativos, bem como de outras categorias e subcategorias potencialmente definíveis *a posteriori*. Utilizou-se, portanto, um processo misto de análise do material (fechado mas também aberto ou exploratório; Ghiglione & Matalon, 2001), ajustando e criando categorias e subcategorias à medida que se ia fazendo a codificação.

Em seguida, realizou-se o tratamento dos dados de acordo com os seguintes procedimentos de análise: análise cronológica, análise categorial temática e biograma (Agra & Matos, 1997; Bardin, 2004; Tinoco & Pinto, 2001). Primeiro procedeu-se a uma análise para cada uma das narrativas de acordo com estas três técnicas de análise e posteriormente realizou-se uma análise grupal das HV (estudo de casos múltiplos: Baxter & Jack, 2008; Yin, 2003). Note-se que estes procedimentos de análise deveriam ter sido realizados com recurso a pelo menos oito juízes independentes (Hill et al., 2005), para uma maior garantia da validade e fiabilidade da categorização (Bardin, 2004; Weiss & Shanteau, 2003)¹⁶. Contudo, recorreu-se à presença de um auditor neste processo (Hill et al., 2005), bem como ao método da consistência (Weiss & Shanteau, 2003) no âmbito da realização da análise categorial temática individual e grupal efetuada neste estudo: essa análise foi efetuada em dois tempos com um intervalo de seis meses.

12.4.1. Análise cronológica individual. Através da análise cronológica foi possível examinar pormenorizadamente a evolução do curso de vida dos participantes nas diferentes etapas do desenvolvimento. Poirier et al. (1999) referem a responsabilidade do investigador em unir as experiências relatadas pelo participante num todo, ordenando cronologicamente a HV com o objetivo de sistematizar e

¹⁶Isto não foi efetuado por constrangimentos temporais.

condensar o material de acordo com a narração do participante, tornando a narrativa mais legível e compreensível para o leitor. Com a análise cronológica procurou-se fazer uma descrição analítica das trajetórias de vida, contemplando os períodos de estabilidade e transição e estando-se atento ao inesperado. Assim, analisaram-se as HV de adultos mais velhos de acordo com concepções unitárias do desenvolvimento (Erikson, 1980; Levinson, 1986), através das categorias relações familiares, afetivas e sociais, o percurso escolar e profissional e os locais significativos.

12.4.2. Análise categorial temática individual e grupal. Esta análise, conforme já foi referido anteriormente, foi efetuada em dois tempos, com um intervalo de seis meses, procurando aprofundar o conteúdo das narrativas, com enfoque nas vivências da sexualidade antes e depois da infeção pelo VIH/SIDA. Procedeu-se a uma análise categorial temática de acordo com: (1) as categorias de McAdams (1993, 1996) como o tom narrativo, a imagética, as linhas temáticas, o *setting* ideológico, os episódios nucleares, os ímagos, o desenrolar generativo e a avaliação narrativa; (2) a teoria do controlo de Heckhausen e Schulz (1995, 1997), procurando perceber que mecanismos (controlo primário ou controlo secundário) são usados pelos participantes e em que situações; (3) os mecanismos de resolução de problemas utilizados pelos participantes baseados na teoria da crise de Caplan (1961, 1964); (4) a identificação das fases de adaptação à doença dos participantes com base na teoria do processo de luto de Kübler-Ross (1979, 1989, 1992); (5) uma análise sintática, através da identificação da tonalidade do discurso se positivo ou negativo; e, (6) análise das categorias Permissividade, Comunhão, Conhecimento e CSR.

Como pode observar-se na Tabela 22, onde se apresenta o agregado categorial que presidiu à análise das HV individuais, bem como à análise grupal das mesmas, estabeleceram-se como pré-categorias as temáticas abordadas na revisão de literatura: determinantes e consequências psicossociais da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos, procurando aprofundar o que causou a infeção e depois do conhecimento do diagnóstico de seropositividade o que mudou. As categorias e as subcategorias foram fundadas também na literatura abordada na Parte I deste trabalho, bem como em torno de certas variáveis trabalhadas nos estudos quantitativos (Permissividade, Comunhão, Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco). Para além dos conteúdos apresentados na tabela, também aqueles que respeitaram à análise categorial temática individual foram objeto de apreciação global.

Tabela 22. *Pré-Categorias, Categorias e Subcategorias Orientadoras da Análise Categorical Temática*

Pré-categorias	Categorias	Subcategorias
Determinantes da infecção pelo VIH/SIDA	A: Atitudes sexuais antes do diagnóstico	A.1.: Permissividade A.2.: Comunhão
	B: Conhecimento das formas de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA antes do diagnóstico	B.1.: nível de conhecimento B.2.: fontes de informação
Consequências da infecção pelo VIH/SIDA	C: CSR antes do diagnóstico	C.1.: atividade sexual C.2.: número de parceiros sexuais C.3.: utilização do preservativo C.4.: perceção de risco/vulnerabilidade à infecção C.5.: formas de transmissão
	D: Diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA	D.1.: a descoberta D.2.: as reações
	E: Atitudes sexuais depois do diagnóstico	E.1.: Permissividade E.2.: Comunhão
	F: Conhecimento das formas de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA depois do diagnóstico	F.1.: nível de conhecimento F.2.: fontes de informação
	G: CSR depois do diagnóstico	G.1.: atividade sexual G.2.: número de parceiros sexuais G.3.: utilização do preservativo

Nota. CSR = comportamentos sexuais de risco.

12.4.3. Biograma individual. O biograma surge como um instrumento útil para colmatar algumas das necessidades decorrentes da exploração da narrativa da pessoa (Agra & Matos, 1997; Tinoco e Pinto, 2001). O biograma é constituído por uma série de

áreas temáticas da vida, organizadas ao longo de um eixo horizontal que representa as fases do desenvolvimento. Nele efetua-se um registo dos principais eventos nas categorias selecionadas, permitindo a visualização simultânea de diferentes acontecimentos ao longo da vida da pessoa. O biograma permitiu ordenar cronologicamente os resultados da análise temática individual (cf. ponto anterior), tornando-se um auxiliar de interpretação das HV. Assim, o biograma constitui-se num material ilustrativo e complementar que ajudou a interpretar as HV. Tomaram-se como elementos organizadores do biograma as relações afetivas, apreciadas através da análise cronológica, a Permissividade, a Comunhão, o Conhecimento, a teoria do controlo de Heckhausen e Schulz (1995, 1997), as fases da teoria da crise de Caplan (1961, 1964) e as fases da teoria do processo de luto de Kübler-Ross (1979, 1989, 1992), apreciadas através da análise categorial temática. O facto de não se considerarem no biograma as categorias de McAdams (1993, 1996), justifica-se pela sua diversidade casuística, impossibilitando a sua apresentação transversal de forma económica nas figuras que os representam. Contudo, elas foram consideradas na análise categorial temática grupal.

13. Resultados

13.1. Histórias Individuais

13.1.1. A história de PF1♀.

Tabela 23. *Dados de Caracterização de PF1♀*

Idade	62 anos
Género	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa
Habilitações Literárias	4ª classe
Profissão	Reformada de empregada doméstica e comerciante
Meio de residência	Urbano
Estado civil	Viúva
Filhos	1 filho que morreu com 1 ano; 1 filha com 36 anos e 1 filho com 30 anos
Religião	Católica não praticante
Data de diagnóstico VIH	2006 (tinha 55 anos)
Modo de transmissão	Via heterossexual (pelo marido que tinha relações extraconjugais)
Comportamentos Sexuais de Risco ^a	3 (elevado)
Conhecimento ^a	2 (tem conhecimento)
Permissividade ^a	2.97 (percentil 45)
Comunhão ^a	2.34 (percentil 45)
Número de parceiros sexuais	2 (marido e atual parceiro)

Nota. ^aClassificações obtidas a partir da operacionalização destas variáveis no Estudo 2 da Parte I deste trabalho.

Análise cronológica. PF1♀, do género feminino, nasceu em Baião em 1951. Veio para Lisboa com 13 anos para trabalhar como empregada doméstica interna, depois de concluir a 4ª classe na sua terra natal. Oriunda de uma família de baixos recursos económicos, relata poucos acontecimentos da sua infância e com uma tonalidade pesada pelas dificuldades que passou. Completou a 4ª classe e afirma que *já foi muito bom, porque naquela altura...*

Já em Lisboa conheceu o futuro marido, que na altura estava na tropa, natural de Oliveira do Hospital, mas que também estava a viver em Lisboa. Começaram a namorar e foi com quem iniciou a sua sexualidade, por volta dos 16-17 anos. Aos 18 anos casaram e tiveram três filhos, um nado morto, uma filha (atualmente com 36 anos) e um filho (atualmente com 30 anos).

Quando casou deixou de ser empregada doméstica interna e foi viver para Angola, onde esteve 5 anos. Foi em Angola que teve o primeiro filho que morreu com um ano de idade, por doença. Regressou a Portugal depois do 25 de abril de 1974 *sem nada*. Por este facto, começou a vender fruta na rua, tendo conseguido ao longo do tempo, como conta, ganhar alguma estabilidade financeira, o que lhe permitiu abrir os seus próprios negócios com o marido (uma frutaria, uma charcutaria e depois uma mercearia).

Foi casada durante 30 anos, tendo ficado viúva na sequência da infeção pelo VIH/SIDA contraída pelo marido, fruto de relações extraconjugais: *o meu marido tinha isto porque tinha amantes e eu não sabia nada e tinha relações com ele*. Descobriu que estava infetada após a morte do marido, quando lhe comunicaram no hospital e lhe pediram que fizesse análises para verificar se também estava infetada, apesar de não ter quaisquer sintomas.

Uma pessoa não sente nada, eu não tinha uma dor de cabeça ou uma constipação. Eu estava bem, andava bem, nunca tive sintomas nenhuns, nunca tive nada. Quando viram que eu tinha isto, isto estava muito adiantado, mas eu não tinha sintomas nenhuns.

Confirmou-se o diagnóstico de seropositividade. No mesmo período, acresce o facto de ter descoberto as infidelidades do marido e que este tinha uma filha doutra relação. O choque gerou depressão, tendo tido acompanhamento psiquiátrico durante quatro anos.

Foi aí que a minha vida... uuuu... é difícil falar disto (chora). Quando soube fiquei doente, tive que andar aqui numa psiquiatra. Deu-me uma revolta muito grande. Levei com tudo de uma vez. Eu não dormia, não descansava, tive que andar aqui na psiquiatra, andei aqui ainda uns 4 anos, depois estabilizou, eu própria deixei de tomar os medicamentos aos bocadinhos, aos bocadinhos. Agora não tomo nada, nada. Mas fiquei com uma depressão bastante grande. Foi tudo ao mesmo tempo. Sofri muito. Emagreci bastante nessa altura, depois recuperei e estou bem... isto é uma coisa que uma pessoa fica tão desnorteada quando sabe... eu na altura precisei mesmo de

apoio, porque eu fiquei mesmo muito, muito em baixo, e depois foi tudo ao mesmo tempo ... não tive apoio nenhum e por isso é que caí numa depressão profunda. Emagreci 15 quilos.

Viúva, PF1♀, refugiou-se inicialmente no trabalho, mas depois reformou-se por não aguentar sozinha a carga horária da mercearia, de que era proprietária, e trespassou o negócio.

Há cerca de um ano e meio encontrou um novo companheiro, revelando: *Eu nunca fui muito de namorar, e mesmo agora eu já estou viúva há alguns anos e só há ano e meio é que eu tenho esta pessoa, e foi por causa deste problema mesmo.* Não vivem juntos, ele vem apenas passar os fins-de-semana. PF1♀ não lhe revelou a sua condição de seropositividade, continuando a incorrer em CSR, mas desta vez consciente do risco.

Agora tenho um senhor, não casei, mas tenho um senhor mais ou menos da minha idade, mas ele não sabe nada. Tenho relações com ele mas ele não sabe de nada. Eu estou com ele há ano e meio. Não uso nada porque como está praticamente negativo e nunca fiz sangue... Mas não vou dizer nada, não vou contar, tenho vergonha. Eu não quero contar nada à pessoa com quem estou, porque tenho quase a certeza que não lhe pego. Porque senão ele ia-se embora, claro. Há pessoas que não compreendem, mas eu como tenho já compreendo melhor. Há pessoas que se souberem até nos põem de lado.

Atualmente, encara a infeção como uma doença crónica: *eu só me lembro que tenho esta doença quando vou tomar a medicação, porque faz de conta que não tenho nada. Isto mudou bastantes coisas mas agora de há uns tempos para cá que ando bem.* Apresenta uma rede social pequena, constituída pelo atual companheiro, os filhos e as pessoas da igreja, apesar de não ter contado a ninguém a sua condição de seropositividade.

Nunca disse nada a ninguém, ninguém sabe, nem na família, nem agora, é difícil falar disto (começa a chorar), nem os meus próprios filhos sabem. Não consigo contar a ninguém porque agente somos postas de lado e então a gente não diz nada.

Análise das categorias de McAdams. Tom narrativo: o tom narrativo que atravessa a história de PF1♀ alterna entre um otimismo reservado e as desgraças sucessivas. A narrativa enquadra-se no tipo do romance (começa mal mas acaba bem) se nos referirmos à descoberta do novo companheiro. Depois da depressão e dos

momentos de angústia vividos pela descoberta das traições do marido que degeneraram na infecção pelo VIH/SIDA, encontrou um companheiro que lhe dá paz e tranquilidade. A descoberta da igreja trouxe-lhe, também, novamente esperança, a esperança de que iria ficar curada da infecção. Enquadra-se também no tipo da tragédia (começa bem mas acaba mal) se pensarmos na relação com o marido: PF1♀ apaixonou-se ainda adolescente pelo seu marido, que foi também o único namorado até à altura, entregou-se a ele a vida toda mas depois vários momentos trágicos resultaram desta relação, como a morte do primeiro filho, as traições do marido, a descoberta duma filha do marido fora do casamento e a transmissão do VIH. Profissionalmente PF1♀ parece nunca ter tido muita sorte e ter tido uma vida dura desde que começou a trabalhar na terra até à sua reforma, sendo a narrativa do tipo drama.

Imagética: o colorido imagético na história de PF1♀ surge no momento da descoberta da infecção: “emagreci muito”, surgindo poucas texturas e *nuances* relativas ao corpo e à doença ao longo da narrativa.

Linhas temáticas: a temática base da história de PF1♀ é a comunhão (por contraponto à iniciativa), procurando a felicidade no amor, na verdade e na ausência de conflitos.

Setting ideológico: PF1♀ é religiosa e encontrou na fé uma resposta para as suas dores. Acredita que a igreja a vai curar do seu mal. Ainda que subjetivamente se considere não praticante de uma religião (cf. Tabela 23), o que objetivamente aconteceu foi que depois de ter conhecimento da infecção se tornou praticante de uma igreja protestante, acreditando que ficará curada da infecção por um milagre.

Tabela 24. *Episódios Nucleares da História de Vida de PF1♀*

	Episódios Nucleares	Idade Episódio	Tom narrativo
Episódio 1	Morte do 1º filho	24 anos	Tragédia
Episódio 2	Descoberta da filha ilegítima do marido	55 anos	Drama
Episódio 3	Diagnóstico infecção	55 anos	Romance

Imagos: o imago principal é o da vítima.

Generatividade e avaliação narrativa: PF1♀ não tem netos. Há um certo distanciamento quando fala dos filhos. Revela com amargura o seu passado: dedicação total ao marido que lhe deixou um fim trágico.

Análise das categorias da teoria do controlo de Heckhausen e Schulz. Verifica-se o recurso ao controlo secundário depois da descoberta da infeção, sendo que a adaptação de PF1♀ passou pela negação e evitamento. Posteriormente, o controlo primário foi utilizado por PF1♀ na adaptação à sua condição de seropositividade, procurando uma nova igreja e um novo companheiro.

Análise das categorias da teoria da crise de Caplan. Depois do diagnóstico de infeção pelo VIH/SIDA, PF1♀ encontrava-se na segunda fase descrita por Caplan, dado que tinha dificuldades em dormir, sentia zanga e deprimiu. Atualmente encontra-se na terceira fase, dado que criou novos mecanismos de coping para enfrentar a sua condição de saúde, pelo que mudou para um estilo de vida mais saudável (alterou o tipo de alimentação e faz caminhadas) e frequenta uma nova igreja que acredita poder ajudá-la na cura do VIH.

Análise das categorias da teoria do processo de luto de Kubler-Ross. Após a descoberta da sua seropositividade, PF1♀ atravessou a fase da depressão (andou medicada e acompanhada por uma psiquiatra por depressão profunda). Esta foi uma depressão reativa à descoberta da infeção, às suas causas (infidelidade conjugal) e à morte do marido na sequência da infeção. Depois passou pela fase da raiva (“deu-me uma revolta muito grande”), pela situação clínica em que se encontrava e de grande mágoa e revolta com o marido. Atualmente vive em fase de negação, preferindo acreditar que é mais fácil fingir que não está infetada (“faz de conta que não tenho nada”)

Análise sintática. Quando fala do presente e do facto da infeção estar praticamente negativa, como relata, o discurso de PF1♀ é marcado por expressões de cariz positivo como “estou bem”, “recuperei”, “estabilizou”. Quando PF1♀ fala acerca da infeção e das suas causas (infidelidade do marido) o discurso assume uma tonalidade negativa, destacando-se os termos “nunca”, “não consigo”, “sofri”, “emagreci”, “revolta”, “morrer”, “depressão”, “funeral”, “não dormia”, “não descansava”, “vergonha”.

Análise das categorias Permissividade, Comunhão, Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco. A partir do conteúdo do Anexo H, pode inferir-se que PF1♀ não se revelou permissiva no relato da sua HV, o que é dissonante com os

resultados dos estudos quantitativos (percentil 45; cf. Tabela 23). Quanto à Comunhão, revelou que depois da infecção a sexualidade continuou a ter importância na sua vida. PF1♀ afirmou saber pouco acerca da infecção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão antes do diagnóstico, contudo atualmente revela Conhecimento. Quanto às fontes de informação referiu que antes do diagnóstico eram as conversas no local de trabalho, e depois do diagnóstico a informação era transmitida pelo médico assistente. Antes do diagnóstico não se considerava como estando em risco de contrair a infecção pelo VIH/SIDA, acreditando que esta era uma doença própria dos toxicod dependentes. Mantém-se sexualmente ativa depois do conhecimento da sua condição de seropositividade. Quanto ao número de parceiros sexuais verifica-se que antes do diagnóstico só tinha tido o marido como parceiro sexual, de quem ficou viúva em consequência da infecção, e atualmente tem um novo parceiro. Demonstrou incorrer em CSR (designadamente a não utilização do preservativo) tanto antes como depois do diagnóstico da infecção, ainda que antes não o fizesse de forma intencional, mas agora sim mesmo depois de saber da sua condição de seropositividade, não utiliza qualquer proteção durante as relações sexuais e não informa o seu atual parceiro do seu estado clínico.

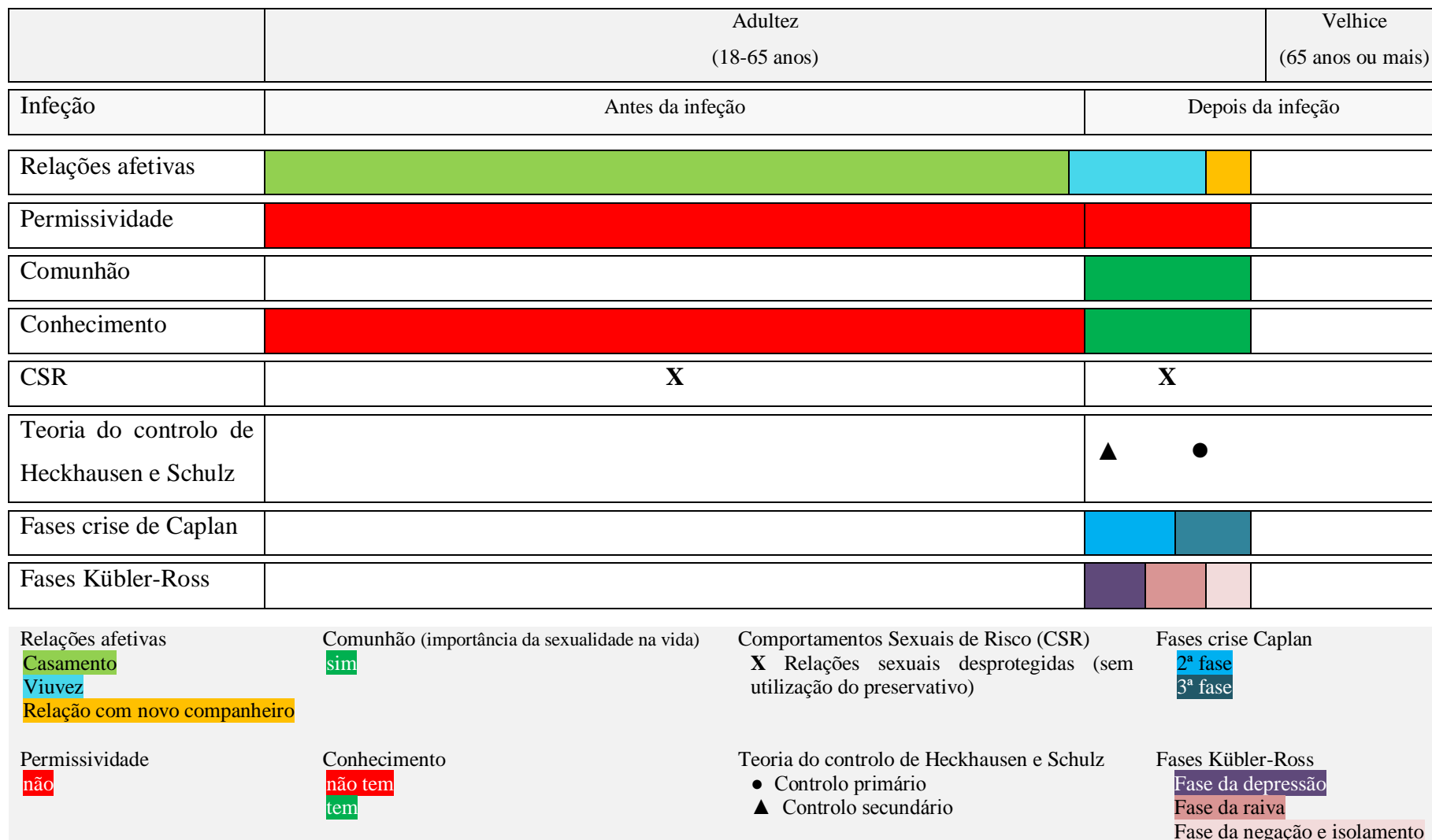


Figura 8. Biograma da história de vida de PF1♀.

13.1.2. A história de PF2♀.

Tabela 25. *Dados de Caracterização de PF2 ♀*

Idade	68 anos
Género	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa
Habilitações Literárias	4ª classe
Profissão	Reformada de empregada de padaria
Meio de residência	Urbano
Estado civil	Casada
Filhos	2 filhas (40 e 33 anos)
Religião	Católica não praticante
Data de diagnóstico VIH	2002 (tinha 57 anos)
Modo de transmissão	Via heterossexual (pelo marido que tinha relações extraconjugais)
Comportamentos Sexuais de Risco ^a	2 (moderado)
Conhecimento ^a	1 (não tem conhecimento)
Permissividade ^a	2.69 (percentil 30)
Comunhão ^a	1.70 (percentil 10)
Número de parceiros sexuais	1 (marido)

Nota. ^aClassificações obtidas a partir da operacionalização destas variáveis no Estudo 2 da Parte I deste trabalho.

Análise Cronológica. Nascida, criada e batizada em Ponte de Sor, PF2♀ viveu lá até aos 21 anos. Fez a 4ª classe, mas afirma *sei mais do que quem tem hoje o 13º, tabuadas ninguém me falha, problemas ainda os sei*. No Alentejo trabalhava no campo, e denota que ao longo de toda a vida teve muitas dificuldades. Aos 21 anos veio trabalhar para Lisboa, já lá tinha o irmão, e foi trabalhar em limpezas numa Instituição Militar mas o irmão *tirou-me de lá*. Depois começou a trabalhar numa padaria na Brandoa, onde ficou 37 anos.

Viu o futuro marido a primeira vez quando tinha 10 anos. Eram primos direitos. Antes de começar a namorar o marido, teve um namorado que foi cumprir serviço militar para Moçambique e que antes de partir queria ter relações sexuais, para a *prender*. PF2♀ não quis e só iniciou a sua atividade sexual com aquele que viria a ser o

seu marido. Durante muitos anos mantiveram esta relação à distância, correspondendo-se por carta. Mais tarde PF2♀ terminou a relação e começou a namorar com o marido. Namoraram cerca de um ano e meio e depois casaram. A sua primeira relação sexual foi com o marido antes de casarem e nunca mais teve qualquer parceiro sexual: *o meu marido foi o único homem da minha vida, eu é que pelos vistos não fui a única dele.* Casou com 25 anos e ficaram a viver na Brandoa, perto do local de trabalho de PF2♀. Atualmente vive com o marido em Vila de Rei. Tiveram que mudar-se da Brandoa, apesar de manterem esta casa, por razões de *má vizinhança*.

As relações sexuais nunca foram muito frequentes e, muitas vezes, PF2♀ tinha-as contrariada. Desde que o marido foi operado que a atividade sexual do casal cessou. Dormem em quartos separados, pois PF2♀ afirma que o marido ressona muito e como tal não é capaz de dormir ao pé dele. Relata a relação vazia que tem com o marido: *é muito triste porque não há conversa entre marido e mulher, nós em casa somos dois mudos.* A comunicação do casal é quase inexistente. Tiveram duas filhas, porém a relação com estas também é carregada de conflitos, que conduziram ao seu afastamento, assumindo um papel de vítima neste processo.

Eu digo sinceramente, não tive sorte nem com o marido, nem com as filhas nem com os genros. Tenho mágoas. E então com as mães dos genros ainda foi a coisa pior, todas uma cambada de... mas eu é que tinha os defeitos, a mim é que me apontam que eu sou má. E é assim a minha vida e cá vou. (...) Ui as pessoas a bem da verdade nem sabem o que eu passo. Às vezes para que não abusem de mim eu tenho que me fazer mais doente, mediante as filhas e mediante o marido, porque eles pensam que eu tenho ainda a força dos 18 anos (chora). Eu tenho sido uma pessoa sempre com força para fazer tudo e mais alguma coisa. Mentalizam-se que eu ainda tenho força para tudo e mais alguma coisa.

O discurso de PF2♀ é marcado, para além dos conflitos relacionais, por problemas de saúde, afirmando que tem graves problemas: *três hérnias na coluna, osteoporose, problemas nos rins*, e recentemente a infeção pelo VIH/SIDA. Descobriu que estava infetada pelo VIH em 2002, quando teve varicela. Foi internada e esteve *às portas da morte*, até que depois de ter feito análises se descobriu e começou a tomar a medicação.

Quem me pegou foi o meu marido, é os amigos que levam aquele e aquele e depois eles não têm noção do que é que estão a fazer e apanhou, não sei onde, nunca soube, nem nunca me interessou e pegou-me a mim. O médico também

uma vez disse-me que ele podia ter trazido aquilo lá de fora, não sei, não sei. Eu sabia que havia mulheres com essa doença a quem eles iam.

Nunca abordou o assunto com o marido e mantêm-se casados, contudo, PF2♀ sente uma raiva e uma mágoa muito grandes.

E eu tenho sofrido... tanto que eu ando num psicólogo particular. Ele nunca foi capaz de se abrir comigo, e isso é que me deitou abaixo. Nunca teve uma conversa comigo, e é isso que custa e muitas vezes dá-me vontade de chorar (chora), eu revolto-me, revolto-me comigo mesma. Eu nunca pensei que isto me calhasse a mim. Às vezes ainda me dá muita vontade de chorar.

A infeção veio agravar a relação do casal. Não perdoa o marido por a infetado e como resultado de relações extraconjugais. Verbaliza um desejo de vingança por aquilo que lhe fez.

Se ele teve obrigação de fazer o que me fez, agora também tem obrigação de cuidar de mim. Não foi ele que me lixou, então agora tem que me aturar até ao fim. Agora é que eu tenho que me vingar dele por aquilo que ele fez.

Profissionalmente, depois da descoberta da sua condição de seropositividade, ainda esteve dois anos de baixa, mas depois reformou-se.

Análise das categorias de McAdams. Tom narrativo: o discurso de PF2♀ é revestido de pessimismo, centrando-se nos seus problemas de saúde. Acresce que se coloca muitas vezes no papel de vítima como forma de se valorizar e conseguir a atenção dos outros, mas não é eficaz (as pessoas acabam por se afastar dela). O seu discurso é conflituoso e de vitimização o que é bem ilustrado pela sistemática atribuição de responsabilidade aos outros.

Imagética: a narrativa é marcada por referências corporais, que ilustram os seus problemas de saúde. Usa a infeção e as outras doenças próprias da velhice, onde simula incapacidades físicas, como forma de se vingar do marido pelo mal que lhe provocou. Construiu a associação entre doença e impossibilidade de realizar tarefas quotidianas.

Linhas temáticas: a linha temática predominante da história de PF2♀ é a da mulher dedicada, dona de casa que fez tudo pela família e foi enganada por todos (marido e filhas). Os principais temas presentes no percurso de vida de PF2♀ são o dinheiro (relata diversas dificuldades financeiras), as doenças (osteoporose, problemas nos rins e a infeção pelo VIH/SIDA), os conflitos e os problemas familiares (com o marido e as filhas) e a vingança. A vingança assume especial relevo como reação à

descoberta das infidelidades do marido que lhe impuseram a sua condição de seropositividade. A comunhão (por contraponto à iniciativa) parece ser a temática predominante, com o foco no cuidado da família.

Setting ideológico: PF2♀ apresenta uma religiosidade típica do interior português, com destaque para a realização e cumprimento de promessas em fases cruciais da sua vida. A religião funciona como uma das formas de ultrapassar as dificuldades da vida. Note-se que ainda que subjetivamente se considere não praticante de uma religião (cf. Tabela 25), o que objetivamente acontece é que ela é católica praticante.

Tabela 26. *Episódios Nucleares da História de Vida de PF2♀*

	Episódios Nucleares	Idade Episódio	Tom narrativo
Episódio 1	Veio para Lisboa trabalhar	21 anos	Tragédia
Episódio 2	Casamento	25 anos	Tragédia
Episódio 3	Internamento hospitalar	57 anos	Drama
Episódio 4	Descoberta do diagnóstico de infeção pelo VIH/SIDA	57 anos	Drama

Imagos: o *imago* principal é o da vítima

Generatividade e avaliação narrativa: estas dimensões não são quase visíveis no discurso de PF2♀.

Análise das categorias da teoria do controlo de Heckhausen e Schulz. Verifica-se que PF2♀ recorreu ao controlo secundário como forma de lidar com a sua atual condição de seropositividade, tendo optado pela abstinência sexual. Acresce que deixou de realizar algumas atividades quotidianas como forma de se vingar do marido.

Análise das categorias da teoria da crise de Caplan. PF2♀ encontrava-se na segunda fase descrita por Caplan quando descobriu que estava infetada, ainda que esta fase se prolongue até ao presente, com sentimentos de zanga, raiva e impotência face à infeção.

Análise das categorias da teoria do processo de luto de Kubler-Ross. PF2♀ encontrava-se na fase da raiva e revolta dirigidas ao marido, que foi o responsável por ela ter contraído a infeção pelo VIH/SIDA.

Análise Sintática. O discurso de PF2♀ é marcado, fundamentalmente, por expressões de cariz pessimista, conflituosa e negativa, que abrangem todas as várias áreas da sua vida: “penúria”, “escaldada”, “dor”, “dores”, “sem dinheiro”, “sem comer”, “sem dormida”, “sem trabalho”, “desgraçado”, “dores de morrer”, “não posso fazer”, “queixar”, “medo”, “mal”, “maligno”, “as minhas pernas já não dão”, “pior”, “defeitos”, “má”, “não se falam”, “arrasada”, “revoltado”, “dividas”, “bêbado”, “abandono”, “arrogância”, “lixado”, “triste”, “magoado”.

Análise das categorias Permissividade, Comunhão, Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco. A partir do conteúdo do Anexo H pode inferir-se que PF2♀ não se revelou permissiva nem com atitudes concordantes com a Comunhão (enquanto importância da sexualidade na vida), quer antes quer depois do conhecimento da sua condição de seropositividade. Demonstrou não ter Conhecimento quanto às formas de transmissão da infeção antes e depois do diagnóstico. Quanto às fontes de informação referiu que antes do diagnóstico eram as conversas no local de trabalho, e depois do diagnóstico a informação era transmitida pelo médico assistente. Antes do diagnóstico não se considerava como estando em risco de contrair a infeção pelo VIH/SIDA. Revelou adotar CSR antes da infeção, ao não utilizar o preservativo com o marido, contudo desconhecia as infidelidades deste. Atualmente não incorre em CSR, visto que optou pela abstinência sexual. Ao longo da sua vida apenas teve um parceiro sexual, o marido.

	Adultez (18-65 anos)		Velhice (65 anos ou mais)
Infeção	Antes da infeção		Depois da infeção
Relações afetivas			
Permissividade			
Comunhão			
Conhecimento			
CSR	X		O
Teoria do controlo de Heckhausen e Schulz			▲
Fases crise de Caplan			
Fases Kübler-Ross			

Relações afetivas Namoro com o futuro marido Casamento	Comunhão (importância da sexualidade na vida) não	Comportamentos Sexuais de Risco (CSR) X Relações sexuais desprotegidas (sem utilização do preservativo) O Abstinência sexual	Fases crise Caplan 2ª fase
Permissividade não	Conhecimento não tem	Teoria do controlo de Heckhausen e Schulz ▲ Controlo secundário	Fases Kübler-Ross Fase da raiva

Figura 9. Biograma da história de vida de PF2♀.

13.1.3. A história de PF3 ♀

Tabela 27. *Dados de Caracterização de PF3 ♀*

Idade	65 anos
Género	Feminino
Nacionalidade	Angolana
Habilitações Literárias	9º ano (Novas Oportunidades)
Profissão	Reformada de auxiliar hospitalar
Meio de residência	Urbano
Estado civil	Divorciada
Filhos	3 filhos
Religião	Católica não praticante
Data de diagnóstico VIH	2013 (há 6 meses)
Modo de transmissão	Via heterossexual (parceiro sexual ocasional)
Comportamentos Sexuais de Risco ^a	3 (elevado)
Conhecimento ^a	2 (tem conhecimento)
Permissividade ^a	2.21 (percentil 20)
Comunhão ^a	2.21 (percentil 25)
Número de parceiros sexuais	Entre 5 e 10 (marido e vários parceiros sexuais ocasionais)

Nota. ^aClassificações obtidas a partir da operacionalização destas variáveis no Estudo 2 da Parte I deste trabalho.

Análise Cronológica. PF3♀ é natural de Angola. Em adolescente considerava-se uma rapariga normal e divertida. Tinha por hábito ir aos bailes, mas como a própria afirma: *não havia nada de sexo na altura*. Quando ia para os bailes tinha muitas vezes que fugir de casa porque os pais não a deixavam ir. Relata estes episódios da sua adolescência com entusiasmo e nostalgia, ainda que conte que as pessoas pensavam que PF3♀ era *maluquinha e uma mulher fácil*. Apaixonou-se pela primeira vez quando tinha 21 anos, altura em que iniciou a sua vida sexual, e fugiu de casa com aquele que viria a ser o seu futuro marido. Conheceu o marido quando este foi acolhido pelos seus irmãos, porque tinha saído de casa dos pais e, então, arranjaram-lhe trabalho como desenhador. Quando fugiram para viver juntos alugaram *um quartinho, lutando pela vida para*

conseguir coisa melhor. Desta relação teve 2 filhos e ficaram juntos até PF3♀ vir para Portugal.

Quando se deu a guerra, depois do 25 de abril, PF3♀ veio para Portugal grávida de três meses e com o filho de seis anos, mas sem o marido, que viria depois. Já em Portugal soube pelo irmão, que lhe escreveu uma carta de Angola, que o marido tinha outra mulher. O marido veio para Portugal com a nova companheira que também estava grávida. Ainda assim, PF3♀ voltou a viver com o marido, porém a relação era conflituosa, pelo que acabou por se divorciar passado pouco tempo.

PF3♀ seguiu com a sua vida e ainda esteve algum tempo sozinha. Começou a estudar a Bíblia e conheceu as Testemunhas de Jeová, tendo começado a pregar na rua. Acabou por desistir quando a filha nasceu. Relata como foi a sua vida depois de se divorciar.

Entretanto, tive assim uns amiguinhos e não sei quantas, tudo bem, na maior. É claro que tinha relações com eles, tinha que ter, primeiro com um amigo, depois tive mais outro, zanguei-me com esse que também tinha outra e depois, resumindo, não tinha assim muita sorte nesse sector marido. Tinha pouca sorte. Não vivia junta com nenhum desses amigos, estávamos assim juntos à noite e depois cada um ia para o seu sítio. Tinha medo de arriscar outra vez e ainda levou tempo para eu perder esse medo.

Entretanto, conheceu o pai da sua terceira filha (atualmente com 29 anos), que faleceu com essa doença (infecção pelo VIH/SIDA). Revela que nunca gostou verdadeiramente do companheiro. Após a separação do companheiro, teve outro namorado, mas não por muito tempo porque como descreve ele *era um homem que sonhava ver-me com um avental à frente a cozinhar.* Novamente solteira, voltou a ir para os bailes dançar. Contudo, durante uma época teve que interromper porque trabalhava por turnos e *tinha três filhos para criar sozinha.*

A sua vida profissional foi diversificada: trabalhou em restaurantes como ajudante de cozinha e como auxiliar em lares de idosos, hospitais e instituições.

Pensa que se infetou pelo VIH/SIDA pelo novo parceiro que conheceu nos bailes, porque *sentia uma coisa esquisita, uma energia...* Nunca utilizou preservativo nas suas relações sexuais.

Nunca usei preservativo porque geralmente os meus parceiros nunca queriam, não aceitavam, diziam “Epá não gosto, assim não é a mesma coisa”, e eu parvinha, que já devia ter cabeça para não aceitar, olhe...

achamos que só acontece aos outros e que não acontece a nós, mas infelizmente...

Depois deste senhor nunca mais teve relações sexuais com ninguém, apesar de ter continuado a ir aos bailes. Em 2013 descobriu que estava infetada pelo VIH/SIDA, o que foi um choque.

Não sei se foi castigo, não sei... Foi a mesma coisa que me tivessem dado uma estalada, foi uma bomba, foi uma coisa que caiu para cima da minha cabeça, que até hoje eu pergunto “porquê a mim? Porquê?” Só pensava meus Deus eu não mereço. Ainda se eu tivesse feito como a fulana que ia com qualquer um. Eu até estava para balanço, como eu dizia. Eu não fiz para merecer. PORQUÊ?!? Para mim foi uma bomba caída do céu. Eu estive dois ou três dias sem conseguir chorar, porque eu não conseguia, entrei em choque, fiquei, respondia, era uma máquina. Eu ainda estou muito baralhada, eu estou com uma depressão. Não sei o que fazer, estou perdida. Eu estou mesmo perdida, perdi o chão. Cá estou eu com essa bomba, a minha é a maior bomba, porque é para toda a vida.

A sua vida alterou-se quando começou a adoecer, deixou de trabalhar e de ir aos bailes. Conta com o apoio de uma das filhas, que esteve presente quando recebeu a notícia.

Análise das categorias de McAdams. *Tom narrativo:* o tom narrativo de PF3♀ é revestido de misticismo e apresenta tonalidades maioritariamente pessimistas. A sua história enquadra-se no tipo da tragédia, sendo a narradora vítima dos “azares” do destino que não controla, em todas as áreas da sua vida. No que respeita à sexualidade surge um padrão: encantamento nas relações amorosas seguido de desilusão.

Imagética: a história de PF3♀ é pontuada por referências corporais ligadas à descoberta da infeção pelo VIH/SIDA, aos bailes que frequenta desde a adolescência (dança e rituais de conquista) e à sua sexualidade.

Linhas temáticas: a existência de conflitos é uma constante na narrativa de PF3♀. O foco principal da narrativa é colocado nas relações amorosas e nos infortúnios associados às mesmas. As motivações de PF3♀ parecem ambíguas, por um lado, o predomínio da iniciativa pois sempre lutou por seguir o seu próprio caminho, ser independente, não ter que depender de nenhum homem e na sua capacidade de superar os obstáculos, por outro, verificamos que predominou a comunhão, pois as relações amorosas e a procura de um novo parceiro dominaram a sua vida. Deixa transparecer no

seu relato a angústia que sente por todos os “azares” que lhe aconteceram. Contudo, refere com orgulho que os seus filhos estão com as suas vidas organizadas.

Setting ideológico: recorre frequentemente a um certo misticismo para explicar o que tem dificuldade em assumir ou em explicar racionalmente. Desde jovem que assumiu atitudes de rebeldia tanto na família como com as relações amorosas que teve ao longo da vida, não se resignando às regras que lhe tentaram impor.

Tabela 28. *Episódios nucleares da História de Vida de PF3♀*

	Episódios Nucleares	Idade Episódio	Tom narrativo
Episódio 1	Casamento	21 anos	Drama
Episódio 2	Nascimento 1º filho	22 anos	Comédia
Episódio 3	Veio para Portugal	28 anos	Tragédia
Episódio 4	Separação do marido	28 anos	Drama
Episódio 5	Nascimento 2ª filha	28 anos	Romance
Episódio 6	Nascimento 3ª filha	35 anos	Comédia
Episódio 7	Morte do companheiro (pai da 3ª filha)	55 anos	Tragédia
Episódio 8	Descoberta da condição de seropositividade	65 anos	Drama

Imagos: apesar da alternância entre uma orientação mais individualista e uma mais ligada à comunhão na narrativa de PF3♀, parece que tanto a iniciativa quanto a comunhão são baixas, surgindo como imago principal o da sobrevivente, que vai enfrentando as fatalidades que atravessam o seu destino. Contudo, surge também o imago da amante, pelas várias relações amorosas relatadas e associado a este surge um imago ligado ao hedonismo, quando refere os bailes.

Generatividade e avaliação narrativa: estas dimensões não são quase visíveis na narrativa de PF3♀.

Análise das categorias da teoria do controlo de Heckhausen e Schulz. Verifica-se que PF3♀ após conhecimento da sua condição de seropositividade utilizou sobretudo o controlo secundário como recção à doença, tendo deixado de trabalhar e de ser sexualmente ativa.

Análise das categorias da teoria da crise de Caplan. PF3♀ encontra-se na segunda fase descrita por Caplan, dado que relata ansiedade e depressão provocadas pelo conhecimento da infecção VIH/SIDA.

Análise das categorias da teoria do processo de luto de Kubler-Ross. Verifica-se no discurso de PF3♀ que oscila entre as fases da raiva, da negociação e da depressão. Denota alterações de humor e questiona-se porque ficou infetada, sendo, também, invadida por sentimentos de culpa.

Análise Sintática. O discurso de PF3♀ oscila entre um colorido positivo, quando refere os bailes que frequenta desde a adolescência e algumas das suas relações ocasionais, e um colorido predominantemente negativo quando se foca na infeção pelo VIH/SIDA, no trabalho e nos parceiros sexuais regulares/fixos. Ressaltam como tonalidades positivas do discurso expressões como “divertida”, “gostava de dançar”, “bailes”, “festas”, “amiguinhos”, “Deus ajudou-me”, “sonhava”, “independente”, “amor”, “namorar”, “sorte”, “maravilhoso”, “beijo”, “fazia o que eu gostava”. E como tonalidades negativas “rebaixar”, “guerra”, “maluquinha”, “embebedar-me”, “separada”, “preconceito”, “tinha pouca sorte”, “faleceu”, “infelizmente”, “friamente”, “arrependida”, “portei-me mal”, “castigo”, “cozinhava por obrigação”, “afastou-me”, “fugir”, “perseguir”, “bomba”, “adoeço”, “febres”, “pior”, “ferida”, “não comia”, “já não bebia água”, “doença”, “pior”, “sentir tão mal”, “tonturas”, “morrer”, “eu não estou bem”, “desagradável”, “piorei”, “nervosa”, “choque”, “morreu”, “falecer”, “fraquejar”, “baralhada”, “depressão”, “complicado”, “perdida”, “perdi o chão”, “dor de cabeça”, “tensão alta”, “traição”, “doente”, “chocava”, “azares”.

Análise das categorias Permissividade, Comunhão, Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco. A partir do conteúdo do Anexo H pode inferir-se que PF3♀ revelou ser permissiva, ter atitudes concordantes com a Comunhão e adotar CSR antes da infeção (pela não utilização do preservativo e pelos múltiplos parceiros sexuais ocasionais). Porém, depois do conhecimento da sua condição de seropositividade optou pela abstinência sexual. Antes da infeção pelo VIH/SIDA não tinha Conhecimento quanto às formas de transmissão da mesma, situação que se alterou depois do diagnóstico e do acompanhamento médico. Antes do diagnóstico não se considerava como estando em risco de contrair a infeção pelo VIH/SIDA, acreditando que esta era uma doença própria dos toxicod dependentes e prostitutas.

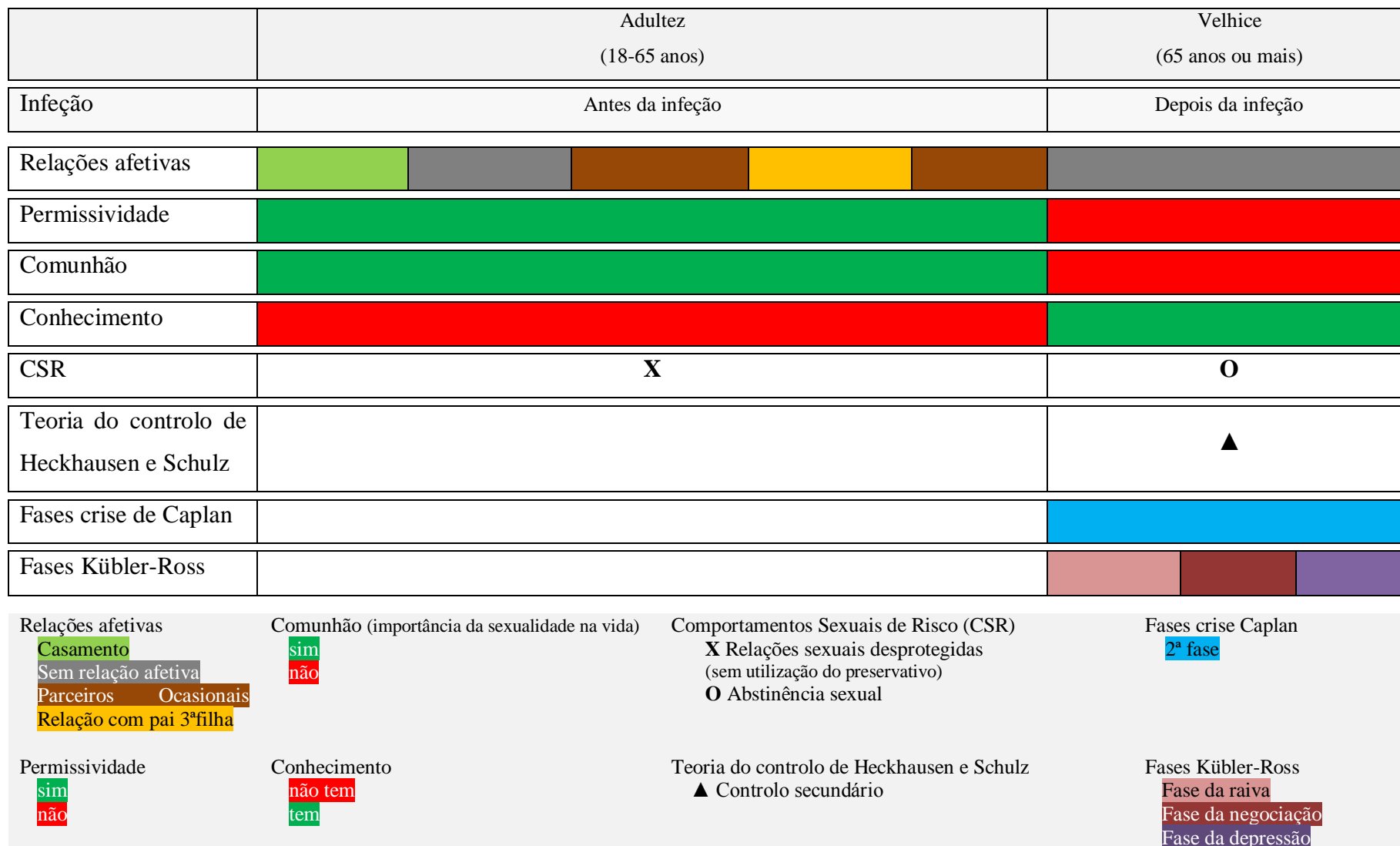


Figura 10. Biograma da história de vida de PF3♀.

13.1.4. A história de PF4♀.

Tabela 29. *Dados de Caracterização de PF4♀*

Idade	64 anos
Género	Feminino
Nacionalidade	Angolana
Habilitações Literárias	3ª classe
Profissão	Doméstica (nunca trabalhou)
Meio de residência	Urbano
Estado civil	Divorciada
Filhos	8
Religião	Católica praticante
Data de diagnóstico VIH	2012
Modo de transmissão	Via heterossexual (pelo marido que tinha relações extraconjugais)
Comportamentos Sexuais de Risco ^a	2 (moderado)
Conhecimento ^a	1 (não tem conhecimento)
Permissividade ^a	2.26 (percentil 25)
Comunhão ^a	1.76 (percentil 10)
Número de parceiros sexuais	2 (pai da 1ª filha e marido)

Nota. ^aClassificações obtidas a partir da operacionalização destas variáveis no Estudo 2 da Parte I deste trabalho.

Análise Cronológica. PF4♀ tem 64 anos e é natural de Angola. Com 19 anos teve o seu primeiro namorado mas não iniciou logo a sua vida sexual. Conta que só teve um namorado com esta idade porque não frequentava festas, dado que a família tinha muitas dificuldades financeiras e tinha vergonha de não ter um vestido bonito para levar. Com 22 anos teve outro namorado com quem teve a sua primeira relação sexual e com quem teve a primeira filha, o qual, como era casado, não quis assumir nenhum compromisso. Por essa razão, PF4♀ foi viver com a mãe e durante cinco anos não teve qualquer relacionamento com medo de engravidar novamente.

Com 21 arranjei o bebé e eu pensei se eu me envolver com mais alguém vou arranjar outro filho. E fui para a minha mãe que também estava separada, a

puxar na enxada com a minha mãe, aguentei isso tudo, até aparecer esse senhor, o pai dos meus outros meninos.

Entretanto conheceu aquele que viria a ser o seu marido (português de Viseu mas que vivia em Angola) e pai dos seus outros sete filhos. Casaram mas PF4♀ conta que o marido tinha muitas relações extraconjugais e que foi vítima de violência doméstica.

Pegava-me na cabeça e batia na parede e punha-me sobressaltada, ficava agitada, eu tremia, me punha fora de casa. Se fosse aqui em Lisboa eu morria com frio. O bom é que em Angola é quente, eu ficava na praia, cavava na areia e dormia, e estive assim durante muitos anos a aguentar isto.

Nunca trabalhou fora de casa, tendo sido sempre doméstica, e dependente do marido. Atualmente está em processo de divórcio, mas está separada do marido há cinco anos. Vive com um dos filhos que a sustenta financeiramente, visto que PF4♀ nunca trabalhou e não tem rendimentos próprios. Fala dos filhos com muito orgulho e como sendo a sua base de suporte.

Relata que sempre viveram momentos difíceis e com muitas dificuldades em Angola, sendo que teve que mandar os filhos para Portugal, ao cuidado da avó paterna, dado que PF4♀ e o marido não tinham condições para os sustentar.

Em 2004 o marido descobriu que estava infetado pelo VIH/SIDA mas não revelou nada a PF4♀.

Ele começou a arranjar mulheres (...) continuava a ter mulheres fora e depois apanhou essa infeção (...) Afinal ele tinha essa doença, mas não me dizia nada e eu continuava a ter relações com ele, mas eu não sabia. Ele não me contava que tinha essa doença que passou a mim. Nunca usei essa camisinha. (...) e eu continuava a ter relações com ele, mas eu não sabia Dra., mas ele podia-me ter dito: - estou nessas condições. Mas não Dra., para eu me prevenir.

PF4♀ só descobriu que também estava infetada em 2012, quando apareceram os primeiros sintomas. Pretende ficar a viver com os filhos, ter dinheiro para regressar a Angola e vir às consultas a Lisboa sempre que seja necessário. Afirma que não quer mais nenhuma relação afetiva com ninguém.

Não tenho ninguém, desde que eu me separei nunca tive ninguém, não dava por causa dos meus filhos, e depois também parece mal uma mais velha ainda namorar, não dá dra. Os meus filhos disseram-me, antes de eu saber disto: - a mãe tem de arranjar alguém. Mas estou muito bem assim. Dinheiro eles me dão, aquilo que eu preciso, comida eles me dão. Tenho tudo o que eu preciso. Fico assim até ao meu final.

Análise das categorias de McAdams. *Tom narrativo:* o tom narrativo que atravessa a narrativa de PF4♀ é maioritariamente pessimista, tendo adotado ao longo da sua vida o conformismo e a resignação. Mostra-se muito indefesa e dependente, pois como nunca trabalhou e dependia financeiramente do marido que a maltratava, parecendo nunca ter encontrado uma alternativa para a sua vida. A tragédia marca a sua HV, sendo a narradora vítima do destino. Não tinha a visão de que as coisas pudessem ser diferentes, como tal resignou-se. Atualmente, apesar de separada do marido, está dependente dos filhos. O tom de lamento surge ao longo de toda a narrativa.

Imagética: os coloridos imagéticos mais visíveis na narrativa de PF4♀ relacionavam-se com a evocação da pobreza que viveu durante a sua infância, as marcas deixadas pela relação com o marido e pela infeção pelo VIH/SIDA.

Linhas temáticas: PF4♀ revelou uma baixa iniciativa, sendo a linha temática predominante a comunhão. Demonstrou uma constante busca de comunhão, procurando o amor e o afeto, mesmo que isso implicasse sacrifícios da sua parte. Isto é particularmente evidente na forma como vivenciou as duas relações amorosas que teve. Há uma orientação clara para a comunhão traduzida no cuidado que dedicou à família toda a sua vida, abdicando de si e colocando o bem-estar dos seus filhos em primeiro plano.

Setting ideológico: o setting ideológico que domina a HV de PF4♀ é de cariz religioso, assumindo-se como católica praticante, o que influencia a sua visão da vida, valores e moralidade. Isto é particularmente visível quando refere que “parece mal” ter outra relação depois de se ter divorciado e por ser velha.

Tabela 30. *Episódios nucleares da História de Vida de PF4♀*

	Episódios Nucleares	Idade Episódio	Tom narrativo
Episódio 1	Nascimento da primeira filha	22 anos	Drama

(continua)

Tabela 30. *Episódios nucleares da História de Vida de PF4♀* (continuação)

	Episódios Nucleares	Idade Episódio	Tom narrativo
Episódio 2	Casou com o pai dos outros sete filhos	27 anos	Drama
Episódio 3	Descoberta do diagnóstico de infeção pelo VIH/SIDA	64 anos	Tragédia

Imagos: os imagos de PF4♀ oscilam entre o da cuidadora e o da sobrevivente, muito associados ao papel da mulher que tem enraizado, acreditando que deve sacrificar-se em prol da família. Como resultado da conjugação entre estes dois imagos, contata-se que não teve um papel ativo na trajetória da sua vida, parecendo que esta lhe foi imposta e apenas a aceitou, sem questionar.

Generatividade e avaliação narrativa: o grande feito generativo de PF4♀ foi ter tido oito filhos, referindo-se a eles com orgulho por terem estudado. Revela alguma amargura pelo seu passado. Embora não se refira explicitamente à temática da morte, associa-lhe a sua doença, não tendo grande esperança de viver muitos mais anos. Como sobrevivente que é, contenta-se apenas em ter satisfeitas as suas necessidades básicas.

Análise das categorias da teoria do controlo de Heckhausen e Schulz. Verifica-se que PF4♀ após conhecimento da sua condição de seropositividade utilizou sobretudo o controlo secundário como recção à doença, tendo deixado de ser sexualmente ativa.










Análise das categorias da teoria da crise de Caplan. PF4♀ encontra-se na primeira fase descrita por Caplan, dado que não acionou mais do que os seus habituais mecanismos de *coping* para enfrentar a sua condição de seropositiva.

Análise das categorias da teoria do processo de luto de Kubler-Ross. PF4♀ encontra-se na fase de isolamento, acreditando que assim consegue proteger os outros do seu mal.

Análise Sintática. Discurso marcado por tonalidades predominantemente negativas como se pode constatar pelas expressões utilizadas ao longo da narrativa como: “separei-me”, “batia”, “sobressaltada”, “agitada”, “tremia”, “morria com frio”, “sentir mal”, “magra”, “aguentei”, “porrada”, “infeção”, “mata”, “perigo”, “doença”.

Análise das categorias Permissividade, Comunhão, Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco. A partir do conteúdo do Anexo H pode inferir-se que PF4♀ revelou ao longo do seu percurso de vida não ser permissiva nem ter atitudes

concordantes com a Comunhão (enquanto importância da sexualidade na vida), independentemente da sua condição de seropositividade. Antes do diagnóstico não se considerava como estando em risco de contrair a infecção pelo VIH/SIDA. Demonstrou não ter Conhecimento quanto às formas de transmissão da infecção antes e depois do diagnóstico, e, por último, revelou adotar CSR antes da infecção, ao não utilizar o preservativo com o marido, contudo desconhecia as infidelidades deste. Atualmente não incorre em CSR, visto que optou pela abstinência sexual. Ao longo da sua vida teve dois parceiros sexuais, o pai da primeira filha e o pai dos seus sete outros filhos.

	Adulcez (18-65 anos)	Velhice (65 anos ou mais)
Infeção	Antes da infeção	Depois da infeção
Relações afetivas	  	
Permissividade		
Comunhão		
Conhecimento		
CSR	X	O
Teoria do controlo de Heckhausen e Schulz		▲
Fases crise de Caplan		
Fases Kübler-Ross		

<p>Relações afetivas</p> <p>Relação com o pai da 1ª filha</p> <p>Sem relação afetiva</p> <p>Casamento com o pai dos outros 7 filhos</p>	<p>Comunhão (importância da sexualidade na vida)</p> <p>não</p>	<p>Comportamentos Sexuais de Risco (CSR)</p> <p>X Relações sexuais desprotegidas (sem utilização do preservativo)</p> <p>O Abstinência sexual</p>	<p>Fases crise Caplan</p> <p>1ª fase</p>
<p>Permissividade</p> <p>não</p>	<p>Conhecimento</p> <p>não tem</p>	<p>Teoria do controlo de Heckhausen e Schulz</p> <p>▲ Controlo secundário</p>	<p>Fases Kübler-Ross</p> <p>Fase da negação e isolamento</p>

Figura 11. Biograma da história de vida de PF4♀.

13.1.5. A história de PM5♂.

Tabela 31. *Dados de Caracterização de PM5♂*

Idade	73 anos
Género	Masculino
Nacionalidade	Moçambicano (caucasiano)
Habilitações Literárias	11º ano
Profissão	Contabilista
Meio de residência	Urbano
Estado civil	Solteiro
Filhos	Não tem
Religião	Católico não praticante
Data de diagnóstico VIH	2002
Modo de transmissão	Via homossexual (parceiros sexuais ocasionais)
Comportamentos Sexuais de Risco ^a	1 (nulo)
Conhecimento ^a	2 (tem conhecimento)
Permissividade ^a	3.05 (percentil 50)
Comunhão ^a	2.29 (percentil 40)
Número de parceiros sexuais	Mais de 10

Nota. ^aClassificações obtidas a partir da operacionalização destas variáveis no Estudo 2 da Parte I deste trabalho.

Análise Cronológica. PM5♂ nasceu e viveu em Moçambique até aos 67 anos. Com seis anos foi para a escola primária. Concluída a escola primária, ingressou na escola comercial, mas como era um *cábula* chumbou e, então, o pai obrigou-o a ir trabalhar. Concluiu a escola comercial à noite enquanto trabalhava. O percurso profissional foi diversificado até que se tornou contabilista, profissão que manteve até se reformar com 60 anos.

A sua primeira relação foi homossexual e aconteceu quando tinha 15/16 anos, *foi quando me despertou mais o interesse*. Nunca teve uma relação amorosa homossexual comprometida, apenas viveu junto uma vez, mas *foram apenas meia dúzia de meses, nada de especial, não há paciência*. Ao longo da sua vida optou por ter parceiros sexuais ocasionais: *Eu tive muitas aventuras... era um bocado galdério, gostava de passear, viajar, aproveitar a vida*. Gostava muito de viajar e de ser livre e por isso *ia*

aproveitando a vida. Eu não procurava, fazia quando acontecia, quando acontecia a oportunidade, não andava à procura para ai. Afirma que sempre viveu bem, sem dificuldades financeiras e aproveitando a vida ao máximo. Atualmente diz, estou todo empenado e já gozei tudo o que tinha a gozar.

Descobriu que estava infetado pelo VIH/SIDA quando tinha 62 anos, em exames de rotina, realizados em Portugal, e não estava à espera, pois apesar de ser uma pessoa que estava informada quanto às formas de transmissão da infeção, nunca teve muito cuidado por considerar que só acontecia aos outros.

O meu mal foi não ter percebido que se acontece aos outros também me pode acontecer a mim. Eu vou com alguém, eu não sei como é que está a pessoa, não é? Se estivesse escrito na testa eu não ia. Eu ouvia falar da doença, que acontecia em certas pessoas, um deles um cantor que morreu, o António Variações. Eu sabia que era preciso ter precauções. Agora utilizo sempre o preservativo, mas só depois de saber que estava infetado, antes não.

O choque foi por isso grande quando o médico lhe comunicou a sua condição de seropositividade. Atualmente vive em Portugal, e sozinho, mantendo apenas contacto com a irmã e umas sobrinhas netas. Nunca revelou o seu estado clínico a outras pessoas.

Nunca contei a ninguém. Eu tenho família mas não conto, não arrisco, não sei se iriam perceber. é assim, não é esconder, mas... Eu sou do Sporting, eu não tenho que dizer a ninguém que sou do Sporting, eu gosto do azul não há ninguém a dizer que gosta. Quando algum médico me pergunta quando eu vou às urgências, eu digo logo que tenho HIV, aliás eu tenho aqui a receita e medicamentos para o HIV e não escondo e mostro, mas às outras pessoas... Ai eu tenho SIDA, ai eu fiz uma operação ao rim, ai... são coisas que quando eu tiver que dizer, como contei aqui à Sra. Dra., mas estamos num contexto diferente, não é conversa de café, para fazer com um amigo, ou amiga ou família ou coisa assim.

Continua sexualmente ativo, ainda que com menor frequência, e utiliza o preservativo.

Às vezes posso ter assim um bocadinho mais de interesse e ter prazer, mas já não é aquela loucura. O ato sexual acontece, não ando a procurar. Se sucedeu, sucedeu. Já gozei tudo o que tinha a gozar, já não é possível, pois não dra.? Sou sexualmente activo. Fui diminuindo a atividade sexual mas acho que não teve a ver com a infeção, é maneira de ser. Quer dizer logo depois de saber que tinha, houve um interregno, mas agora não. Agora utilizo sempre o preservativo, mas só depois de saber que estava infetado.

Análise das categorias de McAdams. Tom narrativo: o tom narrativo predominante na história de PM5♂ é de otimismo, descrevendo a sua vida como uma diversão, uma comédia, alternando, por vezes, com um tom dramático quando descreve a velhice e a sua doença.

Imagética: as referências corporais presentes na narrativa de PM5♂ estão relacionadas com as doenças e operações que atravessaram a sua vida (artrite que lhe dificulta a mobilidade, operação por pancreatite aguda tendo deixado uma enorme cicatriz no corpo e recentemente a infeção pelo VIH/SIDA). Contudo, estas referências não são prevalentes na sua narrativa.

Linhas temáticas: a linha temática predominante de PM5♂ parece ser a iniciativa, revelando uma perspetiva individualista. A sua motivação principal sempre foi a busca do seu próprio prazer e a sua realização profissional.

Setting ideológico: afirma ser protestante e bastante devoto, ainda que não praticante, verificando-se que a religião não assume na vida de PM5♂ um carácter preponderante. A busca de tolerância e aceitação para a sua condição de homossexual não foi encontrada na Igreja. Constrange-o a intolerância e incompreensão da sociedade na aceitação da sua sexualidade, e revela uma certa angústia e falta de esperança de que estes preconceitos se alterem no presente e futuro. Deixa transparecer um certo misticismo ao revelar que é metódico por ser do signo Capricórnio (isto é várias vezes referido no seu discurso).

Tabela 32. *Episódios nucleares da História de Vida de PM5♂*

	Episódios Nucleares	Idade Episódio	Tom narrativo
Episódio 1	Começou a trabalhar e estudava à noite	16 anos	Romance
Episódio 2	Reformou-se da função de contabilista	60 anos	Drama
Episódio 3	Descoberta do diagnóstico de infeção pelo VIH/SIDA	62 anos	Tragédia
Episódio 4	Veio viver para Portugal	67 anos	Drama

Imagos: o imago principal de PM5♂ é o do boémio, com iniciativa mas sem comunhão, levando uma vida despreocupada e ligada ao hedonismo, em que o prazer individual é uma prioridade. Procurou aproveitar a vida fazendo inúmeras viagens e tendo vários parceiros sexuais ocasionais, nunca se comprometendo com ninguém.

Generatividade e avaliação narrativa: PM5♂ não constituiu família (ausência de descendência), não revelando preocupação com o legado que irá deixar. Os seus feitos generativos passam pela sua realização pessoal ao longo da vida (trabalho e vida social). Há uma certa nostalgia do passado ativo e feliz, pelo que agora revela desesperança no futuro que se aproxima com a velhice e a evolução da infeção pelo VIH/SIDA. Acredita que já não tem mais para viver e aproveitar, crendo num futuro enfadonho.

Análise das categorias da teoria do controlo de Heckhausen e Schulz. Após conhecimento do diagnóstico de infeção pelo VIH/SIDA, PM5♂ recorreu ao controlo secundário, deixando de fazer férias em Quarteira e tendo vindo viver definitivamente para Portugal.

Análise das categorias da teoria da crise de Caplan. PM5♂ encontra-se na primeira fase descrita por Caplan após conhecimento da sua condição de seropositividade, tendo ativado, apenas, os seus mecanismos de *coping* habituais.

Análise das categorias da teoria do processo de luto de Kubler-Ross. Perante a situação de seropositividade, PM5♂ optou pelo isolamento como forma de enfrentar a doença, não tendo revelado a ninguém que estava infetado.

Análise Sintática. O discurso de PM5♂ é pouco emotivo, marcadamente racional e descritivo, pelo que foram identificadas poucas tonalidades positivas (“vivia bem”, “aproveitar a vida”, “gozei”, “viajar”) e negativas (“empenado”, “não posso ir”, “artrite”, “complicações da doença”, “operação”, “cicatriz”, “pancreatite aguda”, “chumbei”, “morreu”, “sozinho”).

Análise das categorias Permissividade, Comunhão, Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco. A partir do conteúdo do Anexo H pode inferir-se que PM5♂ revelou ser permissivo, ter atitudes concordantes com a Comunhão (enquanto importância da sexualidade na vida) e adotar CSR antes do diagnóstico da infeção pelo VIH/SIDA (pela não utilização do preservativo e pelos múltiplos parceiros sexuais ocasionais). Antes do diagnóstico não se considerava como estando em risco de contrair a infeção pelo VIH/SIDA, apesar de acreditar que esta era uma doença própria dos homossexuais. Contudo, depois do conhecimento da sua condição de seropositividade, apesar de se manter permissivo e com atitudes concordantes com a Comunhão, diminuiu a frequência da atividade sexual e começou a utilizar preservativo. Demonstrou ter Conhecimento quanto às formas de transmissão da infeção antes e depois do diagnóstico. Quanto às fontes de informação referiu que antes do diagnóstico

era a televisão, e depois do diagnóstico a informação passou a ser transmitida pelo médico assistente.

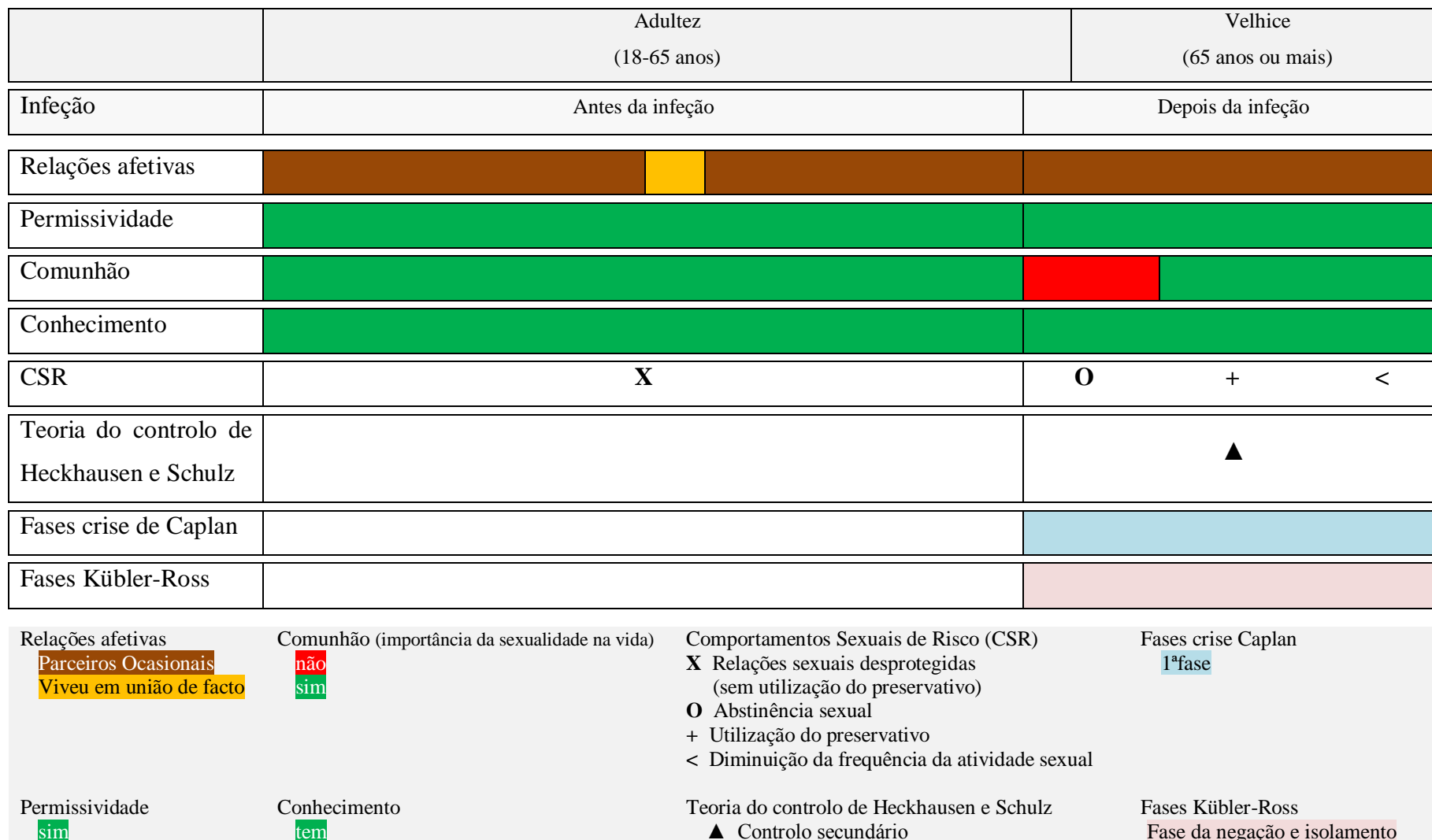


Figura 12. Biograma da história de vida de PM5♂.

13.1.6. A história de PM6♂.

Tabela 33. *Dados de Caracterização de PM6♂*

Idade	75 anos
Género	Masculino
Nacionalidade	Portuguesa
Habilitações Literárias	Analfabeto
Profissão	Reformado. Trabalhou como pastor, agricultor, operário da construção civil e feirante
Meio de residência	Urbano
Estado civil	Divorciado mas em união de facto com a mulher
Filhos	3 filhas
Religião	Ateu
Data de diagnóstico VIH	2012
Modo de transmissão	Via heterossexual (parceiras sexuais ocasionais)
Comportamentos Sexuais de Risco ^a	3 (elevado)
Conhecimento ^a	2 (tem conhecimento)
Permissividade ^a	3.71 (percentil 65)
Comunhão ^a	3.38 (percentil 95)
Número de parceiros sexuais	Mais de 10

Nota. ^aClassificações obtidas a partir da operacionalização destas variáveis no Estudo 2 da Parte I deste trabalho.

Análise Cronológica. PM6♂ nasceu em abril de 1938, em Montemor-o-Novo, e conta que, na altura, vivia muito mal e que *a pobreza era muita e havia muita fome (...)* *as pessoas iam descalças para a escola.* Relata que andava de porta em porta a pedir pão para não passar fome. Oriundo de uma família de nível socioeconómico baixo, é o mais novo de uma fratria de quatro irmãos e não tem qualquer tipo de escolaridade: *sou um analfabeto que para aí ando, os outros são mais espertos do que eu e sabem... posso é não saber falar.* Conta que a sua história de vida se resume ao trabalho, pois foi aquilo que sempre teve que fazer para sobreviver. Viveu com os pais até aos 15 anos e era guardador de gado desde muito novo como pai, contudo fugiu de casa depois de um desentendimento com este e foi para casa de uma irmã que vivia lá perto, onde residiu alguns anos.

A sua primeira relação sexual foi com 16 anos e foi com a primeira mulher com quem viria a casar. Compara o tempo do Salazar em que havia miséria, vergonha e medo, com a atualidade em que se vê *beijos e beijos por essas ruas, por qualquer lado. Hoje pouca vergonha há.* Com cerca de 18 anos, viveu durante um ano e meio *com uma rapariga lá do Vimieiro*, mas os desentendimentos e conflitos surgiram e resolveu *deixá-la*. Tiveram uma filha que, hoje, tem cerca de 54 anos. Regressou a casa da irmã, e esteve casado com uma *rapariga de Montemor* durante *uns poucos de anos*. Com esta rapariga casou mesmo, porque *ela não era dessas de se ajuntar, casei-me mesmo pela igreja*. Nesta altura arranjou trabalho num hotel que estava a ser construído no Algarve e esteve lá cerca de três anos com a mulher.

Ainda no Algarve, esta sua mulher adoeceu com um cancro, mas PM6♂ teve que ir para Alfragide em trabalho (na área da construção civil) e a mulher regressou à *terra* (Alentejo). Entretanto, ela teve que ser internada em Lisboa e PM6♂ desorientado e sem saber o que fazer pelo prognóstico que os médicos deram, resolveu *roubar* a mulher do hospital e levá-la para a *terra*, contudo esta acabou por falecer. Tiveram uma filha que *deve ter* atualmente cerca de 50 anos e que, após a morte da mãe, foi viver com a avó (sogra de PM6♂).

Mais tarde voltou a casar, com uma senhora dois anos mais velha e foi viver para a Amadora, onde esteve 40 anos. Com ela teve a sua terceira filha, que *nasceu no dia 25 de abril de 1974*. Passados uns anos divorciou-se e foi viver com outra mulher, com quem esteve três anos. Mais tarde, voltou a viver com a ex-mulher da Amadora e com a filha e vivem até hoje em união de facto.

Ainda estou com ela, com esta estou e hei-de estar se Deus quiser. Hoje dou-me bem com a minha mulher. A minha mulher... não há muitas como ela. Eu se chegar agora a casa e disser “ai dói-me os pés ou pedir uma coisa assim”, ela vai arranjar um alguidar e vai-me lavar os pés. Nem todos as pessoas fazem assim, e a gente tem que dar valor a essa gente.

Constata-se, assim, que contrariamente àquilo que ocorreu com as outras parceiras, cuja relação começou bem e acabou mal (ainda que com a segunda por questões de saúde), com a atual mulher a relação, inicialmente, não resultou, mas recompôs-se.

PM6♂ teve três filhas, *só que é uma de cada mulher*, revelando pouco investimento na relação com elas.

Eu e as minhas filhas andamos assim um bocado desviados uns dos outros, elas fazem a vida delas e eu faço a minha. Uma mora ali em Montemor, falamos, mas só nos vemos assim de ano a ano. A do meio e a mais nova estão na Suíça. A mais nova já lá está há 12 anos. Tenho muitos netos: da mais velha são para ai uns quatro parece-me, três ou quatro, da do meio são dois. E a mais nova tem um. Até já tenho um bisneto, parece que é, da mais velha, ainda não conheço.

Esteve sempre ligado à construção civil até ao 25 de abril de 1974, altura em que decidi começar a trabalhar por conta própria (vendia antiguidades em feiras), e assim permaneceu durante mais de 30 anos, até à descoberta da infeção pelo VIH/SIDA, há menos de um ano, altura em que deixou de trabalhar. *Eu vendia na feira de Algés, de Alfragide, vendia em todo lado até há 1 ano quando adoeci. Fiquei com a minha reforma de 200 e tal euros e a minha mulher também está reformada por invalidez.* Apesar do analfabetismo, constata-se o elevado espírito de iniciativa ligado a questões de sobrevivência: muitas dificuldades ultrapassadas por esforço do próprio.

Quanto ao 25 de abril de 1974, PM6♂ abandonou o trabalho por conta de outrem por achar que em face das sucessivas greves que aconteceram poderia não ter vencimento suficiente para sustentar a família. Assume, aliás, um tom crítico no que respeita às consequências da Revolução.

Hoje há liberdade a mais, eu não gosto disso. Muita gente não soube aproveitar a liberdade. O 25 de abril não fez muito bem, podia ter sido feito mas com respeito, haver sempre autoridade com respeito, mas não ficou tudo ao contrário, não há respeito por ninguém. Mas agora temos uma vida melhor. Eu do 25 de abril para cá tive uma vida melhor do que aquilo que tinha. (...) Isto está mal e não vai para melhoras ou então têm que fazer como lá fora, é autoridade para cima e olha... não vale a pena fazerem barulho porque o mais pequeno é que fica sempre mal. Devia era haver uns governantes que pusessem as coisas no caminho, mas não é tudo para uns e nada para os outros, porque farto de miséria já os pobres estão ...

Quando soube do diagnóstico da infeção pelo VIH/SIDA, afirma ter sido um choque: *quando me disseram que tinha isto, eu nem sei explicar, eu fiquei aparvalhado e pensei “Será verdade?”, fiquei mesmo esparvoado. Ainda hoje parece que não é verdade.* Diz, também, não saber quem lhe transmitiu a infeção, se a anterior companheira ou outra pessoa.

Eu andei com essa mulher e depois disso sabe como é, nas feiras as mulheres metem-se... Eu fui um bocado vadio. É mais os que fazem do que os que não fazem. (...) Eu nunca usei preservativo na minha vida. Para mim isso não serve.

A mulher sabe da sua condição de seropositividade, mas não está infetada. PM6♂ ainda está sexualmente ativo, *mas com a minha mulher agora não tenho nada. Dantes era uma vez por semana, mas desde que soube que tinha isto, nunca mais.*

Análise das categorias de McAdams. *Tom narrativo:* o discurso de PM6♂ reflete um tom pessimista pelos conteúdos evocados relacionados com as dificuldades que foi atravessando ao longo da sua vida. Enquanto analfabeto, poucas oportunidades lhe foram dadas. Ainda, assim, foi sempre um lutador, trabalhando toda a vida. Demonstra vontade de viver e apesar de todas as dificuldades parece ter encontrado uma companheira que o satisfaz, e que estará consigo até ao fim.

A narrativa oscila entre a tragédia e o romance. O tom de tragédia surge quando conta acerca do aparecimento da infeção pelo VIH/SIDA, altura em que deixou de trabalhar. O trabalho era o que lhe dava força, alento e o preenchia. Aparenta, por vezes, ser inseguro e sofrer de um sentimento de inferioridade por ser analfabeto. O romance transparece, por vezes, no discurso de PM6♂ ao relatar como superou e enfrentou as dificuldades da vida, como uma espécie de herói.

Imagética: a narrativa contada por PM6♂ tem poucas referências corporais, porém as presentes centram-se no relato de miséria que experienciou durante a infância e adolescência. Surge, ainda, uma referência ao seu corpo fraco, de apenas 44kg, aquando do aparecimento da infeção pelo VIH/SIDA.

Linhas temáticas: a motivação principal da vida de PM6♂ é o trabalho e a família. Por um lado surge a iniciativa na persecução do objetivo de sustentar a família, tendo a sua vida sido dedicada ao trabalho, como forma de superar as dificuldades e de autorrealização, e, por outro, surge a comunhão na dedicação e amor pela família (mulher e filhas).

Setting ideológico: PM6♂ afirma não ter religião nem qualquer filiação política, contudo, o seu discurso foca várias vezes o antes e depois do 25 de abril de 1974. Tem um sentimento ambivalente face à revolução, pois se por um lado as condições de vida melhoraram, por outro, há liberdade a mais e falta de respeito que não existiam antigamente.

Tabela 34. *Episódios nucleares da História de Vida de PM6♂*

	Episódios Nucleares	Idade Episódio	Tom narrativo
Episódio 1	Fugiu de casa dos pais	15 anos	Romance
Episódio 2	União de facto e nascimento da 1ª filha	18 anos	Tragédia
Episódio 3	Casamento e nascimento da 2ª filha	25 anos	Comédia
Episódio 4	Viuvez	30 anos	Drama
Episódio 5	Voltou a casar	35 anos	Comédia
Episódio 6	Despediu-se do emprego na construção civil e começou a trabalhar por conta própria.	45 anos	Tragédia
Episódio 7	Deixou a mulher e viveu em união de facto com outra senhora.		Drama
Episódio 8	Voltou para a ex-mulher.		Comédia
Episódio 9	Descoberta do diagnóstico de infeção pelo VIH/SIDA	75 anos	Drama

Imagos: o imago principal desenvolvido por PM6♂ ao longo da vida foi o do sobrevivente (revelando um baixo nível de comunhão e um elevado nível de iniciativa), que tudo fez para manter e sustentar a família com o seu trabalho. Associado aparece também o imago do “chefe de família”.

Generatividade e avaliação narrativa: denota nesta fase da sua vida uma maior preocupação com o outro, neste caso com a sua mulher que lhe dedicou a vida e agora quer retribuir cuidando dela e reconhecendo-lhe o devido valor. Revisita a sua vida como de grandes sacrifícios, contudo sempre conseguiu que não lhe faltasse comida a si e aos seus, ao contrário da sua infância, afirmando que apesar de não ter nada, lá foi ganhando para comer. Apesar de ter três filhas, pouco as menciona na sua narrativa e, quando isso acontece, surge com um certo distanciamento.

Análise das categorias da teoria do controlo de Heckhausen e Schulz. Perante o conhecimento da sua condição de seropositividade e as circunstâncias que levaram à infeção (broncopneumonia), PM6♂ recorreu ao controlo secundário, tendo deixado de trabalhar.

Análise das categorias da teoria da crise de Caplan. PM6♂ está na primeira fase identificada por Caplan, pois os seus mecanismos de *coping* habituais foram suficientes para enfrentar o diagnóstico de infeção pelo VIH/SIDA.

Análise das categorias da teoria do processo de luto de Kubler-Ross. Verifica-se no discurso de PM6♂ uma negação parcial da doença ao dar pouca importância à gravidade da mesma.

Análise Sintática. O discurso de PM6♂ é marcado, fundamentalmente, por expressões de cariz negativo, estando presente ao longo da narrativa as dificuldades que atravessou ao longo de toda a sua vida. Destacam-se os termos “passei muito”, “miséria”, “maltratava”, “mal”, “nada”, “pobreza”, “fome”, “operado”, “nunca”, “ruim”, “estive muito mal”.

Análise das categorias Permissividade, Comunhão, Conhecimento e Comportamentos Sexuais de Risco. A partir do conteúdo do Anexo H pode inferir-se que PM6♂, quer antes quer depois do conhecimento da sua condição de seropositividade, revelou ser permissivo, ter atitudes concordantes com a Comunhão (enquanto importância da sexualidade na vida) e adoptar CSR (pela não utilização do preservativo e pelas múltiplas parceiras sexuais ocasionais), salvo com a atual mulher. Antes do diagnóstico não se considerava como estando em risco de contrair a infeção pelo VIH/SIDA e não tinha Conhecimento quanto às formas de transmissão da mesma, situação que se alterou depois do diagnóstico e do acompanhamento médico.

	Adulcez (18-65 anos)	Velhice (65 anos ou mais)
Infeção	Antes da infeção	
	Depois da infeção	
Relações afetivas		
Permissividade		
Comunhão		
Conhecimento		
CSR	X	
Teoria do controlo de Heckhausen e Schulz	▲	
Fases crise de Caplan		
Fases Kübler-Ross		
Relações afetivas	Comunhão (importância da sexualidade na vida)	Teoria do controlo de Heckhausen e Schulz
União de facto mãe 1ª filha Casamento mãe da 2ª filha Viuvez Casamento mãe da 3ª filha Divórcio União de facto União de facto ex-mulher	sim não tem tem	▲ Controlo secundário Fases crise Caplan 1ª fase
Permissividade	Comportamentos Sexuais de Risco (CSR)	Fases Kübler-Ross
sim	X Relações sexuais desprotegidas (sem utilização do preservativo)	Fase da negação e isolamento

Figura 13. Biograma da história de vida de PM6♂.

13.2. Análise Global das histórias de vida

Nesta análise consideraram-se apenas os conteúdos das HV individuais mais diretamente relacionados com a transição do antes para o depois do conhecimento do diagnóstico de infeção pelo VIH/SIDA.

13.2.1. Análise das categorias de McAdams. Observando a Tabela 35, e considerando como *episódio nuclear* o diagnóstico da infeção verificou-se que o *tom narrativo* de todos os participantes, conforme esperado, foi pessimista (drama e tragédia), com exceção de PF1♀.

Quanto às *linhas temáticas*, verificou-se que as histórias narradas por mulheres favoreciam a comunhão, com exceção de PF3♀. Nos homens verificou-se em ambos os casos uma baixa comunhão e uma elevada iniciativa.

Tabela 35. *Tom Narrativo, Linhas Temáticas e Análise Sintática por Participante de Acordo com o Episódio do Diagnóstico de Infeção e da Idade em que Ocorreu o Episódio*

Episódio: Diagnóstico de infeção					
Participantes	Idade	Tom	Linhas Temáticas		Análise
	episódio	narrativo	iniciativa	comunhão	sintática
PF1♀	55 anos	Romance	Baixa	Elevada	Tonalidades negativas
PF2♀	57 anos	Drama	Baixa	Elevada	Tonalidades negativas
PF3♀	65 anos	Tragédia	Baixa	Baixa	Tonalidades negativas
PF4♀	63 anos	Tragédia	Baixa	Elevada	Tonalidades negativas
PM5♂	62 anos	Drama	Elevada	Baixa	Tonalidades negativas
PM6♂	74 anos	Tragédia	Elevada	Baixa	Tonalidades negativas

A *imagética* remeteu maioritariamente para referências corporais associadas a doenças e à infeção pelo VIH/SIDA, existindo um predomínio nos discursos das mulheres comparativamente ao dos homens. Surgiram também referências associadas à pobreza no caso de PF4♀ e PM6♂.

Apreciando o *setting ideológico* das narrativas, constatou-se que a religião funcionou como suporte para a maioria dos participantes, com exceção de PM6♂ que se assume como ateu.

Os *imagos* que surgiram nas narrativas foram no caso do género feminino o da vítima (PF1♀ e PF2♀), o da sobrevivente (PF3♀ e PF4♀), o da cuidadora (PF4♀) e o

da amante (PF3♀), e no caso género masculino o do boémio (PM5♂) e o do sobrevivente (PM6♂).

Quanto às categorias *generatividade* e *avaliação narrativa* não tiveram grande expressão na maioria das HV dos participantes, ainda que se tenham destacado as ideias de morte (PF4♀) e de desesperança no futuro (PM6♂) associadas à infeção.

13.2.2. Análise das categorias da teoria do controlo de Heckhausen e Schulz.

Todos os participantes, após conhecimento da sua condição de seropositividade, recorreram ao controlo secundário, tendo nuns casos deixado de trabalhar (PF3♀, PM6♂), e noutros, optado pela abstinência sexual (PF2♀, PF3♀, PF4♀). Apenas PF1♀, recorreu inicialmente ao controlo secundário, mas posteriormente ao controlo primário, tendo encontrado uma nova rede de suporte (Igreja) e um novo companheiro.

13.2.3. Análise das categorias da teoria da crise de Caplan e da teoria do processo de luto de Kübler-Ross.

Com base na Tabela 36, pode verificar-se que os homens, independentemente do tempo de conhecimento da sua condição de seropositividade, encontravam-se na primeira fase da teoria de Caplan e na fase da negação e isolamento do processo de luto de Kübler-Ross. As mulheres oscilaram entre a primeira, segunda e terceira fase da teoria de Caplan, e tal como nos homens PF1♀ e PF4♀ também se encontravam na fase da negação e isolamento, independentemente do tempo de conhecimento da sua condição de seropositividade. A fase da depressão é comum a duas participantes (PF1♀ e PF3♀) e a fase da raiva surgiu em três participantes (PF1♀, PF2♀ e PF3♀).

Tabela 36. *Fases da Teoria da Crise de Caplan e da Teoria do Processo de Luto de Kübler-Ross por Participante de Acordo com o Tempo de Diagnóstico da Infeção*

Participantes	Tempo de diagnóstico da infeção	Teoria da crise de Caplan	Teoria do processo de luto de Kübler Ross
PF1♀	6 anos	Fases 2 e 3	Fases da depressão, raiva e negação
PF2♀	10 anos	Fase 2	Fase da raiva

Nota. Fase 1 = ativação dos habituais mecanismos de *coping*; fase 2 = a não resolução do problema provoca tensão, ansiedade e zanga; fase 3 = criação de novos mecanismos de *coping*.

(continua)

Tabela 36. *Fases da Teoria da Crise de Caplan e da Teoria do Processo de Luto de Kübler-Ross por Participante de Acordo com o Tempo de Diagnóstico da Infecção* (continuação)

Participantes	Tempo de diagnóstico da infecção	Teoria da crise de Caplan	Teoria do processo de luto de Kübler Ross
PF3♀	6 meses	Fase 2	Fases da raiva, negociação e depressão
PF4♀	3 meses	Fase 1	Fase da negação e isolamento
PM5♂	10 anos	Fase 1	Fase da negação e isolamento
PM6♂	8 meses	Fase 1	Fase da negação e isolamento

Nota. Fase 1 = ativação dos habituais mecanismos de *coping*; fase 2 = a não resolução do problema provoca tensão, ansiedade e zanga; fase 3 = criação de novos mecanismos de *coping*.

13.2.4. Análise sintática. O momento de descoberta da condição de seropositividade, bem como a adaptação à infecção revestem-se de uma coloração negativa para todos os participantes, com exceção de PF1♀ e PM5♂ que denotam uma coloração positiva no discurso quando se referem à adaptação à condição de seropositividade.

13.2.5. Análise categorial temática grupal: determinantes da infecção pelo VIH/SIDA. *A.1: Atitudes sexuais antes do diagnóstico: Permissividade.* Quanto à Permissividade antes do diagnóstico, os participantes do género masculino denotam atitudes mais permissivas face à sexualidade antes de estarem infetados pelo VIH/SIDA do que as mulheres: PM5♂ revelou-se permissivo pela diversidade de parceiros sexuais ocasionais e PM6♂ pelas infidelidades conjugais. Apenas uma das mulheres da amostra revelou atitudes permissivas pela diversidade de parceiros ao longo da vida (PF3♀), o que se alterou depois da descoberta da infecção.

A.2: Atitudes sexuais antes do diagnóstico: Comunhão. Relativamente à Comunhão (enquanto importância da sexualidade na vida) antes do diagnóstico de seropositividade, a maioria dos participantes revelou atitudes concordantes com a Comunhão, com exceção de PF2♀ e PF4♀.

B.1: Conhecimento das formas de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA antes do diagnóstico: nível de conhecimento. A maioria dos participantes revelaram já ter ouvido falar na doença antes de se infetarem (PF1♀, PF3♀, PF4♀ e PM5♂),

excetuando PF3♀ e PM6♂. Contudo, demonstravam um Conhecimento sobre a infecção e as suas formas de transmissão reduzido ou nulo, com exceção de PM5♂ que foi o único participante que revelou ter Conhecimento antes da infecção.

B.2.: Conhecimento das formas de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA antes do diagnóstico: fontes de informação. Os participantes que já tinham “ouvido falar” da infecção, revelaram que a fonte eram conversas no local de trabalho (PF1♀, PF2♀) e a televisão (PM5♂).

C.1.: Comportamentos Sexuais de Risco antes do diagnóstico: atividade sexual. Todos os participantes revelaram estar sexualmente ativos antes do conhecimento do diagnóstico de seropositividade. Note-se que PF1♀, PF2♀ e PF4♀ relataram que tinham relações sexuais com os maridos, dado que desconheciam o seu estado serológico.

C.2.: Comportamentos Sexuais de Risco antes do diagnóstico: número de parceiros sexuais. Os participantes dividem-se no respeitante ao número de parceiros sexuais antes do diagnóstico de seropositividade, sendo que PF2♀ revelou ter tido apenas um parceiro sexual (o marido), PF1♀ e PF4♀ dois parceiros sexuais (respetivamente, o marido e o atual companheiro, e o pai da primeira filha e o ex-marido) ao longo da vida. Já PF3♀, PM5♂ e PM6♂ revelaram ter tido cinco ou mais parceiros sexuais ocasionais ao longo da vida. Note-se que PM6♂ para além de várias parceiras ocasionais também teve várias parceiras conjugais.

C.3.: Comportamentos Sexuais de Risco antes do diagnóstico: utilização do preservativo. Os participantes de ambos os géneros revelaram a não utilização do preservativo antes de se infetarem pelo VIH, sendo que as mulheres indicaram que esta era uma decisão masculina. PF1♀, PF2♀ e PF4♀ nunca recorreram à utilização do preservativo e os maridos já mesmo depois de saberem que estavam infetados também não utilizavam proteção nem revelavam a sua condição de seropositividade.

C.4.: Comportamentos Sexuais de Risco antes do diagnóstico: perceção de risco/vulnerabilidade à infecção. Os relatos de todos os participantes refletem a baixa perceção de risco individual face à infecção, considerando o VIH/SIDA uma doença exclusiva de alguns grupos de risco como toxicodependentes (PF1♀, PF2♀ e PF3♀), prostitutas (PF3♀) e homossexuais (PM5♀).

C.5.: Comportamentos Sexuais de Risco antes do diagnóstico: formas de transmissão. Todos os participantes referiram a via sexual como responsável pela transmissão do VIH/SIDA. A principal via de transmissão da infecção dos participantes

foi a heterossexual, com exceção de PM5♂, que foi por via homossexual. As mulheres contraíram a infecção, maioritariamente, pelos maridos resultado da infidelidade conjugal (PF1♀, PF2♀ e PF4♀), com exceção de PF3♀ que foi através de um parceiro sexual ocasional. Os homens foram infetados via parceiros(as) sexuais ocasionais, sendo que no caso de PM5♂ foi por via homossexual, e no caso de PM6♂ por via heterossexual e resultado de relações extraconjugais. Note-se que ambos os participantes do género masculino desconhecem com quem e em que momento contraíram a infecção.

13.2.6. Análise categorial temática grupal: consequências da infecção pelo VIH/SIDA. *D.1.: Diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA: a descoberta.* As circunstâncias da descoberta do estado serológico foi diversa nos participantes. Contudo, foram maioritariamente diagnosticados após a manifestação de alguns sintomas de doença, que poderiam não ser VIH, e que fazendo análises, solicitadas por um médico, lhes foi descoberta a infecção.

PF1♀ descobriu após a morte do marido, que foi quando no hospital lhe prescreveram análises para despiste de VIH, tendo descoberto desta forma que tal como o marido também estava infetada pelo VIH/SIDA. PM5♂ descobriu num *check-up* de rotina. Já PF2♀, PF3♀, PF4♀ e PM6♂ descobriram na sequência dos primeiros sintomas, que os levaram ao hospital.

D.2. Diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA: as reações. Todos os participantes referiram o choque inicial ao receber o diagnóstico de infecção pelo VIH/SIDA, revelando a surpresa que sentiram por estarem infetados: os homens porque não tinham ideia de quem os pudesse ter infetado e as mulheres quer por desconhecimento do estado serológico dos seus parceiros ocasionais (PF3♀), quer por desconhecimento de que os maridos estavam infetados e não lhes revelaram (PF1♀, PF2♀, PF4♀). Nas participantes do género feminino é notória a revolta com os maridos que lhe transmitiram a infecção pelo VIH/SIDA. A depressão também surgiu como reação à infecção em duas das participantes (PF1♀ e PF3♀).

E.1 Atitudes sexuais depois do diagnóstico: Permissividade. As participantes PF1♀, PF2♀ e PF4♀ mantêm o mesmo nível de Permissividade depois do conhecimento da sua condição de seropositividade, isto é, baixo, não revelando nem diversidade de parceiros nem a prática de sexo ocasional. PF3♀ revelou alteração quanto às atitudes permissivas, verificando-se que deixou de ser permissiva. Também PM5♂ revelou uma mudança nas atitudes face à sexualidade após conhecimento da sua

seropositividade, tendo diminuído o número de parceiros ocasionais. Já PM6♂ manteve-se permissivo mesmo depois da descoberta da sua seropositividade. Note-se que apenas os homens se mantiveram permissivos depois do diagnóstico de infecção.

E.2 Atitudes sexuais depois do diagnóstico: Comunhão. As mulheres da amostra passaram a valorizar menos a Comunhão (enquanto importância da sexualidade na vida) no presente do que antes de conhecerem a sua condição de seropositividade, com exceção de PF1♀ que continua a dar importância à sexualidade na sua vida com o atual parceiro. Relembre-se que PF1♀, PF2♀ e PF4♀ foram infetadas pelos maridos. Nos homens não se verificou qualquer alteração com o diagnóstico de infecção, tendo mantido atitudes concordantes com a Comunhão.

F.1 Conhecimento das formas de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA depois do diagnóstico: nível de conhecimento. Os participantes demonstraram conhecer a infecção e os cuidados que devem ter, agora que estão infetados, com exceção de PF2♀ e PF4♀ que revelaram não ter Conhecimento quanto às formas de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA.

F.2 Conhecimento das formas de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA depois do diagnóstico: fontes de informação. Todos os participantes indicaram o médico assistente e PF3♀ indicou também a filha como as pessoas que informaram sobre a infecção e quais as suas formas de transmissão.

G.1 Comportamentos Sexuais de Risco depois do diagnóstico: atividade sexual. Das participantes do género feminino verifica-se que a maioria optou pela abstinência sexual após conhecimento da sua condição de seropositividade, sendo que apenas PF1♀ se mantém sexualmente ativa e tem um novo parceiro sexual que desconhece que está infetada. Os participantes do género masculino mantêm-se ambos sexualmente ativos. Clarificando, depois do conhecimento da condição de seropositividade, uns participantes mantiveram-se sexualmente ativos (PF1♀, PM5♂ e PM6♂) e outros optaram pela abstinência sexual (PF2♀, PF3♀ e PF4♀).

A maioria dos participantes não alterou a sua situação conjugal após conhecimento do diagnóstico de seropositividade: PF2♀ e PM6♂ mantêm-se com os seus companheiros, e PF3♀ e PM5♂ mantêm-se solteiros. Apesar da continuação da relação conjugal anterior à infecção, nos casos de PF2♀ e de PM6♂ pode constatar-se, de acordo com os seus relatos, que a relação sofreu alterações após o conhecimento do diagnóstico de infecção pelo VIH/SIDA, sendo que ambos cessaram as relações sexuais com estes parceiros. Os outros dois participantes alteraram a sua situação conjugal

depois da descoberta da infecção: PF1♀ ficou viúva e tem um novo parceiro que desconhece o seu estado serológico e PF4♀ está divorciada e sem parceiro.

G.2 Comportamentos Sexuais de Risco depois do diagnóstico: número de parceiros sexuais. Após conhecimento do diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA alguns participantes optaram pela abstinência sexual, mantendo as relações anteriores, isto é, mantendo o mesmo número de parceiros sexuais (PF2♀) ou não procurando novos parceiros (PF3♀ e PF4♀). No caso de PF1♀ apesar de ao longo da vida só ter tido o marido, quando ficou viúva encontrou um novo parceiro, com o qual mantém uma relação, ainda que escondendo que está infetada pelo VIH/SIDA. No caso dos participantes do género masculino (PM5♂ e PM6♂), embora afirmem estar sexualmente ativos, não mencionaram o número de parceiros atuais.

G.3.: Comportamentos sexuais de risco depois do diagnóstico: utilização do preservativo. Quanto à utilização do preservativo como forma de proteção do próprio e dos outros verifica-se que dos participantes que se mantiveram sexualmente ativos apenas PM5♂ utiliza sempre o preservativo desde o conhecimento da infecção. Já PF1♀, depois da morte do marido, que foi quem a infetou, mantém uma relação com um novo companheiro sem recorrer à utilização do preservativo, e o parceiro desconhece a sua condição de seropositividade. PM6♂, também sexualmente ativo, continua sem utilizar o preservativo. Os restantes participantes estão sexualmente abstinentes.

Houve uma redução dos CSR na maioria dos participantes, com exceção de PF1♀ e de PM6♂. Os comportamentos preventivos utilizados foram na maioria dos casos a abstinência sexual, a redução da frequência sexual e a redução do número de parceiros.

As motivações para a redução dos CSR foram na maioria dos participantes por diminuição do desejo sexual (PF2♀, PF4♀ e PM5♂) e por preocupações com a sua saúde (PF3♀ e PM5♂).

13.2.7. Análise categorial temática grupal: categorias emergentes. Ao longo da análise do discurso dos participantes foram identificadas algumas categorias *a posteriori* que enriqueceram a caracterização da infecção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos, seus determinantes e consequências (Tabela 37).

Tabela 37. *Categorias e Subcategorias Emergentes das Histórias de Vida*

Categorias emergentes	Subcategorias
H: Diagnóstico	H.1.: Sintomas antes do diagnóstico H.2.: Revelação da condição de seropositividade
I: Religião	I.1.: Antes e depois da infeção
J: Apoio subsequente ao conhecimento da infeção	J.1.: Suporte emocional J.2.: Discriminação e medo da rejeição J.3.: Mudanças na vida J.4.: Cuidados médicos J.5.: Os caminhos da prevenção
L: Nomeação da infeção	

H.1.: Diagnóstico: sintomas antes do diagnóstico. Os participantes do presente estudo apresentaram, maioritariamente, sintomas eventualmente associáveis a doenças resultantes da velhice, que levaram à descoberta da infeção pelo VIH/SIDA (PF2♀, PF3♀, PF4♀ e PM6♂). Dois deles não apresentaram quaisquer sintomas e descobriram, no caso de PF1♀ após a morte do marido (que estava infetado), e no caso de PM5♂ aquando da realização de exames de rotina.

H.2. Diagnóstico: revelação da condição de seropositividade. Relativamente à revelação da condição de seropositividade, os participantes optaram nuns casos por não o fazer (PF1♀, PM5♂) e noutros por fazê-lo apenas a familiares próximos: aos filhos (PF2♀, PF3♀, PF4♀) e à mulher (PM6♂).

I.1. Religião antes e depois da infeção. Não se verificaram alterações quanto à participação religiosa nos participantes do presente estudo, exceto PF1♀ que aumentou a sua fé depois do diagnóstico de seropositividade e que atualmente frequenta uma Igreja onde “*se fazem muitos milagres*”, acreditando que a poderá curar da infeção. Acresce que apesar de PF4♀ se manter católica praticante, agora as suas promessas incidem sobre a infeção pelo VIH/SIDA, pedindo para não agravar o seu estado de saúde.

J.1. Suporte emocional. Só dois dos participantes não tiveram qualquer suporte emocional após a comunicação do diagnóstico da infeção: PF1♀ teve acompanhamento psiquiátrico e PF2♀ teve acompanhamento psicológico; PF3♀ e PF4♀ tiveram o apoio dos filhos.

J.2. Discriminação e medo da rejeição. O medo da rejeição e a discriminação pela condição de seropositividade foi evidente no discurso de todos os participantes.

J.3. Mudanças na vida. Metade dos participantes afirmaram que nada mudou nas suas vidas depois do conhecimento da sua condição de seropositividade (PF4♀, PM5♂, PM6♂). PF2♀ e PF3♀ afirmaram que as suas vidas mudaram e que não conseguem fazer uma vida normal em termos relacionais e de gestão das atividades quotidianas, onde se incluem as rotinas resultantes dos exames e tratamentos médicos. Por último, PF1♀ depois da descoberta alterou a sua vida, mas agora afirma que nem se lembra que está infetada.

J.4. Cuidados médicos. Todos os participantes afirmaram tomar a medicação e ir às consultas de rotina com o seu infeciologista.

J.5. Os caminhos da prevenção. Metade dos participantes revelou que após conhecimento do diagnóstico de seropositividade passaram a ter cuidados com o outro quando sangram (PF2♀ e PF3♀) e a ter cuidado na escolha do parceiro sexual (PM5♂). Já PF4♀ revela não ter Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA, pelo que afirma que os únicos cuidados que tem são na desinfeção das mãos e dos talheres. PF1♀ apesar de conhecer as formas de transmissão da infeção, não utiliza preservativo nas suas relações sexuais. Por último, não foi visível esta subcategoria no discurso de PM6♂.

L. Nomeação da infeção: A maioria dos participantes não se referem à infeção pelo nome de VIH/SIDA, mas sim “aquilo”(PF1♀ e PF2♀), “isto”(PF1♀, PF2♀, PF3♀ e PM6♂), “essa doença” (PF1♀, PF3♀ e PF4♀), “este raio deste mal” (PM6♂). Apenas PM5♂ se refere à infeção por “HIV”, “doença”, “infeção”, “SIDA”.

14. Discussão

O estudo qualitativo serviu para complementar os resultados dos estudos quantitativos, apreciando os determinantes e as consequências da infecção pelo VIH/SIDA num grupo de seis adultos mais velhos infetados que tinham participado nos estudos quantitativos. Procurou perceber-se como estes encaravam as atitudes face à sexualidade (Permissividade e Comunhão), que Conhecimento tinham quanto às formas de transmissão do VIH e que Comportamentos Sexuais de Risco (CSR) adotavam antes e depois do diagnóstico da sua condição de seropositividade. Fez-se um estudo de casos múltiplos (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2003) com uma amostra constituída por casos exemplares (Hilton & Von Hippel, 1996) e significantes (Simonton, 1999) que caracterizavam a infecção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos. Assim, os participantes do género masculino, um era homossexual e o outro heterossexual com múltiplas parceiras. Quanto às participantes do género feminino, três foram infetadas pelos maridos em virtude de relações extraconjugais, sendo que uma ficou viúva mas tem um novo parceiro (PF1♀), outra permaneceu casada (PF2♀) e a outra divorciou-se (PF4♀). Uma outra participante teve múltiplos parceiros ocasionais ao longo da vida (PF3♀).

Numa primeira fase utilizaram-se três técnicas para efetuar a análise individual das histórias de vida (HV): análise categorial temática (Bardin, 2004), análise cronológica e biograma (Agra & Matos, 1997; Tinoco & Pinto, 2001). Numa segunda fase, a partir das análises individuais, apreciaram-se em conjunto as histórias de vida (HV) dos seis adultos mais velhos, focando, ainda, categorias emergentes dos seus discursos.

Os participantes revelaram algumas dificuldades na narração da sua história, percebendo-se que não estavam familiarizados com o método. Contudo, relataram espontaneamente, os principais acontecimentos das suas vidas, ainda que com algumas lacunas, as quais foram supridas através da colocação de questões específicas por parte da autora. As narrativas dos homens apresentaram-se mais sintéticas e temporalmente organizadas do que as das mulheres.

Todos os participantes fizeram referência ao que Baltes (1997) designou por eventos normativos relacionados com a idade, ao relatarem os primeiros namoros, o período escolar, o emprego e o casamento. No caso de PM6♂ surgiu a referência a eventos relacionados com a história social, como o 25 de abril de 1974. Relativamente ao nível sócio-económico todos os participantes, com excepção de PM5♂, relataram as

dificuldades financeiras por que passaram, a dificuldade em ir à escola e um início precoce da vida laboral.

Quanto às categorias baseadas na teoria de McAdams (1993), verificou-se que o *tom narrativo* dominante, tanto nas mulheres como nos homens, foi pessimista, oscilando entre o drama e a tragédia, com exceção de PF1♀ em que predominou o otimismo. Este tom narrativo foi sobretudo evidente quando se referiram ao episódio do diagnóstico da infeção, mas é transversal ao restante percurso de vida, sobretudo nos participantes que relataram mais dificuldades financeiras. Quanto às *linhas temáticas* acentuou-se a comunhão nas mulheres e a iniciativa nos homens, o que era expectável. O único *episódio nuclear* presente nas HV de todos os participantes foi o da descoberta da condição de seropositividade. Os discursos relativos à *imagética* centraram-se nas doenças e na infeção pelo VIH/SIDA, o que é compreensível pela idade e condição de seropositividade dos participantes. Contudo, salienta-se que estas dimensões são mais enfatizadas e desenvolvidas pelas mulheres do que pelos homens. Quanto aos *imagos*, é de salientar a posição de vítima que surgiu nas HV das mulheres casadas, o que era expectável pois tal como refere Nascimento (2002) a vitimização aparece sobretudo em mulheres que foram infetadas pelos maridos. O imago de sobrevivente também surgiu em dois dos participantes (PF4♀ e PM6♂), verificando-se uma correspondência deste imago com o baixo estatuto socioeconómico e consequentes dificuldades sentidas ao longo da vida. Relativamente às categorias *generatividade* e *avaliação narrativa*, não se verificaram temas dominantes nas narrativas, embora fosse expectável que tal acontecesse pela faixa etária dos participantes. Salienta-se, contudo, que associado à temática da infeção surgiram as ideias de morte e de desesperança no futuro. Acresce que a generatividade pode não ter tido a devida expressão em função das HV terem sido focalizadas na vivência da sexualidade e da infeção.

Relativamente à teoria do controlo de Heckhausen e Schulz (1995), verificou-se uma primazia do recurso ao controlo secundário (comportamentos para compensar perdas e declínios) na maioria dos participantes como forma de lidar com a sua condição de seropositividade, procurando, deste modo, minimizar as perdas. A utilização deste mecanismo nesta faixa etária relaciona-se com a incapacidade de acionar o controlo primário (desenvolvimento de capacidades e investimento em recursos) e como forma de diminuir os efeitos negativos da situação em que se encontra. Schulz e Heckhausen (1997) defendem que o aumento dos desafios biológicos e sociais em paralelo com o aumento da idade colocam as estratégias de controlo secundário em

maior evidência. No caso dos participantes eles utilizaram mecanismos de compensação de perdas e declínios, associados às consequências da infecção pelo VIH/SIDA: por exemplo, uns tornaram-se abstinentes sexuais e outros deixaram de trabalhar.

Analisando as categorias resultantes da teoria do processo de luto de Kübler-Ross, constatou-se que a maioria dos participantes se encontravam na sua primeira fase, negação e isolamento, ainda que PF1♀ e PM6♂ se encontrassem em negação e PF4♀ e PM5♂ em isolamento. Os participantes que negavam a sua infecção, continuavam a incorrer em CSR, o que corrobora os resultados da literatura (Grilo, 2001). A literatura indica, ainda, que o mecanismo de negação aparece sobretudo em pessoas que já estão infetadas há mais tempo (Castanha et al., 2006) e em homens (Meaurising, 1999), características dos dois participantes atrás mencionados. Este mecanismo de negação pode estar associado ao estatuto da infecção de doença crónica (Balderson et al., 2012; Gebo, 2006; Shippy & Karpiak, 2005), o que de acordo com Balderson et al. (2012) provoca confusão nos seropositivos sobre se são doentes ou saudáveis. A depressão surgiu como reação em PF1♀ e PF3♀, o que era expectável de acordo com a literatura (Andrade et al., 2010; Balderson et al., 2012; Castanha et al., 2006; Frade, 2013; Hansen et al., 2013; Machiesqui et al., 2012; Saldanha & Figueiredo, 2002). Note-se que a depressão como consequência da infecção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos é associada na literatura a pessoas com baixos níveis socioeconómicos, que vivem sozinhas e que se sentem discriminadas (Heckman et al., 2002; Kapiarck & Shippy, 2006), condições que se verificam no caso destas duas participantes. A fase da raiva surgiu em PF3♀ e PF2♀, no caso da primeira, pela revolta que sente contra si mesma por não ter os cuidados necessários nas suas relações ocasionais, e no da segunda, por ter sido infetada pelo marido e, permanecendo casada, por constantemente se confrontar com o motivo da infecção, verificando-se conflitos, rutura e desconfiança na relação, tal como descrito na literatura (Andrade et al., 2010; Castanha et al., 2006).

A reação ao diagnóstico de seropositividade foi em todos os participantes somente negativa, não emergindo em nenhum um polo positivo de resposta, tal como refere Block (2009). A ideia de morte surgiu associada a uma das participantes. Isto, apesar do aparecimento dos antirretrovirais (Catz et al., 2001; Gebo, 2006; Godkin & Stoff, 2008) e do estatuto de doença crónica (Balderson et al., 2012; Gebo, 2006; Shippy & Karpiak, 2005). Certos estudos apontam para a ocorrência desta ideia em pessoas infetadas (Castanha et al., 2012), sobretudo com mais de 50 anos (Brasileiro & Freire, 2006).

Quanto às atitudes sexuais antes e depois do diagnóstico de infecção pelo VIH/SIDA, salienta-se que os participantes que eram permissivos antes do diagnóstico alteraram a sua atitude, com exceção de PM6♂ que se manteve permissivo: PF3♀ deixou de ser permissiva e PM5♂ diminuiu o número de parceiros sexuais e a frequência de sexo ocasional. Isto era expectável pelas alterações na sexualidade em seropositivos encontradas na literatura (Grilo, 2001). As mulheres que não eram permissivas antes do diagnóstico mantiveram-se assim depois deste, o que também era expectável.

Não se constatou qualquer alteração na Comunhão, enquanto importância da sexualidade na vida, em PF1♀ e nos homens, os quais eram sexualmente ativos. As mulheres que optaram pela abstinência sexual revelaram dar pouca importância à sexualidade depois do diagnóstico de infecção e acresce o facto de PF2♀ e PF4♀ já não atribuírem importância à sexualidade nas suas vidas antes do diagnóstico.

Antes do diagnóstico de infecção os participantes revelaram não ter Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA, com exceção do participante mais escolarizado, PM5♂, o que é consonante com a literatura que aponta o baixo nível de conhecimento dos adultos idosos quanto às formas de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA (Abel & Werner, 2003; Henderson et al., 2004; Zablotsky & Kennedy, 2003) como uma das causas para a infecção nesta faixa etária e, ainda, com a literatura que refere a relação entre o nível de escolaridade e o conhecimento da infecção, sugerindo que os menos escolarizados têm menos conhecimento (Andrade et al., 2010; Henderson et al., 2004; Maes & Louis, 2003; Node et al., 2010; Weaver & Passmore, 2012). As fontes de informação referidas pelos participantes do presente estudo foram em PM5♂ a televisão e em PF1♀ e PF2♀ o local de trabalho. Na literatura revista há indicação que em adultos e adultos mais velhos não infetados pelo VIH a principal fonte de informação é de facto a televisão e outros *mass media* (Finkler, 2003; Henderson et al., 2004; Lucas, 1993), mas nela não é mencionada o local de trabalho.

Depois do diagnóstico da infecção a maioria dos participantes revelou ter Conhecimento quanto às formas de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA, o que era expectável. Contudo, deve considerar-se preocupante o facto de PF2♀ e PF4♀ revelarem não ter Conhecimento. Também nos estudos encontrados na literatura se verificou que ainda que mais de metade dos participantes tivesse Conhecimento depois de ter sido diagnosticado, deveria relevar-se os que não o têm (Costa, 2009; Frade, 2008; Okuno et al., 2012). Relembre-se a relação entre as variáveis nível de

escolaridade e Conhecimento descrita na literatura, que remete para que quanto menor o nível de escolaridade, menor o Conhecimento quanto às formas de transmissão do VIH/SIDA (Andrade et al., 2010; Henderson et al., 2004; Maes & Louis, 2003; Noden et al., 2010; Weaver & Passmore, 2012), e estas duas participantes tinham um baixo nível de escolaridade.

Quanto às fontes de informação referidas pelos participantes depois do conhecimento da sua condição de seropositividade, estes apontam o médico assistente. De facto os estudos realizados com adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA referem os profissionais de saúde como uma das principais fontes de informação, sendo a mais fidedigna (Costa, 2009). Note-se que, supletivamente, PF3♀ também obteve informação detalhada da filha.

Analisando os CSR antes do conhecimento da condição de seropositividade, constatou-se que todos os participantes incorriam em CSR antes do diagnóstico, o que originou a infeção. Nas mulheres casadas e infetadas pelos maridos os CSR foram por desconhecimento do estado serológico dos maridos e pelas relações extraconjugais destes. Na mulher com múltiplos parceiros, PF3♀, os CSR relacionavam-se com a falta de poder de negociação na utilização do preservativo com os seus parceiros, tal como descrito na literatura (Krishnan et al., 2007; Meursing, 1999; Sears et al., 2008). Na verdade, quanto às formas de transmissão da infeção nas mulheres, verificou-se que estas tinham sido maioritariamente infetadas pelos maridos que lhes eram infiéis, o que corrobora os resultados da literatura (Frade, 2008, 2013; Giacomozzi, 2004; Glynn et al., 2003; Gupta et al., 2008; Mkandawire-Valhmu et al., 2013). Nos homens, os principais CSR adotados antes do diagnóstico e que foram responsáveis pela condição de seropositividade foram a diversidade de parceiros e a não utilização do preservativo, tal como refere a literatura (Ultramari et al., 2011). Sabe-se, hoje, que a principal via de transmissão do VIH entre os adultos idosos é por via sexual, designadamente a heterossexual e que a principal causa da seropositividade feminina é a infidelidade dos maridos (Mkandawire-Valhmu et al., 2013).

Quanto ao número de parceiros sexuais antes do diagnóstico de infeção, verificou-se que as mulheres tiveram um a dois parceiros, com exceção de PF3♀ que teve múltiplos parceiros sexuais ocasionais. Entretanto, os homens, também tiveram múltiplos parceiros sexuais ocasionais, independentemente da sua orientação sexual. Isto corrobora os resultados dos estudos encontrados na literatura que indicam que os

homens têm mais parceiros sexuais ao longo da vida do que as mulheres (Alvarez, 2005; Choi et al., 1994).

Salienta-se, ainda, a baixa percepção de risco em todos participantes antes do conhecimento da condição de seropositividade, o que é consonante com a literatura que aponta esta como uma das causas para o aumento da infecção em adultos mais velhos (Cloud et al., 2003; Eldred & West, 2005; Emlet et al., 2002; Grabar et al., 2006; Karlovsky et al., 2004; Maes & Louis, 2003; Mockus & Coon, 2008; Radda et al., 2003; Shippy & Karpiak, 2005; Williams & Donnelly, 2002; Zelenetz & Epstein, 1998).

No que diz respeito aos CSR, depois do conhecimento da condição de seropositividade, como seria de esperar, a maioria dos participantes alterou a sua sexualidade, optando no caso das mulheres pela abstinência sexual e dos homens pela redução do número de parceiros e pela utilização do preservativo, o que corrobora os dados da literatura que indicam alterações ao nível da sexualidade com uma diminuição dos CSR depois do diagnóstico (Andrade et al., 2010; Camoni et al., 2011; Grilo, 2001; Krishnan et al., 2007; Steward et al., 2009). Estas alterações podem dever-se ao facto dos participantes infetados pelo VIH/SIDA terem uma doença que foi transmitida por via sexual, e como tal, emerge alguma culpa que culminará na diminuição da atividade sexual e por vezes a abstinência sexual. De referir, contudo, que PM6♂ e PF1♀ continuam a incorrer em CSR, no caso dele apenas com parceiras ocasionais, tendo deixado de ter relações sexuais com a mulher que não está infetada, e no caso dela por medo de rejeição não utiliza o preservativo e não comunica ao seu atual parceiro que está infetada.

O conhecimento do diagnóstico de seropositividade constituiu-se como um episódio nuclear na vida dos participantes, surgindo como uma situação inesperada e chocante, capaz de alterar a sua vida quotidiana, o que vai ao encontro do referido na literatura (Machiesqui et al., 2012; Saldanha & Figueiredo, 2002). Todos foram diagnosticados em contexto hospitalar por apresentarem sintomas, exceto PM5♂ que foi por ter realizado exames de rotina e PF1♀ por notificação após a morte do marido que estava infetado pelo VIH/SIDA. Ainda que maioritariamente os participantes tivessem apresentado sintomas que levaram à descoberta da sua seropositividade, a literatura indica que a infecção pelo VIH/SIDA, durante a fase assintomática é uma doença silenciosa, o que pode levar ao diagnóstico tardio (Castilla et al., 1998; Longo et al., 2008). Isto acontece sobretudo em adultos mais velhos pela confusão de sintomas com outras doenças próprias da velhice (Anderson, 1998; Andrade et al., 2010, Chiao et al.,

1999; Duarte & Dutschmann, 1998; Fowler, 2003; Godkin & Stoff, 2008; Grabar et al., 2006; Greene, 2003; Karlovsky et al., 2004; Levy-Dweck, 2005; Levy et al., 2003; Mockus & Coon, 2008; National Institute on Aging, 2004; Peate, 2007; Shippy & Karpiak, 2005).

A maioria dos participantes fizeram referência à discriminação e ao medo da rejeição como outra das consequências da infeção. Pelo medo de rejeição que os participantes dizem sentir é que PF1♀ e PM5♂ preferem não revelar a sua condição de seropositividade ou, no caso dos restantes, revelar apenas a familiares próximos (filhos e cônjuges). Note-se que a literatura indica que os adultos mais velhos se sentem mais discriminados do que os jovens (Solomon, 1996) e que as mulheres também se sentem mais discriminadas do que os homens (Emlet, 2005). No presente estudo as diferenças de género não se destacaram, visto que entre os participantes que optaram por não revelar a alguém a sua condição de seropositividade está uma mulher e um homem.

Conjugando a revelação da condição de seropositividade, o suporte emocional, a discriminação e o medo da rejeição, Shippy e Kapiark (2005) alertaram para o facto de os adultos idosos infetados pelo VIH/SIDA poderem estar em risco, devido à falta de apoio das suas redes de suporte. Só PF2♀ e PF3♀ revelaram ter tido apoio psicológico. Alguns estudos apontam para a família como o principal apoio escolhido pelas pessoas infetadas para lidar com a situação (Andrade et al., 2010; Emlet et al., 2011; Pettifor et al., 2012). O medo da discriminação acarreta por vezes o isolamento sobretudo em adultos mais velhos (Machiesqui et al., 2012), o que se verificou com PF4♀ e PM5♂ que se encontravam na fase de isolamento descrita por Kübler-Ross, mas também o aumento da disseminação da infeção (Nascimento, 2002), como se verificou em PF1♀. O estudo de Anglewicz e Chintsanya (2011) refere que as mulheres que sentem medo da rejeição tendem a não revelar a sua condição de seropositividade aos seus parceiros.

Verificou-se que a ideologia católica emergiu na maioria das narrativas apresentadas e não ocorreram alterações quanto à participação religiosa na maioria dos participantes, com exceção de PF1♀ que atualmente frequenta uma igreja protestante que crê ir curá-la da infeção, tal como indicado no estudo de Machiesqui et al. (2012).

Quanto à vida profissional, não se notaram alterações consequentes da infeção pelo VIH/SIDA, com exceção de PF3♀ e PM6♂, contrariamente ao que acontece com jovens adultos e adultos (GNP+, ILO, The PLHIV Stigma Index, 2012), o que poderá estar relacionado com o facto dos participantes quando descobriram a sua condição de seropositividade já se encontrarem próximos da idade de reforma.

Todos os participantes, com exceção de PM5♂, revelaram dificuldades em verbalizar a infecção pelo VIH/SIDA, como se a nomeando estivessem a reforçar que a têm. Deste modo, preferem recorrer à negação. Note-se que PM5♂ é o participante mais escolarizado e os restantes têm um baixo nível de escolaridade, o que poderá constituir-se como uma possível explicação.

Em suma, através da análise das HV ressaltaram como principais determinantes da infecção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos: atitudes permissivas; a falta de Conhecimento quanto às formas de transmissão da infecção e as poucas fontes de informação disponíveis; a baixa taxa de utilização do preservativo, no caso das mulheres, por falta de poder de negociação na sua utilização durante as relações sexuais e, no caso dos homens, por desconforto na sua utilização durante as relações sexuais; o desconhecimento do estado serológico dos parceiros; as relações extraconjugais; o elevado número de parceiros sexuais ocasionais; e, a baixa perceção de risco para a infecção.

Como consequências da infecção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos ressaltaram: atitudes menos permissivas, o aumento do Conhecimento quanto às formas de transmissão da infecção para a maioria, todavia duas das participantes denotaram não possuir qualquer informação acerca deste assunto; o acompanhamento médico constituiu-se como fonte de informação; a redução dos CSR na maioria dos casos (e.g., diminuição do número de parceiros sexuais, abstinência sexual e utilização do preservativo); a discriminação e o medo da rejeição, que poderão conduzir ao isolamento e à disseminação da infecção; e, a dificuldade em verbalizar o nome da infecção.

Refletindo sobre o método utilizado neste estudo, o método biográfico é uma ferramenta importante que permite captar intensivamente como a experiência pessoal se insere nas estruturas coletivas (Bruner, 1990) e que fornece elementos que estão para além dos dados obtidos nos estudos quantitativos. No limite pretende-se que estas HV sirvam para superar preconceitos em relação à infecção pelo VIH/SIDA e para melhor conhecer a infecção nos adultos mais velhos pertencentes maioritariamente a meios sócio-económicos desfavorecidos que de outra forma não teriam voz. De facto a análise das HV permitiu uma visão mais ampla do fenómeno do VIH/SIDA em adultos mais velhos e de como esta é vivenciada. Acima de tudo deu-se voz à individualidade de adultos mais velhos que poucas vezes são ouvidos, em particular àqueles cuja condição de seropositividade os remete muitas vezes para a solidão e silêncio. Houve

semelhanças e diferenças nas histórias, mas todas elas enriqueceram a compreensão do fenómeno.

Em termos metodológicos, este estudo teve como virtude a triangulação das técnicas utilizadas (análise cronológica, análise categorial e biograma), através das quais se procurou garantir a validade e fiabilidade das inferências feitas a partir das HV. Outra das virtudes foi a possibilidade de se encontrarem diferenças entre os estudos quantitativos e qualitativos, como aconteceu em duas variáveis, designadamente: a religião, pois subjetivamente os participantes podem apresentar-se nos estudos quantitativos, no caso com questionários, como não praticantes, mas objetivamente, via estudos qualitativos, serem praticantes de uma religião; e, a Permissividade em que este contraste também surgiu.

Sabendo-se daquilo que é desejável para a utilização do método (Hill et al., 2005; Weiss & Shanteau, 2003) pode-se afirmar que certos requisitos não foram cumpridos na presente investigação por limitações temporais (e.g. recurso a, pelo menos, oito juízes independentes para efetuar a categorização; Hill et al., 2005), ainda que outros tenham sido, como foi o caso da presença de um auditor para a análise das HV e do critério da consistência intra-codificador (Weiss & Shanteau, 2003) aplicado à análise categorial temática.

Ressalve-se, ainda, como limitação à generalização dos resultados do estudo a diferença geracional entre participantes e entrevistadora, a temática central da sexualidade abordada neste estudo e o facto de no processo de recolha algumas das temáticas não terem sido extensiva e detalhadamente abordadas pelos participantes. Outra limitação ao estudo foi não se terem considerado as diferenças étnicas entre os participantes, dado que três deles tinham naturalidade PALOP. Contudo, esta última limitação poderá não ter enviesado os resultados, dado que estes casos, bem como os demais, se configuram enquanto exemplares (Hilton & Von Hippel, 1996) das formas de transmissão da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos, sendo, pois, os seus resultados transferíveis para outros adultos mais velhos infetados da mesma forma.

15. Conclusão

A presente investigação seguiu um método misto (Collins et al., 2006; Creswell & Tashakkori, 2007; Prakash & Klotz, 2007) sequencial de investigação (Collins et al., 2006; Morgan, 2007), para uma melhor compreensão dos determinantes e consequências da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos. Realizaram-se quatro estudos: primeiro seguindo uma abordagem nomotética e depois ideográfica (Thomae, 1999), com três estudos extensivos e um intensivo, recorrendo, neste último, a uma amostra exemplar (Hilton & Von Hippel, 1996) e significativa (Simonton, 1999) proveniente dos estudos extensivos. A pertinência da utilização de um método misto na presente investigação deveu-se ao facto de a investigação acerca do VIH/SIDA em adultos mais velhos se focar maioritariamente em métodos quantitativos. Assim, ao elaborar-se um estudo qualitativo, pôde enriquecer-se e densificar o trabalho para uma melhor compreensão do fenómeno estudado.

Os estudos quantitativos, pela dimensão da amostra e pela utilização da modelação de equações estruturais, permitiram uma apreciação dos resultados considerando populações com características idênticas às da amostra em estudo. O estudo qualitativo permitiu a transferibilidade dos resultados para outros casos análogos aos estudados, pretendendo-se encontrar umnexo de causalidade temporal na interpretação de histórias de vida (HV) para explicar o fenómeno da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos. Com as HV procuraram-se, primeiramente, padrões, o que existia de comum entre os adultos mais velhos infetados, mas também as vivências únicas. As HV do presente estudo foram focalizadas no antes e depois da infeção, existindo conteúdos no discurso dos participantes que se interrelacionam no tempo e que evoluem. Enquanto com os estudos quantitativos se encontraram, fundamentalmente, padrões no grupo clínico, no estudo qualitativo encontrou-se uma grande diversidade de perfis, mostrando a heterogeneidade dos adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA.

Relativamente à precisão preditiva dos resultados dos estudos quantitativos, estes devem ser considerados em termos interpolativos e não extrapolativos. Existem limitações quanto à extrapolação, e mais ainda, à generalização dos resultados desta investigação, que só poderão ser ultrapassados através de uma replicação do processo em outras amostras não probabilísticas ou, melhor ainda, com uma amostra representativa da população.

A amostra deste estudo não foi representativa da população porque foi utilizado um processo de amostragem de conveniência, ligado a constrangimentos da vida dos participantes, a dificuldades na seleção dos participantes e na adequação do contexto de recolha dos dados no grupo com VIH/SIDA e ao tempo limitado para concluir o estudo.

Acresce que por questões estatísticas grupos amostrais em comparação devem ser tanto quanto possível homogéneos no que respeita à sua dimensão e características sócio-demográficas, o que se verificou nos estudos quantitativos, com excepção das variáveis idade e religião, uma vez que o grupo clínico era significativamente mais novo e tinha um maior número de praticantes de uma religião. No entanto, estas diferenças poderão não ser muito relevantes, uma vez que os participantes de ambos os grupos pertencem a gerações fortemente marcadas pelo antigo regime político vigente em Portugal, partilhando um mesmo passado social, cultural e histórico. É inevitável que muitos dos actuais juízos, crenças e atitudes dos adultos idosos portugueses sejam marcados pela ditadura que se viveu no nosso país, pois, tal como refere Diniz (2004), os juízos avaliativos são fortemente influenciados por material histórico que é resultado do saber cumulativo de uma sociedade. Contudo, para um melhor esclarecimento do efeito desta limitação dos estudos agora apresentados, sugere-se que em futuros estudos se procure incluir no grupo não clínico participantes mais novos e com maiores níveis de religiosidade.

No estudo qualitativo, pelo tempo e recursos limitados para o concretizar, não foi possível utilizar o método de concordância entre juízes, ainda que se tenha recorrido a um auditor (neste caso o orientador), e ao critério da consistência intrajuíz, tal como é recomendado.

Dos estudos realizados destacaram-se como principais determinantes da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos: (1) a Permissividade masculina; (2) a falta de Conhecimento quanto às formas de transmissão da infeção pelo VIH/SIDA, sobretudo em pessoas pouco escolarizadas; (3) e, a adoção de Comportamentos Sexuais de Risco (CSR), sendo que o estudo qualitativo permitiu detalhar estes comportamentos, a saber: múltiplos parceiros sexuais ocasionais, infidelidade conjugal, não utilização do preservativo e baixa perceção de risco face à infeção.

Como principais consequências da infeção pelo VIH/SIDA em adultos mais velhos nos estudos quantitativos, mas principalmente no qualitativo, destacaram-se: (1) a diminuição da Permissividade depois do diagnóstico de infeção; (2) o aumento do

Conhecimento quanto às formas de transmissão da infeção; (3) a redução dos CSR (utilização do preservativo, diminuição do número de parceiros sexuais e abstinência sexual); (4) pouco suporte emocional e falta de apoio psicológico; (5) discriminação e medo da rejeição muito presentes.

Assim, estes resultados sugerem a necessidade de criação de campanhas de informação/prevenção dirigidas especificamente a adultos mais velhos não infetados pelo VIH/SIDA e de programas de intervenção junto de adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA, com o objetivo de diminuir os níveis de Permissividade, aumentar o Conhecimento sobre a infeção e as suas formas de transmissão, e promover a utilização do preservativo em ambos os géneros, como forma de travar o crescente aumento de casos de infeção pelo VIH/SIDA nesta faixa etária e a disseminação da infeção por via sexual. Estas campanhas e programas devem ser dirigidos a ambos os géneros e sobretudo a pessoas pouco escolarizadas. Contudo, ressalve-se o facto de muitos adultos mais velhos portugueses serem analfabetos, sugerindo-se o recurso a imagens televisas associadas às referidas campanhas e programas.

Também a requisição do teste do VIH o mais precocemente possível e quase como “rotina”, a mobilização dos cuidados de saúde primários, o maior relevo dos *mass media*, a motivação e o empenho das empresas numa dimensão filantrópica de combate à infeção (Lucas, 1993; Vance et al., 2007, 2011), bem como a realização de campanhas de prevenção orientadas somente para esta faixa etária, podem reforçar as medidas preventivas anteriormente apresentadas.

É de salientar, ainda, a necessidade de desmistificar na sociedade a problemática da infeção em pessoas mais velhas e de quebrar o estereótipo do adulto idoso assexuado, para que possa diminuir a discriminação sentida pelos seropositivos nesta faixa etária. Deve, também, procurar aumentar-se o suporte emocional àqueles que recebem o diagnóstico de seropositividade. Ressalta, deste modo, a necessidade de apoio psicológico aos adultos mais velhos diagnosticados com a infeção pelo VIH/SIDA, com intuito de trabalhar questões relativas à aceitação do diagnóstico, às mudanças corporais que ocorrem, ao estigma e à revelação do diagnóstico à família.

Face aos resultados encontrados e pelo número de casos de adultos mais velhos infetados pelo VIH/SIDA que se prevê que possa vir a aumentar (e.g. CDC, 2011, Dias et al., 2005), torna-se premente mais investigação nesta área, que é ainda escassa (e.g. Levy-Dweck, 2005; Linsk, 2000), de forma a que se possa intervir eficazmente e travar o aumento do número de novos casos. A compreensão da sexualidade dos adultos mais

velhos infetados pelo VIH/SIDA é fundamental para a promoção de campanhas de prevenção e educação para a saúde, de forma a evitar a disseminação da doença. É, por isso, crucial a realização de programas específicos dirigidos a esta faixa etária, sendo necessário, tal como se tentou neste estudo, identificar quais os obstáculos à adopção de comportamentos sexuais seguros, antevendo medidas de intervenção.

Referências

- Abel, T., & Werner, M. (2003). HIV risk behaviour of older persons. *European Journal of Public Health, 13*, 350-352. doi:10.1093/eurpub/13.4.350
- Aboim, S. (2011). Redes Sociais e comportamento sexual: para uma visão relacional da sexualidade, do risco e da prevenção. *Saúde e Sociedade, 20*, 207-224. doi:10.1590/S0104-12902011000100022
- Aboim, S. (2012). Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*, 99-112. doi:10.1590/S1413-81232012000100013
- Adekeye, O. A., Heiman, H. J., Onyeabor, O. S., & Hyacinth, H. I. (2012). The new invincible: HIV screening among older adults in the U.S. *Plos One, 7*, e43618. doi:10.1371/journal.pone.0043618
- Addis, I. B., Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C. L., Vittinghoff, E., Brown, J. S., & Thomm, D. H. (2006). Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics & Gynecology, 107*, 755-764. doi:10.1097/01.AOG.0000202398.27428.e2
- Adler, A. (1957). *El sentido de la vida*. Barcelona: Luis Miracle.
- Agra, C., & Matos, A. P. (1997). *Trajectórias desviantes*. Projecto Droga-Crime: Estudos Interdisciplinares, vol. XI. Lisboa: GPCCD/Ministério da Justiça.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin, 84*, 888-918. doi:10.1037/0033-2909.84.5.888
- Akers, A., Bernstein, L., Henderson, S., Doyle, J., & Corbie-Smith, G. (2007). Factors associated with lack of interest in HIV testing in older at-risk women. *Journal of Women's Health, 16*, 842-858. doi:10.1089/jwh.2006.0028
- Alferes, V. (1994). Dos comportamentos sexuais à encenação do sexo: Contributos para uma psicologia social da sexualidade (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra.
- Alferes, V. R. (1999). Escala de Atitudes Sexuais. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 131-147). Braga: APPORT/SHO.
- Allain, J. P., Anokwa, M., Casbard, A., Owusu-Ofori, S., & Dennis-Antwi, J. (2004). Sociology and behavior of west african blood donors: The impact of religion on

- human immunodeficiency virus infection. *Vox Sanguinis*, 87, 233-240. doi:10.1111/j.1423-0410.2004.00578.x
- Almeida, C. F., & Andrade, M. (2008). Promoção da saúde na prevenção de HIV/AIDS em pessoas com 60 anos ou mais. *Informe-se em promoção da saúde*, 4, 22-24.
- Almeida, A. D. L., Silva, C. F., & Cunha, G. S. (2005). Os adolescentes e o VIH/SIDA: Estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/SIDA. *Revista Portuguesa de Saude Pública*, 23, 105-112.
- Altschuler, J., Katz, A. D., & Tynan, M. A. (2008). Implications for HIV/AIDS Research and Education among Ethnic Minority Older Adults. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 7, 209-228. doi:10.1080/15381500802307476.
- Alvarez, M. J. (2005). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Amâncio, L., & Oliveira, J. M. (2006). Men as individuals, women as a sexed category: implications of symbolic asymmetry for feminist practice and feminist psychology. *Feminism & Psychology*, 16, 35-43. doi:10.1177/0959-353506060818
- Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M. E., & Cunha Teles, L. (2004). HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behavior in Portugal. *International Journal of STD and AIDS*, 15, 56-60. doi:10.1258/095646204322637281
- American Psychological Association (2003). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington DC: American Psychological Association.
- Anderson, G. (1998). Providing services to elderly people with HIV. In D. M. Aronstein, & B. J. Thompson (Eds.), *HIV and social work: A practitioner's guide* (pp. 443-450). New York: The Haworth Press.
- Anderson, J. & Gerbing, D. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411-423. doi:10.1037/0033-2909.103.3.411
- Andrade, H. A. S., Silva, S. K., & Santos, M. I. P. O (2010). AIDS em idosos: Vivências dos doentes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14, 712-719. doi:10.1590/S1414-81452010000400009
- Anglewicz, P., & Chintsanya, J. (2011). Disclosure of HIV status between spouses in rural Malawi. *AIDS Care*, 23, 998-1005. doi:10.1080/09540121.2010.542130
- Antunes, M. (2007). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra: FORMASAU.

- Araújo, P. C. (2003). *Vivências de familiares de pessoas adultas idosas com VIH/SIDA* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro.
- Arnold, E. M., Rice, E., Flannery, D., & Rotheram-Borus, M. J. (2008). HIV disclosure among adults living with HIV. *AIDS Care*, *20*, 80-92. doi:10.1080/09540120701449138.
- Arvanatis, M. (2002). *HIV/AIDS surveillance in Greece*. Athens: Hellenic Centre for Infectious Diseases Control.
- Balderson, B. H., Grothaus, L., Harrison, R. G., McCoy, K., Mahoney, C., & Catz, S. (2012). Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. *AIDS Care*, *25*, 451-8. doi:10.1080/09540121.2012.712669
- Baldwin, J. D., & Baldwin, J. I. (1988). Factors affecting AIDS-related sexual risk-taking behaviour among college students. *The Journal of Sex Research*, *25*, 181-196. doi:10.1080/00224498809551454
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, *23*, 611-626. doi:10.1037/0012-1649.23.5.611
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogenesis: Selection, optimization, and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist*, *52*, 366-380. doi:10.1037/0003-066X.52.4.366
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, *50*, 471-507. doi:10.1146/annurev.psych.50.1.471
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, *49*, 123-135. doi:10.1159/000067946
- Bankole, A., Darroch, J. F., & Singh, S. (1999). Determinants of trends in condom use in the United States, 1988-1995. *Family Planning Perspectives*, *31*, 264-271.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (4ªed.). Lisboa: Edições 70.
- Barros, H. (2007). *Sida*. Lisboa: QUIDNOVI.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, *13*, 544-559. Retrieved from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-4/baxter.pdf>
- Beckwith, H. D., & Morrow, J. A. (2005). Sexual attitudes of college students: The impact of religiosity and spirituality. *College Student Journal*, *39*, 357-366.

- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bell, N. J., O'Neal, K. K., Feng, D., & Schoenrock, L. J. (1999). Gender and sexual risk. *Sex Roles, 41*, 313-332.
- Belsky, J. K. (1990). *The psychology of aging: Theory, research and interventions*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- Benotsch, E. G., Pinkerton, S. D., Dyatlov, R. V., DiFranceisco, W., Smirnova, T. S., Dudko, V. Y., & Kozlov, A. (2006). HIV risk behavior in male and female Russian sexually transmitted disease clinic patients. *International Journal of Behavioral Medicine, 13*, 26-33. doi:10.1207/s15327558ijbm1301_4
- Bergström-Walan, M., & Nielsen, H. H. (1990). Sexual expression among 60-80-year-old men and women: A sample from Stockholm, Sweden. *The Journal of Sex Research, 27*, 289-295. doi:10.1080/00224499009551558
- Bertoncini, B. Z., Moraes, K. S., & Kullkamp, I. C. (2007). Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infetados pelo HIV. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 19*, 75-79. doi:10.1590/S1809-98232011000100015
- Binson, D., & Catania, J. (1998). Respondents' Understanding of the Words Used in Sexual Behavior Questions. *Public Opinion Quarterly, 62*, 190-208. doi:10.1086/297840
- Bizer, G. Y. (2004). Attitudes. In C. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of applied psychology* (Vol. 1, pp. 245-249). Oxford: Elsevier Academic Press.
- Block, R. G. (2009). Is it just me? Experiences of HIV-related stigma. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 8*, 1-19. doi:10.1080/15381500902736087
- Bodley-Tickell, A. T., Olowokure, B., Bhaduri, S., White, D. J., Ward, D., Ross, J. D. C., Smith, G., Duggal, H. V., & Goold, P. (2008). Trends in sexually transmitted infections (other than HIV) in older people: Analysis of data from an enhanced surveillance system. *Sexually Transmitted Infections, 84*, 312-317. doi:10.1136/sti.2007.027847
- Bogart, L. M., Collins, R.L., Kanouse, D.E., Cunningham, W., Beckman, R., Golinelli, D., & Bird, C.E. (2006). Patterns and correlates of deliberate abstinence among men and women with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health, 96*, 1078-1084. doi:10.2105/AJPH.2005.070771
- Branco, R., & Gonçalves, C. (2001). *Population ageing: Demographic, social and economic aspects of older persons in Portugal*. Instituto Nacional de Estatística: Gabinete de Estudos e Conjuntura.

- Brasileiro, M., & Freitas, M. I. (2006). Representações sociais sobre AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade infetadas pelo HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *14*, 789-795. doi:10.1590/S0104-11692006000500022
- Brennan, M. (2008). Older men living with HIV: The importance of spirituality. *Generations*, *32*, 54-61. doi:10.2147/CIA.S16349
- Brener, L., Callander, D., Slavin, S., & Wit, J. (2013). Experiences of HIV stigma: The role of visible symptoms, HIV centrality and community attachment for people living with HIV. *AIDS Care*, *25*, 1166-1173. doi:10.1080/09540121.2012.752784
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). London: SAGE.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado: Para uma psicologia cultural*. Lisboa: Edições 70.
- Burgess, R. G. (1997). *A pesquisa de terreno: Uma introdução*. Oeiras: Celta Editora.
- Butt, A. A., Dascomb, K. K., DeSalvo, K. B., Bazzano, L., Kissinger, P. J., & Szerlip, H. M. (2001). Human immunodeficiency virus infection in elderly patients. *Southern Medical Journal*, *94*, 397-400.
- Byrne, B. M., Shavelson, R. J., & Muthén, B. (1989). Testing for the equivalence of factor covariance and mean structures: The issue of partial measurement invariance. *Psychological Bulletin*, *105*, 456-466. doi:10.1037/0033-2909.105.3.456
- Cahil, S., & Krivo-Kaufman, A. (2009). Growing older with HIV. *Achieve*, 1-4. AIDS Community Research Initiative of America and Gay Men's Health Crisis.
- Calazans, G., Araujo, T.W., Venturi, G., & França, I. J. Factors associated with condom use among youth aged 15-24 years in Brazil in 2003. *AIDS*, *19*, 42-50.
- Calvet, H. M. (2003). Sexually transmitted diseases other than human immunodeficiency virus infection in older adults. *Clinical Infectious Diseases*, *36*, 609-614. doi:10.1086/367892
- Camargo, B. V., & Botelho, L. J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. *Revista Saúde Pública*, *41*, 61-68. doi:10.1590/S0034-89102006005000013
- Camoni, L., Dal Conte, I., Regine, V., Colucci, A., Chiriotto, M., Vullo, V., Sebastiani, M., Cordier, L., Beretta, R., Fiore, J.R., Tateo, M., Affronti, M., Cassarà, G., & Suligo, B. (2011). Sexual behaviour reported by a sample of Italian MSM before

- and after HIV diagnosis. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47, 214-219. doi:10.4415/ANN_11_02_14
- Campbell, S. M., Peplau, L. A., & DeBro, S. C. (1992). Women, men and condoms: Attitudes and experiences of heterosexual college students. *Psychology of Women Quarterly*, 16, 273-288. doi:10.1111/j.1471-6402.1992.tb00255.x
- Campos, M. A. (2006). A mortalidade por VIH/SIDA em Portugal: Alterações da estrutura etária. *Revista de Estudos Demográficos*, 38, 67-78.
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. New York: Grune & Stratton.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2008). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 42, 110-155.
- Castanha, A., R., Coutinho, M. P., Saldanha, A. A., & Oliveira, J. S. (2006). Consequências biopsicossociais da Aids na qualidade de vida de pessoas soropositivas para o HIV. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18, 100-107.
- Castilla, J., Barrio, G., Fuente, L., & Belza, M. J. (1998). Sexual behaviour and condom use in the general population of Spain, 1996. *AIDS Care*, 10, 667-676. doi:10.1080/09540129848299
- Castro, M. G., Poeschl, G., & Coimbra, J. L. (2010). Fidelidade e infidelidade nas relações amorosas: padrões discursivos. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, pp. 3593-3608. Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de fevereiro de 2010.
- Catania, J. A., Binson, D., Canchola, J., Dolcini, M., Pollack, L. M., Hauck, W., & Coates, T. J. (1996). Effects of interviewer gender, interviewer choice, and item wording on responses to questions concerning sexual behavior. *Public Opinion Quarterly*, 60, 345-375. doi:10.1086/297758
- Catania, J. A., Binson, D., Dolcini, M., Stall, R., Choi, K., Pollack, L. M., Hudes, E. S., Canchola, J., Phillips, K., Moskowitz, J. T., & Coates, T. J. (1995). Risk factors for HIV and other sexually transmitted diseases and prevention practices among US heterosexual adults: Changes from 1990 to 1992. *American Journal of Public Health*, 82, 1492-1499. doi:10.2105/AJPH.85.11.1492
- Catania, J. A., Coates, T., Stall, R., Bye, L., Kegeles, S., Capell, F., Henne, J., McKusick, L., Morin, S., Turner, H., & Pollack, L. (1991). Changes in condom use

- among homosexual men in San Francisco. *Health Psychology, 10*, 190-199. doi:10.1037/0278-6133.10.3.190
- Catania, J. A., Coates, T., Peterson, J., Dolcini, M., Kegeles, S., Siegel, D., Golden, E., & Fullilove, M. T. (1993). Changes in condom use among black Hispanic, and white heterosexuals in San Francisco: The AMEN cohort survey. *The Journal of Sex Research, 30*, 121-128. doi:10.1080/00224499309551691
- Catania, J. A., Gibson, D. R., Chitwood, D. D., & Coates, T. J. (1990). Methodological problems in AIDS behavioural research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behaviour. *Psychological Bulletin, 108*, 339-362. doi:10.1136/sti.77.2.84
- Catania, J. A., McDermott, L. J., & Pollack, L. M. (1986). Questionnaire response bias and face-to-face interview sample bias in sexuality research. *The Journal of Sex Research, 22*, 52-72. doi:10.1080/00224498609551289
- Catz, S. L., Heckman, T. G., Kochman, A., & DiMarco, M. (2001). Rates and correlates of HIV treatment adherence among late middle-aged and older adults living with HIV disease. *Psychology, Health & Medicine, 6*, 47-58. doi:10.1080/13548500124807
- Centers for Disease Control and Prevention (1998). AIDS among persons aged greater than or equal to 50 years – United States, 1991-1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 47*, 21-27.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008a). *HIV/AIDS among persons aged 50 and older*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/hiv>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008b). Persons tested for HIV, United States, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 57*, 845-849.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). Diagnoses of HIV infection among adults aged 50 years and older in the United States and dependent areas, 2007–2010. *HIV Surveillance Supplemental Report, 18*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/hiv>
- Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (2007). Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro nacional de SIDA: Situación a 31 de Diciembre de 2007. Obtenido en <http://www.msssi.gob.es>
- Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (2013). Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España: Información sobre nuevos diagnósticos de VIH registro nacional de casos de SIDA. Obtenido en www.msssi.gob.es

- Chaves, C. (1993). Sida e o idoso: Metodologias educativas de âmbito preventivo. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 222, 24-29.
- Cherner, M., Ellis, R. J., Lazzaretto, D., Young, C., Mindt, M. R., Atkinson, J. H., ... & HNRC Group (2004). Effects of HIV-1 infection and aging on neurobehavioral functioning: preliminary findings. *AIDS*, 18, 27-34. doi:10.1097/00002030-200401001-00005
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9. doi:10.1207/S15328007SEM0902_5
- Chiao, E. Y., Ries, K. M., & Sande, M. A. (1999). AIDS and the elderly. *Clinical Infectious Disease*, 28 (4), 740-745.
- Choi, K., Catania, J. A., & Dolcini, M. (1994). Extramarital sex and HIV risk behavior among US adults: Results from the national AIDS behavioral survey. *American Journal of Public Health*, 84, 2003-2007. doi:10.1177/07399863960183007
- Ciccarone, D. H., Kanouse, D.E., Collins, R.L., Miu, A., Chen, J.L., Morton, S.C., & Stall, R. (2003). Sex without disclosure of positive HIV serostatus in a US probability sample of persons receiving medical care for HIV infection. *American Journal of Public Health*, 93, 949-954. doi:10.2105/AJPH.93.6.949
- Cláudio, V., & Mateus, M. (2000). *SIDA: eu e os outros*. Lisboa: Climepsi.
- Cloud, G. C., Browne, R., Salooja, N., & McLean, K. A. (2003). Case report. Newly diagnosed HIV infection in an octogenarian: The elderly are not 'immune'. *Age and Ageing*, 32, 353-354. doi:10.1093/ageing/32.3.353
- Coates, T. J. (1990). Strategies for modifying sexual behaviour for primary and secondary prevention of HIV disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 57-69. doi:10.1016/S0140-6736(08)60886-7
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and Development*. New York: Arnold.
- Collins, K. M. T., Onwuegbuzie, A. J., & Jiao, Q. G. (2006). Prevalence of mixed-methods sampling designs in social science research. *Evaluation and Research in Education*, 19, 83-101 .doi: 10.2167/eri421.0
- Cook, R. L., McGinnis, K. A., Samet, J. H., Fiellin, D. A., Rodriguez-Barradas, M. C., Kraemer, K. L., Gibert, C. L., Braithwaite, R. S., Goulet, J. L., Mattocks, K., Crystal, S., Gordon, A. J., Oursler, K. K., & Justice, A. C. (2010). Erectile dysfunction drug receipt, risky sexual behavior and sexually transmitted diseases in

- HIV-infected and HIV-uninfected men. *Journal of General Internal Medicine*, 25, 115-121. doi:10.1007/s11606-009-1164-9
- Cooperman, N. A., Arnsten, J. H., & Klein, R. S. (2007). Current sexual activity and risky sexual behaviour in older men with or at risk for HIV infection. *AIDS Education and Prevention*, 19, 321-333. doi:10.1521/aeap.2007.19.4.321
- Costa, O. M. S. (2009). Conhecimentos e comportamentos de risco nos indivíduos adultos infectados com VIH, em relação à sexualidade (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Costa, C., & Lima, M. L. (1998). O papel do amor na percepção de invulnerabilidade à SIDA. *Psicologia*, 12, 41-62.
- Craig, S. L., Beaulaurier, R. L., Newman, F. L., Rosa, M., & Brennan, D. J. (2012). Health and cultural determinants of voluntary HIV testing and counseling among middle-aged and older latina women. *Journal of Women & Aging*, 24, 97-112. doi:10.1080/08952841.2012.639650
- Creswell, J. W., & Tashakkori, A. (2007). Editorial: Differing perspectives on mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 303-308. doi:10.1177/1558689807306132
- Crossley, M. L. (2003). Formulating narrative psychology: The limitations of contemporary social constructionism. *Narrative Inquiry*, 13, 287-300. doi:10.1075/ni.13.2.03cro
- Cruzeiro, A. L. S., Souza, L. D., M., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., Rocha, C. L. A., & Horta, B. L. (2010). Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso do preservativo em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1149-1158. doi:10.1590/S1413-81232010000700023
- Cuevas, J. E., Vance, D. E., Viamonte, S. M., Lee, S. K., & South, J. L. (2010): A comparison of spirituality and religiousness in older and younger adults with and without HIV. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 12, 273-287. doi:10.1080/19349637.2010.518828
- Cunha, S. M. (2010). Avaliação do conhecimento sobre VIH/SIDA dos doentes na consulta de imunologia do CHP-HSA (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1, 16-29. doi:10.1037/1082-989X.1.1.16

- Davidoff-Gore, A., Luke, N. & Wawire, S., (2011). Dimensions of poverty and inconsistent condom use among youth in urban Kenya. *AIDS Care*, 23, 1282-1290. doi:10.1080/09540121.2011.555744
- Davidson, J. K., Darling, C. A., & Norton, L. (1995): Religiosity and the sexuality of women: Sexual behavior and sexual satisfaction revisited. *Journal of Sex Research*, 32, 235-243. doi:10.1080/00224499509551794
- Davidson, J. K., Moore, N. B., Earle, J. R., & Davis, R. (2008). Sexual attitudes and behavior at four universities: do region, race, and/or religion matter? *Adolescence*, 43, 189-220.
- Davidson, J. K., Moore, N. B., & Ullstrup, K. M. (2004). Religiosity and sexual responsibility: Relationships of choice. *American Journal of Health Behavior*, 28, 335-346. doi:10.5993/AJHB.28.4.5
- DeLamater, J., & Friedrich, W. N. (2002). Human sexual development. *The Journal of Sex Research*, 39, 10-14. doi:10.1080/00224490209552113
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretative biography*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). Entering the field of qualitative research. In N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 1-17). London: Sage Publications.
- Diário da República (2011). *Código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Regulamento nº 258/2011, Diário da República, 2.ª série — N.º 78 — 20 de abril de 2011, pp. 17931-17936.
- Dias, A., Fonseca, S., Renca, P., & Silva, E. (2005). *A infecção VIH/SIDA na população com +50 anos: Análise estatística da população com +50 anos infectada em Portugal*. Consultado a partir de <http://www.aidscongress.net/>.
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: Implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3, 89-102.
- Diggos, H. A. (2007). *HIV transmission within marriage: findings from Tanzania* (Master thesis). Vrije Universiteit Amsterdam, Netherlands.
- Diniz, A. M. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças*. Lisboa: Climepsi.
- Diniz, A. M., & Amado, N. (in press). Procedures for successful data collection through psychological tests in the elderly. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.
- Diniz, A. M., Pocinho, M. D., & Almeida, L. S. (2011). Cognitive abilities, sociocultural background and academic achievement. *Psicothema*, 23, 695-700.

- Dolcini, M. M., Coates, T. J., Catania, J. A., Kegeles, S. M., & Hauck, W. W. (1995). Multiple sexual partners and their psychosocial correlates: The population-based AIDS in multiethnic neighborhoods (AMEN) study. *Health Psychology, 14*, 22-31. doi:10.1037/0278-6133.14.1.22
- Duarte, F. P., & Dutschmann, L. (1998). Sida no idoso. *Medicina Interna, 5*, 101-105.
- Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Konings, E., & Paccaud, F. (1997). Increased condom without other major changes in sexual behaviour among the general population in Switzerland. *American Journal of Public Health, 87*, 558-566. doi:10.2105/AJPH.87.4.558
- Durkin, K. (1995). *Developmental social psychology: from infancy to old age*. Oxford: Blackwell.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Echenique, M., Illa, L., Saint-Jeanb, G., Avellanedac, V. B., Sanchez-Martinezd, M., & Eisdorfer, C. (2013). Impact of a secondary prevention intervention among HIV-positive older women. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 25*, 1-4. doi:10.1080/09540121.2012.712666
- Effros, R. B., Fletcher, C. V., Gebo, K., Halter, J. B., Hazzard, W. R., Horne, F. M., ..., High, K. P. (2008). Aging and infectious diseases: workshop on HIV infection and aging: what is known and future research directions. *Clinical Infectious Diseases, 47*, 542-553. doi:10.1086/590150
- Eisenman, R., & Dantzker, M. L. (2006). Gender and ethnic differences in sexual attitudes at a Hispanic-Serving University. *The Journal of General Psychology, 133*, 153-162. doi:10.3200/GENP.133.2.153-162
- Eldred, S., & West, L. (2005). HIV prevalence in older adults. *The Canadian Nurse, 101*, 20-23.
- Emlet, C. A. (2005). Measuring stigma in older and younger adults with HIV/AIDS: an analysis of an HIV stigma scale and initial exploration of subscales. *Research on Social Work Practice, 15*, 291-300. doi:10.1177/1049731504273250
- Emlet, C. A. (2006). An examination of the social networks and social isolation in older and younger adults living with HIV/AIDS. *Health & Social Work, 31*, 299-308. doi:10.1093/hsw/31.4.299

- Emlet, C. A. (2007). Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS: a mixed-methods analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 21, 740-52. doi:10.1089/apc.2007.0010
- Emlet, C. A., & Farkas, K. J. (2001). A descriptive analysis of older adults with HIV/AIDS in California. *Health & Social Work*, 26, 226-34. doi:10.1093/hsw/26.4.226
- Emlet, C. A., Gusz, S. S., & Dumont, J. (2003). Older adults with HIV disease: Challenges for integrated assessment. *Journal of Gerontological Social Work*, 40, 41-62. doi:10.1300/J083v40n01_04
- Emlet, C. A., Tozay, S., & Raveis, V. H. (2011). "I'm not going to die from the AIDS": resilience in aging with HIV disease. *Gerontologist*, 51, 101-11. doi:10.1093/geront/gnq060.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the lyfe cycle*. New York: W. W. Norton & Company.
- Erikson, E. (1982). *The lyfe cycle completed*. New York: W. W. Norton & Company.
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: Mid-year report 2007*. Retrieved from <http://www.eurohiv.org/>.
- European Center for Disease Prevention and Control & World Health Organization (2013). *Surveillance report: HIV/AIDS surveillance in Europe 2012*. Retrieved <http://www.ecdc.europa.eu>.doi:10.2900/11420
- Eurostat (2011). *Demography report 2010: Older, more numerous and diverse europeans*. Retrieved from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- Falé, R. M. (2006). Os mitos do sexo. *Medicina & Saúde*, 36 (106), 36-37.
- Falvo, N. & Norman, S. (2004). The impact of an HIV/AIDS education program on older adults' Knowledge. *Clinical Gerontologist*, 27, 1-2. doi:10.1300/J018v27n01_09
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
- Fedor, T. M., Kohler, H. P., & Behrman, J. R. (2013). *The impact of married individuals learning HIV status in Malawi: Divorce, number of sexual partners, condom use with spouses*. Population Studies Center Working Paper Series, Penn Libraries, University of Pennsylvania.

- Feliz, J. (2009). *Teste de um modelo multivariado preditor de comportamentos sexuais de risco em adultos idosos portugueses* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Fenton, K., Johnson, A., McManus, S., & Erens, B. (2001). Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research. *Sexually Transmitted Infections*, 77, 84-92. doi:10.1136/sti.77.2.84
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, L. (1995). Um diário de campo nos territórios psicotrópicos: as facetas da escrita etnográfica. In T. H. Caria (Ed.), *Experiência etnográfica em ciências sociais* (pp. 23-40). Porto: Edições Afrontamento.
- Fernandes, L. (2006). A sexualidade do idoso. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 11, 225-231.
- Ferrand, A., & Mounier, L. (1999). Influence des réseaux de confiance sur les relations sexuelles. In N. Bajos, M. Bozon, A. Ferrand, A. Giami, & A. Spira (Eds), *La sexualité aux temps du Sida* (pp. 255-304). Paris: PUF.
- Ferreira, P. M., & Cabral, M. V. (2007). *Comportamentos sexuais e infecção HIV/SIDA em Portugal*. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA.
- Filipe, L. A. (2012). *Abertura à experiência, atitudes e comportamentos sexuais em jovens do ensino superior* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- Finkler, L. (2003). HIV/AIDS e relacionamentos conjugais (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 11, 455-474.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Misovich, S. J., Kimble, D. L., & Malloy, T. E. (1996). Changing AIDS risk behaviour: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioural skills in a college student population. *Health Psychology*, 15, 114-123.
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9, 466-491. doi:10.1037/1082-989X.9.4.466
- Floyd, M., & Weiss, L. (2001). Sex and aging: A survey of young adults. *Journal of Sex Education & Therapy*, 26, 133-139.

- Flowers, P., Knussen, C., & Church, S. (2003). Psychosocial factors associated with HIV testing amongst Scottish gay men. *Psychology and Health, 18*, 739-752. doi:10.1080/0887044031000116016
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fornell, C. (1982). A second generation of multivariate analysis: An overview. In C. Fornell (Ed.), *A second generation of multivariate analysis: Methods* (Vol. 1, pp. 1-21). New York, NY: Praeger.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*, 39-50.
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science, 69*, 124-134. doi:10.1086/341840
- Fougelberg, J., Karlström, S., Veriava, Y., Ive, P., & Anderson, R. (2006). Decreased sexual risk behaviour after the diagnosis of hiv and initiation of antiretroviral treatment – a study of patients in Johannesburg. *The Southern African Journal of HIV Medicine, 25*, 12-15.
- Fowler, J. P. (2003). Aging with HIV: One woman's story. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 33*, 166-168.
- Fox, J., White, P.J., Macdonald, N., Weber, J., McClure, M., Fidler, S., & Ward, H. (2009). Reductions in HIV transmission risk behaviour following diagnosis of primary HIV infection: A cohort of high-risk men who have sex with men. *HIV Medicine, 10*, 432-8. doi:10.1111/j.1468-1293.2009.00708.x
- Frade, M. F. (2008). *Conhecimentos, comportamentos e atitudes de mulheres infectadas pelo VIH-SIDA* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra.
- Frade, M. F. (2013). *Fatores sociais do VIH/SIDA: Estudo de um grupo de mulheres no Hospital de Santa Maria* (Tese de Doutoramento). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*, 531-543. doi:10.1037//0882-7974.13.4.531
- Galvan, F. H., Collins, R. L., Kanouse, D. E., Pantoja, P., & Golinelli, D. (2007). Religiosity, denominational affiliation and sexual behaviors among people with HIV in the United States. *Journal of Sex Research, 44*, 49-58. doi:10.1080/00224490709336792

- Galvão, M. T. G., Cerqueira, A. T. A. R. & Marcondes-Machado, J. (2004). Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. *Revista Saúde Pública*, 38, 194-200. doi:10.1590/S0034-89102004000200007
- Gebo, K. A. (2006). HIV and aging: Implications for patient management. *Drugs Aging*, 23, 897-913. doi:1170-229X/06/0011-0897
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behaviour. *Psychological Bulletin*, 119, 390-409. doi:10.1037/0033-2909.119.3.390
- Giacomozzi, A. I. (2004). *Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: Estudo de representações sociais* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquérito: Teoria e prática* (4a ed., C. L. Pires, Trad., A. de Saint-Maurice, Rev. Téc.). Oeiras: Celta. (Obra original publicada em 1985).
- Gilligan, C. (1994). In a diferente voice: Women's conceptions of self and morality. In B. Puka (Ed.), *Caring voices and women's moral frames* (vol. 6, pp. 1-37). New York: Garland.
- Gillum, R. F., & Holt, C. L. (2010). Associations between religious involvement and behavioral risk factors for HIV/AIDS in American women and men in a national health survey. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 284-93. doi:10.1007/s12160-010-9218-0.
- Ginsberg, T. B., Pomerantz, S. C., & Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: Behaviors and preferences. *Age and Ageing*, 34, 475-480. doi:10.1016/j.annemergmed.2012.02.026
- GNP+, ILO, The PLHIV Stigma Index (2012). *Evidence brief: Stigma and discrimination at work. Findings from the PLHIV stigma index*. Retrieved from www.gnpplus.net
- Glynn, J. R., Caraël, M., Buvé, A., Musonda, R. M., & Kahindo, M. (2003). HIV risk in relation to marriage in areas with high prevalence of HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33, 526-35.
- Godkin, K., & Stoff, D. (2008). Older age and HIV infection. In M. A. Cohen, & J. M. Gorman (Eds), *Comprehensive textbook of AIDS psychiatry* (pp. 357-376). Oxford: University Press.

- Goll, M. (2010). Ageing in the European Union: Where exactly? *Eurostat Statistics in Focus*, 26/2010. Retrieved from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- Goldman, J. A., & Harlow, L. L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS-preventive behaviour in college students. *Health Psychology*, 12, 489-498. doi:10.1037/0278-6133.12.6.489
- Golub, S. A., Tomassilli, J. C., Pantalone, D. W., Brennan, M., Karpiak, S. E., & Parsons, J. T. (2010). Prevalence and correlates of sexual behavior and risk management among HIV-positive adults over 50. *Sexually Transmitted Diseases*, 37, 615-620. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181e15f20.
- Gomes, H., Poço, J., Lima-Alves, C., & Mota-Miranda, A. (2002). Infecção pelo VIH em idosos. *Arquivos de Medicina*, 16, 37-40.
- Gonçalves, C., & Silva, C. (2004). Pobreza e exclusão social nas famílias de idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 35, 143-169.
- Gore-Felton, C., Koopman, C., Spiegel, D., Vosvick, M., Brondino, M., & Winningham, A. (2006). Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 11, 711-729. doi:10.1177/1359105306066626
- Gott, C M. (2001). Sexual activity and risk-taking in later life. *Health and Social Care in the Community*, 9, 72-78.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in late life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56, 1617-1628. doi:10.1016/S0277-9536(02)00180-6
- Grabar, S., Weiss, L., & Costagliola, D. (2006). HIV infection in older patients in the HAART era. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 57, 4-7. doi:10.1093/jac/dki411.
- Greene, M. D. (2003). Older HIV patients face metabolic complications. *The Nurse Practitioner*, 28, 17-25.
- Grilo, A. M. (1998). Vivência da sexualidade nos seropositivos e doentes com SIDA: Haverá lugar para o sexo após a notificação do teste para VIH? *Informação SIDA*, 6, 16-18.
- Grilo, A. M. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 101-118.

- Grimberg, M. (2000). Género y VIH/SIDA: Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. *Cuadernos Medico Sociales*, 78, 41-54.
- Grov, C., Golub, S. A., Parsons, J. T., Brennan, M., & Karpiak, S. E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*, 22, 630-639. doi:10.1080/09540120903280901
- Gupta, R. N., Wyatt, G. E., Swaminathan, S., Rewari, B. B., Locke, T. F., Ranganath, V., Summer, L. A., & Liu, H. (2008). Correlates of relationship, psychological, and sexual behavioural factors for HIV risk among indian women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14, 256-265. doi:10.1037/1099-9809.14.3.256
- Gutheil, I. A., & Chichin, E. R. (1991). Aids, older people and social work. *Health Social Work*, 16, 237-244. doi:10.1093/hsw/16.4.237
- Hansen, N. B., Harrison, B., Fambro, S., Bodnar, S., Heckman, T. G., & Sikkema, K. J. (2013). The structure of coping among older adults living with HIV/AIDS and depressive symptoms. *Journal of Health Psychology*, 18, 198-211. doi:10.1177/1359105312440299.
- Health Protection Agency Centre for Infections (2008). *New HIV diagnoses surveillance tables: UK data to the end of December 2007*. Retrieved from <http://www.hpa.org.uk>.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304. doi:10.1037/0033-295X.102.2.284
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology*, 33, 176-187. doi:10.1037/0012-1649.33.1.176
- Heckman, T. G., Heckman, B. D., Kochman, A., Sikkema, K. J., Suhr, J., & Goodkin, K. (2002). Psychological symptoms among persons 50 years of age and older living with HIV disease. *Aging & Mental Health*, 6, 121-128. doi:10.1080/13607860220126709a
- Heckman, T. G., Kochman, A., Sikkema, K. J., Kalichman, S. C., Masten, J., Bergholte, J., & Catz, S. (2001). A pilot coping improvement intervention for late middle-aged and older adults living with HIV/AIDS in the USA. *AIDS Care*, 13, 129-139. doi:10.1080/09540120020018233
- Hellenic Center for Disease Control & Prevention (2012). *HIV/AIDS surveillance in Greece: Data report through 31.12.2011*. Annual Edition of the Hellenic Center for Disease Control and Prevention. Retrieved from <http://www.keelpno.gr>

- Henderson, S. J., Bernstein, L. B., St. George, D. M., Doyle, J. P., Paranjape, A. S., & Corbie-Smith, G. (2004). Older women and HIV: How much do they know and where are they getting their information? *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*, 1549-1553.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of sexual attitudes. *The Journal of Sex Research*, *23*, 502-526. doi:10.1080/00224498709551387
- Hendrick, C., Hendrick, S., & Reich, D. A. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of Sex Research*, *43*, 76-86. doi:10.13072/midss.230
- Hendrick, S., Hendrick, C., Slapion-Foote, M. J., & Foote, F. H. (1985). Gender differences in sexual attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*, 1630-1641. doi:10.1037/0022-3514.48.6.1630
- Herek, G. M., & Glunt, E. K. (1988). An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS. *American Psychologist*, *43*, 886-891. doi:10.1037/0003-066X.43.11.886
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hees, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counselling Psychology*, *52*, 196-205. doi:10.1037/0022-0167.52.2.196
- Hillman, J. (2008). Sexual issues and aging within the context of work with older adult patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*, 290-297. doi:10.1037/0735-7028.39.3.290
- Hilton, J. L., & Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, *47*, 237-271. doi:10.1146/annurev.psych.47.1.237
- Hinkin, C. H., Hardy, D. J., Mason, K. I., Castellon, S. A., Durvasula, R. S., Lam, M. N., & Stefaniak, A. (2004). Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS*, *18*, S19-S25. doi:10.1111/j.1460-9568.2012.08134.x
- Hoga, L. A. K., Tibúrcio, C. A., Borges, A. L. V., & Reberte, L. M. (2010). Religiosity and Sexuality: Experiences of Brazilian Catholic Women. *Health Care for Women International*, *31*, 700-717. doi:10.1080/07399332.2010.486881
- Howard, J. R., O'Neill, S. O., & Travers, C. (2006). Factors affecting sexuality in older Australian women: Sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric*, *9*, 355-367. doi:10.1080/13697130600961870

- Hu, L.-T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Huffstetler, B. (2006). Sexuality in older adults: A deconstructionist perspective. *Adulthood Journal*, 5, 4-14. doi:10.1002/j.2161-0029.2006.tb00009.x
- Iacobucci, D., Saldanha, N., & Deng, X. (2007). A meditation on mediation: Evidence that structural equations models perform better than regressions. *Journal of Consumer Psychology*, 17, 139-153. doi:10.1016/S1057-7408(07)70020-7
- INFARMED (2008). *Detalhes do medicamento*. Consultado a partir de:
http://www.infarmed.pt/infomed/detalhes.php?med_id=9139&dci=&nome_comer=dmlhZ3Jh&dosagem=&forma_farmac=&estado_aim=&pesquisa_titular=&pagina=1.
- Im-em, W., VanLandingham, M., Knodel, J., & Saengtienchai, C. (2002). HIV/AIDS-related knowledge and attitudes: A comparison of older persons and young adults in Thailand. *AIDS Education and Prevention*, 14, 246-262. doi:10.1521/aeap.14.3.246.23889
- Institut Scientifique de Santé Publique (2012). *Épidemiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique: Situation au 31 décembre 2011*. Bruxelles: Service Maladies infectieuses au sein de la Population générale - Programme de surveillance VIH/sida/IST. Retrieved from <https://www.wiv-isp.be/>
- Instituto Nacional de Estatística (s.d.). *Indicadores urbanos do continente: Tipologia das áreas urbanas*. Consultado a partir de <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Recenseamento da população e da habitação – Censos 2011*. Consultado a partir de <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Dia Mundial da SIDA*. Consultado a partir de <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2005). *Dia internacional do idoso*. INE: Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística (2008a). *Estatísticas demográficas 2007*. Consultado a partir de <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2008b). *Estimativas de população residente – 2007*. INE: Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011: Resultados provisórios*. INE: Portugal.

- Instituto Nacional de Estatística (2013a). Caracterização da população e das famílias a residir em Portugal, com base nos Censos 2011. *Revista de Estudos Demográficos*, 51-52, 5-38. INE: Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística (2013b). *Estimativas de População Residente – 2012*. INE: Portugal.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, & Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2002). *Sida: A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2001*. Consultado a partir de <http://www.insarj.pt>.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, & Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2005). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 30 de junho de 2005*. Consultado a partir de <http://www.insarj.pt>.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, & Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2008). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2007*. Consultado a partir de <http://www.insarj.pt>.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge & Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2012). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2011*. Consultado a partir de <http://www.insarj.pt>.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge & Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2013). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012*. Consultado a partir de <http://www.insarj.pt>.
- International Test Commission (2010). International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. Retrieved in March 30, 2011, from <http://www.intestcom.org>
- Jackson, H., Early, K., Schim, S. M., & Penprase, B. (2005). HIV knowledge, perceived seriousness, and susceptibility and risk in older African Americans. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11, 56-62
- Jacobi, C. A., Atanga, P. N., Bin, L. K., Mbome, V. N., Akam, W., Bogner, J. R., Kropf, S., & Malfertheiner, P. (2013). HIV/AIDS-related stigma felt by people living with HIV from Buea, Cameroon. *AIDS Care*, 25, 173-180. doi:10.1080/09540121.2012.701715
- Jacobs, R. J., Fernandez, M. I., Ownby, R. L., Bowen, G. S., Hardigan, P. C., & Kane, M. N. (2010). Factors associated with risk for unprotected receptive and insertive anal intercourse in men aged 40 and older who have sex with men. *AIDS Care*, 22, 1204-11. doi: 10.1080/09540121003615137.

- Jeanrie, C., & Bertrand, R. (1999). Translating tests with the International Test Commission's guidelines: Keeping validity in mind. *European Journal of Psychological Assessment, 15*, 277-283. doi:10.1027//1015-5759.15.3.277
- Jöreskog, K. G. (2005). *Structural equation modeling with ordinal variables using LISREL*. Retrieved from <http://www.ssicentral.com/lisrel/techdocs>
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *PRELIS 2: User's reference guide*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., Sörbom, D., du Toit, S., & du Toit, M. (2001). *LISREL 8: new statistical features* (3rd printing with rev.). Lincolnwood, IL: Scientific Software International. Third printing with revisions.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2002). *LISREL 8.53 for Windows* [Computer software]. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Kalayjian, R. C., Landay, A., Pollard, R. B., Taub, D. D., Gross, B. H., Francis, I. R., ..., & Rousseau, F. (2003). Age-related immune dysfunction in health and in human immunodeficiency virus (HIV) disease: Association of age and HIV infection with naive CD8+ cell depletion, reduced expression of CD28 on CD8+ cells and reduced thymic volumes. *The Journal of Infectious Diseases, 187*, 1924-1933. doi:10.1086/375372
- Kalichman, S.C., Ntseane, D., Nthomang, K., Segwabe, M, Phorano, O., & Simbayi, L. C. (2007). Recent multiple sexual partners and HIV transmission risks among people living with HIV/AIDS in Botswana. *Sexually Transmitted Infections, 83*, 371-375. doi:10.1136/sti.2006.023630
- Kapiark, S. E., & Shippy, R. A. (2006). *ROAH: Research on older adults with HIV*. New York: AIDS Community Research Initiative of America.
- Keigher, S. M., Stevens, P. E., & Plach, S. K. (2004). Midlife women with HIV. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 3*, 43-58. doi:10.1300/J187v03n01_05
- Kelly, J. A., & Kalichman, S. C. (1995). Increased attention to human sexuality can improve HIV-AIDS prevention efforts: key research issues and directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 907-918. doi:10.1037/0022-006X.63.6.907
- Karon, J. M., Fleming, P. L., Steketee, R., & DeCock, K. M. (2001). HIV in the United States at the turn of the century: An epidemic in transition. *American Journal of Public Health, 91*, 1060-1068.

- Karlovsky, M., Lebed, B., & Mydlo, J. H. (2004). Increasing incidence and importance of HIV/AIDS and gonorrhea among men aged ≥ 50 years in the US in the era of erectile dysfunction therapy. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, *38*, 247-252. doi:10.1080/00365590410025488
- Kinsey, A. C, Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kinsey, A. C, Pomeroy, W. B., Martin, C. E., Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Klein, S. J., Nokes, K. M., Devore, B. S., Holmes, J. M., Wheeler, D. P., & St. Hilaire, M. B. (2001). Age-appropriate HIV prevention messages for older adults: Findings from focus group in New York state. *Journal of Public Health Management and Practice*, *7*, 11-18.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Knauth, D. (1997). O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. *Revista Estudos Feministas*, *5*, 291-301.
- Knipper, E., Rhodes, S. D., Lindstrom, K., Bloom, F. R., Leichliter, J. S., & Montaña, J. (2007). Condom use among heterosexual immigrant latino men in the southeastern United States. *AIDS Education and Prevention*, *19*, 436-447. doi:10.1521/aeap.2007.19.5.436
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2001). Sexual activity among older thais: The influence of age, gender and health. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *16*, 173-200. doi:10.1023/A:1010608226594
- Knodel, J., & VanLandingham, M. (2002). The impact of the AIDS epidemic on older persons. *AIDS*, *16*, 77-83. doi:10.1097/00002030-200216004-00011
- Knodel, J., Watkins, S., & VanLandingham, M. (2003). AIDS and older persons: An international perspective. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndromes*, *33*, 153-165. doi:10.1097/00002030-200216004-00011
- Krishnan, A. K., Hendriksen, E., Vallabhaneni, S., Johnson, S. L., Raminani, S., Kumarasamy, N., Hobsen, J., Solomon, S., Mayer, K. H., & Safren, S. A. (2007). Sexual behaviors of individuals with HIV living in South India: A Qualitative Study. *AIDS Education and Prevention*, *19*, 334-345. doi:10.1521/aeap.2007.19.4.334

- Kübler-Ross, E. (1979). *Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sida. O desafio final*. Lisboa: Difusão Cultural.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kuteesa, M. O., Seeley, J., Cumming, R. G., & Negin, J. (2012). Older people living with HIV in Uganda: understanding their experience and needs. *African Journal of AIDS Research*, *11* (4), 295-305. doi: 10.2989/16085906.2012.754829
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, *281*, 537-544. doi:10.1001/jama.281.6.537
- Le Gall, A., Mullet, E., & Shafiqhi, S. R. (2002). Age, religious beliefs and sexual attitudes. *The Journal of Sex Research*, *39*, 207-216. doi:10.1080/00224490209552143
- Lefkowitz, E. S., Gillen, M. M., Shearer, C. L., & Boone, T. L. (2004). Religiosity, sexual behaviours, and sexual attitudes during emerging adulthood. *The Journal of Sex Research*, *41*, 150-159. doi:10.1080/00224490409552223
- Leigh, B., C., Temple, M. T., & Trocka, K. F. (1993). The sexual behavior of US adults: Results from a national survey. *American Journal of Public Health*, *83*, 1400-1408. doi:10.2105/AJPH.83.10.1400
- Lekas, H. M., Schrimshaw, E. W., & Siegel, K. (2005). Pathways to HIV testing among adults fifty and older with HIV/AIDS. *AIDS Care*, *17*, 674-687. doi:10.1080/09540120412331336670
- Levine, S. (1998). *Sexuality in mid-life*. New York: Plenum Press.
- Levinson, D. J. (1977). The mid-life transition: A period in adult psychosocial development. *Psychiatry*, *40*, 99-112. doi:10.1037/0003-066X.41.1.3
- Levinson, D. J. (1984). The career is in the life structure, the life structure is in the career: An adult perspective. In M. B. Arthur, L. Bailyn, D. J. Levinson, & H. Shepard (Eds.), *Working with carriers* (pp. 49-74). New York: Columbia University
- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, *41*, 3-13. doi:10.1037/0003-066X.41.1.3
- Levy-Dweck, S. (2005). HIV/AIDS fifty and older: A hidden and growing population. *Journal of Gerontological Social Work*, *46*, 37-50. doi:10.1300/J083v46n02_04

- Levy, J. A., Ory, M. G., & Crystal, S. (2003). HIV/AIDS interventions for midlife and older adults: Current status and challenges. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndromes*, *33*, 59-67.
- Li, Z. H., Rahhal, T. A., & May, C. P. (1998). Distractability, circadian arousal, and aging: A boundary condition? *Psychology and Aging*, *4*, 574-583. doi:10.1037/0882-7974.13.4.574
- Lifshay, J., Nakayiwa, S., King, R., Reznick, O. G., Katuntu, D., Batamwita, R., Ezati, E., Coutinho, A., Kazibwe, C., & Bunnell, R. (2009). Partners at risk: motivations, strategies, and challenges to HIV transmission risk reduction among HIV-infected men and women in Uganda. *AIDS Care*, *21*, 715-24. doi:10.1080/09540120802511844.
- Lima, L. P. (2002). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (5ª ed., pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, M. P. (2003). Sexualidade na terceira idade. In E. Sá (Ed.), *Quero-te: Psicologia da sexualidade* (pp. 109-115). Coimbra: Quarteto.
- Lima, M. P. (2006). Sexualidade “de terceira” na terceira idade?. *Psychologica*, *41*, 83-101.
- Lin, H., Ding, Y., Liu, X., Zhu, W., Gao, M., & He, N. (2013). Changes in sexual behaviors among HIV-infected individuals after their HIV diagnosis in a rural prefecture of Eastern China. *PLoS One*, *8*, 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0059575.
- Lindau, S. T., Leitsch, S. A., Lundberg, K. L., & Jerome, J. (2006). Older women’s attitudes, behaviour, and communication about sex and HIV: A community-based study. *Journal of Women’s Health*, *15*, 747-753. doi:10.1089/jwh.2006.15.747
- Lindau, S. T., Schumm, P., Laumann, E. O., Levinson, W., O’Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, *357*, 762-774. doi:10.1056/NEJMoa067423
- Linsk, N. L. (2000). HIV among older adults: Age specific issues in prevention and treatment. *The AIDS Reader*, *10*, 430-440. doi:10932847.
- Little, T. D. (1997). Mean and covariance structures (MACS) analyses of cross-cultural data: Practical and theoretical issues. *Multivariate Behavioral Research*, *32*, 53-76. doi:10.1207/s15327906mbr3201_3

- Longo, B., Camoni, L., Boros, S., & Suligoj, B. (2008). Increasing proportion of AIDS diagnoses among older adults in Italy. *AIDS Patient Care*, 22, 365-371. doi:10.1089/apc.2007.0168
- Lopes, A. P. (2009). *Comportamentos de sexo seguro em indivíduos infectados por VIH* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Lopes, M. O. (2006). Os meios de comunicação na prevenção da SIDA. In: *VI HIV/AIDS Virtual Congress*. Santarém: SIDAnet, Associação Lusófona.
- Lopez, F., & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Lovejoy, T. I., Heckman, T. G., Sikkema, K.J., Hansen, N. B., Kochman, A., Suhr, J. A., Garske, J. P., & Johnson, C. J. (2008). Patterns and correlates of sexual activity and condom use behavior in persons 50-plus years of age living with HIV/AIDS. *AIDS and behavior*, 12, 943-956. doi:10.1007/s10461-008-9384-2.
- Lucas, J. S. (1993). *SIDA: A sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.
- MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modification in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin*, 111, 490-504. doi:10.1037/0033-2909.111.3.490
- Machiesqui, S. R., Padoin, S. M., Paula, C. C., Ribeiro, A. C., & Langendorf, T. F. (2010). Pessoas acima de 50 anos com AIDS: implicações para o dia-a-dia. *Revista de Enfermagem*, 14, 726-731. doi:10.1590/S1414-81452010000400011
- Maes, C. A., & Louis, M. (2003). Knowledge of AIDS, perceived risk of AIDS, and at-risk sexual behaviors among older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15, 509-516. doi:10.1111/j.1745-7599.2003.tb00340.x
- Magalhães, R. S. M., Silva, M. J., & Carvalho, G. S. (2008). Modelos de promoção da saúde num projecto de apoio a prostitutas/os. *Revista Sexualidade & Planeamento Familiar*, 48/49, 29-34.
- Maj-Briht, B., & Helle, H. N. (1990). Sexual expression among 60-80-year-old men and women: A sample from Stockholm, Sweden. *The Journal of Sex Research*, 27, 289-295. doi:10.1080/00224499009551558
- Mahoney, E. R. (1980). Religiosity and sexual behavior among heterosexual college students. *Journal of Sex Research*, 16, 97-113. doi:10.1080/00224498009551067

- Malloy, T. E., Fisher, W. A., Albright, L., Misovich, S. J., & Fisher, J. D. (1997). Interpersonal perception of the AIDS risk potential of persons of the opposite sex. *Health Psychology, 16*, 480-486. doi:10.1037/0278-6133.16.5.480
- Manfredi, R. (2002). HIV disease and advanced age: An increasing therapeutic challenge. *Drugs Aging, 19*, 647-669. doi:10.2165/00002512-200219090-00003
- Manji, A., Peña, R., & Dubrow, R. (2007). Sex, condoms, gender roles and HIV transmission knowledge among adolescents in León, Nicaragua: Implications for HIV prevention. *AIDS Care, 19*, 989-995. doi:10.1080/09540120701244935
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Marchand, H. (2005). *A idade da sabedoria: Maturidade e envelhecimento*. Porto: Âmbar.
- Marcus, U., & Starker, A. (2006). *Federal health reporting: HIV and AIDS*. Berlin: Robert Koch Institute.
- Margalha, N., Diniz, A. M., & Vaz, I. (2008). Modelos alternativos da Escala de Atitudes Sexuais (EAS): Teste numa amostra de adultos idosos [CD-ROM]. In A. P. Noronha, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XIII conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Marktest & Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2006). *Perspectivas dos portugueses sobre a SIDA*. Consultado a partir de <http://www.portaldasaude.pt>.
- Mason, H. R., Marks, G., Simoni, J. M., Ruiz, M. S., & Richardson, J. L. (1995). Culturally sanctioned secrets? Latino men's nondisclosure of HIV infection to family, friends, and lovers. *Health Psychology, 14*, 6-12. doi:10.1037/0278-6133.14.1.6
- Maxwell, C., & Boyle, M. (1995). Risky heterosexual practices amongst women over 30: gender, power and long term relationships. *AIDS Care, 7*, 277-293. doi:10.1080/09540129550126515
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: The Guilford Press.
- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity and the storied self: a contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry, 7*, 295-321. doi:10.1207/s15327965pli0704_1

- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 100-122. doi:10.1037/1089-2680.5.2.100
- McAdams, D. P., & Pals, J. (2006). A new big five: fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61, 204-217. doi:10.1037/0003-066X.61.3.204
- McClelland, R. S., Hassan, W. M., Lavreys, L., Richardson, B. A., Mandaliya, K., Ndinya-Achola, J., Jaoko, W., Kurth, A. E., & Baeten, J. M. (2006). HIV-1 acquisition and disease progression are associated with decrease high-risk sexual behaviour among Kenyan female sex workers. *AIDS*, 20, 1969-1973.
- Meredith, W. (1993). Measurement invariance, factor analysis and factorial invariance. *Psychometrika*, 58, 525-543. doi:10.1007/BF02294825
- Metallidis, S., Tsachouridou, O., Skoura, L., Zebekakis, P., Chrysanthidis, T., Pilalas, D. et al. (2013). Older HIV-infected patients: An underestimated population in northern Greece: epidemiology, risk of disease progression and death. *International Journal of Infectious Diseases*, 17, e883-e891. doi:10.1016/j.ijid.2013.02.023
- Meursing, K. (1999). Barriers to sexual behaviour change after an HIV diagnosis in sub-Saharan Africa. In J. C. Caldwell, *Resistances to Behavioural Change to Reduce HIV/AIDS Infection*, (pp. 35-39). Australia: Health Transition Centre, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University.
- Miller, A. K., Lee, B. L., & Henderson, C. E. (2012). Death anxiety in persons with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Death Studies*, 36, 640-663. doi:10.1080/07481187.2011.604467
- Millsap, R. E., & Yun-Tein, J. (2004). Assessing factorial invariance in ordered-categorical measures. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 479-515. doi:10.1207/S15327906MBR3903_4
- Misovich, S. J., Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1997). Close relationships and elevated HIV risk behaviour: Evidence and possible underlying psychological processes. *Review of General Psychology*, 1, 72-107. doi:10.1037/1089-2680.1.1.72
- Mkandawire-Valhmu, L., Wendland, C., Stevens, P. E., Kako, P. M., Dressel, A., & Kibicho, J. (2013). Marriage as a risk factor for HIV: Learning from the experiences of HIV-infected women in Malawi. *Global Public Health*, 8, 187-201. doi:10.1080/17441692.2012.761261

- Mockus, D. S., & Coon, P. A. (2008). *New Population at Risk for HIV: The aging population of Riverside County*. Riverside County Department of Public Health, Epidemiology and Program Evaluation. Retrieved from <http://www.rivcoph.org>
- Moreira, A. M., & Côrte-Real, A. (1999). Uma abordagem CL da sexualidade do idoso. In G. Lopes (Ed.), *Temas CL de psiquiatria, psicossomática e psicologia* (pp. 205-213). Lisboa: Consiliar Ligação Portuguesa.
- Morgan, D. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained: Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research, 1*, 48-76. doi:10.1177/2345678906292462
- Mota, M. (2007). *A infecção VIH nos idosos*. Consultado a partir de <http://www.aidscongress.net/>.
- Mucchielli, R. (1979). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale* (6^{ème} éd., rev. et augm.). Paris: Enterprise Moderne d'Édition, Librairies Techniques et Les Éditions ESF.
- Murray, K. M., Ciarrocchi, J. W., & Murray-Swank, N. A. (2007). Spirituality, religiosity, shame and guilt as predictors of sexual attitudes and experiences. *Journal of Psychology and Theology, 35*, 222-234.
- Nadeau, L., Truchonm M., & Biron, C. (2000). High-risk sexual behaviors in a context of substance abuse, a focus group approach. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 319-328. doi:10.1016/S0740-5472(00)00127-6.
- Nardone, A. (2005). Transmission of HIV/AIDS in Europe continuing. *Eurosurveillance, 10* (47). Retrieved from <http://www.ecdc.europa.eu>
- Nascimento, V. L. (2002). *Contar ou não contar: a revelação do diagnóstico pelas pessoas com HIV/AIDS* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de São Paulo.
- National Surveillance of Communicable Diseases (2011). *Annual HIV and AIDS report 2010*. Retrieved from <http://www.ssi.dk>.
- Nazareth, J. M. (1988). O envelhecimento demográfico. *Psicologia, 2*, 135-146.
- Negin, J., & Cumming, R. G. (2010). HIV infection in older adults in sub-Saharan Africa: Extrapolating prevalence from existing data. *Bulletin of the World Health Organization, 88*, 847-853. doi:10.2471/BLT.10.076349
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia, 14*, 17-34.

- Nesidai, K. B., Ng'ang'a, Z., Mwangi, M., & Wanzala, P. (2011). Knowledge, attitude and practice factors associated with condom use among undergraduate students of a public university in Kenya. *African Journal*, 19, 41-52.
- Neto, F. (1998). *Psicologia social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nichols, J. E., Speer, D. C., Watson, B. J., Watson, M. R., Vergon, T. L., Valee, C. M., & Meah, J. M. (2002). *Aging with HIV: Psychological, social and health issues*. San Diego, CA: Academic Press.
- Noden, B. H., Gomes, A., & Ferreira, A. (2010). Influence of religious affiliation and education on HIV knowledge and HIV-related sexual behaviors among unmarried youth in rural central Mozambique. *AIDS Care*, 22, 1285-94. doi:10.1080/09540121003692193.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portuguesas e a sexualidade em finais do séc. XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Nodin, N., Moreira, S., & Ourô, M. A. (2001). Portugal (República Portuguesa). In R. T. Francoeur, & R. J. Noonan (Eds.), *The internacional encyclopedia of sexuality* (Vol. 4, pp. 502-546). New York: Continuum Publishing Company.
- Notzer, N., Levran, D., Mashiach, S., & Sqffer, S. (1984). Effect of religiosity on sex attitudes, experience and contraception among university students. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 10, 57-62. doi:10.1080/00926238408405790
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- O'Donohue, W. T. (1987). The sexual behaviour and problems of the elderly. In L. Carstein, & B. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 66-75). New York: Pergamon.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*, 2^a edição. Lisboa: Climepsi.
- Ohio Department of Health HIV/AIDS Surveillance Program (2001). *HIV/AIDS among Ohioans aged 50 and older*. Retrieved from <http://www.odh.ohio.gov/>
- Okuno, M. F., Souza D. F., Batista, R. E., Barbosa, D. A., & Belasco, A. G. (2012). Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 115-121. doi:10.1590/S0103-21002012000800018
- Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Oliver, M., & Hyde, J. (1993). Gender differences in sexuality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 29-51. doi:10.1037/0033-2909.114.1.29

- Önen, N. F., Shacham, E., Stamm, K. E., & Overton, E. T. (2010). Comparisons of sexual behaviors and STD prevalence among older and younger individuals with HIV infection. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*, 22, 711-717. doi:10.1080/09540120903373573
- Ory, M. G., & Mack, K. A. (1998). Middle-aged and older people with AIDS: Trends in national surveillance rates, transmission routes and risk factors. *Research on Aging*, 20, 653-64. doi:10.1177/0164027598206002
- Oursler, K. K., Sorkin, J. D., Smith, B. A., & Katznel, L. I. (2006). Reduced aerobic capacity and physical functioning in older HIV-infected men. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 22, 1113-1121. doi:10.1089/aid.2006.22.1113.
- Paiva, V., Bugamelli, L., Leme, B., Ventura-Filipe, E., Tunala, L., & Santos, N. (1998). SIDA, vulnerabilidade y condicionantes de género. *Cuadernos Mujer Salud*, 3, 34-38.
- Paiva, V., Latorre, M. R., Gravato, N., & Lacerda, R. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cadernos Saúde Pública*, 18, 1609-1619. doi:10.1590/S0102-311X2002000600015
- Paniagua, F. A. (1999). Commentary on the possibility that Viagra may contribute to transmission of HIV and other sexual diseases among older adults. *Psychological Reports*, 85, 942-944.
- Patel, D., Gillespie, B., & Foxman, B. (2003). Sexual behavior of older women: Results of a random-digit-dialing survey of 2000 women in the United States. *Sexually Transmitted Diseases*, 30, 216-220. doi:10.1097/00007435-200303000-00008
- Peate, I. (2007). Human immunodeficiency virus and the older people. *British Journal of Nursing*, 16, 606-610. doi:10.12968/bjon.2007.16.10.23508
- Pedersen, J. B. (1998). Sexuality and aging. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology* (pp. 141-145). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pettifor, A., MacPhail, C., Corneli, A., Sibeko, J., Kamanga, G., Rosenberg, N., Miller, W. C., Hoffman, I., Rees, H., & Cohen, M.S. (2012). Continued high risk sexual behavior following diagnosis with acute HIV infection in South Africa and Malawi: implications for prevention. *AIDS and Behavior*, 15, 1243-50. doi:10.1007/s10461-010-9839-0.
- Pinto, A. L. (2012). *A sexualidade nos idosos: Contributo para a avaliação das atitudes face à sexualidade nos idosos e a sua relação com a religião e nível cognitivo* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

- Pires, R. C. V. (2009). *Educação e promoção de saúde na prostituição: (re)estruturar estratégias de intervenção nas ruas do Porto* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Pitts, M., Grierson, J., & Misson, S. (2005). Growing older with HIV: A study of health, social and economic circumstances for people living with HIV in Australia over the age of 50 years. *AIDS Patient Care*, *19*, 460-465. doi:10.1089/apc.2005.19.460
- Poirier, J., Clapier-Valladon, S., & Raybaut, P. (1999). *Histórias de vida: Teoria e prática* (2ª ed., J. Quintela, Trad.). Oeiras: Celta. (Obra original publicada em 1983)
- Popkin, B. M. (Coord.) (2004). *Monitoring sexual behaviour in the Russian Federation: The Russia longitudinal monitoring survey 1992-2003*. Retrieved from http://www.cpc.unc.edu/projects/rfms/papers/sex_03.pdf.
- PORDATA (2013). *Índice de envelhecimento na Europa*. Consultado a partir de <http://www.pordata.pt/>
- Prakash, D. & Klotz, A. (2007). Should We Discard the “Qualitative” versus “Quantitative” Distinction? *International Studies Review*, *9*, 753-770. doi:10.1111/j.1468-2486.2007.00744.x
- Préau, M., Bouhnik, A. D., Roussiau, N., Lert, F., & Spire, B. (2008). Disclosure and religion among people living with HIV/AIDS in France. *AIDS Care*, *20*, 521-526. doi:10.1080/09540120701867230.
- Public Health Agency of Canada (2007). *HIV/AIDS among older Canadians*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/>.
- Public Health Agency of Canada (2013). *At a glance - HIV and AIDS in Canada: Surveillance report to december 31st, 2012*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/>
- Public Health England (2013). *HIV in the United Kingdom: 2013 report*. Retrieved from <http://www.hpa.org.uk>
- Radda, K. E., Schensul, J. J., Disch, W. B., Levy, J. A., & Reyes, C. Y. (2003). Assessing human immunodeficiency virus (HIV) risk among older urban adults. *Family & Community Health*, *26*, 203-213.
- Reimão, C. (1998). Atitude. In J. Colaço, & G. Vicente (Eds.), *Enciclopédia lusobrasileira de cultura* (Vol. 3, pp. 843-847). Lisboa: Editorial Verbo.
- Reis, R. K., Santos, C. B., & Gir, E. (2012). Quality of life among brazilian women living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, *24*, 626-34. doi:10.1080/09540121.2011.630345.

- Robert, P. (1993). *Le petit Robert – Dictionnaire de langue française*. Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Rodrigues, D. & Praça, N (2010). Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: Ações preventivas da infecção pelo HIV. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31, 321-327. doi:10.1590/S1983-14472010000200017
- Rosa, M. J. (1996). Envelhecimento demográfico: Proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *Análise Social*, 139, 1183-1198.
- Roscoe, B., & Kruger, T. L. (1990). AIDS: Late adolescents' knowledge and its influence on sexual behavior. *Adolescence*, 25, 39-48.
- Rosenthal, D., Fernbach, M., & Moore, S. (1997): The singles scene: Safe sex practices and attitudes among at-risk heterosexual adults. *Psychology & Health*, 12, 171-182. doi:10.1080/08870449708407398
- Russo, J. E., Carlson, K. A., Meloy, M. G., & Yong, K. (2008). The goal of consistency as a cause of information distortion. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137, 456-470. doi:10.1037/a0012786
- Saavedra, L., Nogueira, C., & Magalhães, S. (2010). Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: Implicações para a educação sexual. *Educação & Sociedade*, 31, 135-156. doi:10.1590/S0101-73302010000100008
- Saldanha, A. A., & Figueiredo, M. C. (2003). Género, relações afetivas e AIDS no cotidiano da mulher soropositiva. In SIDAnet Associação Lusófona (Org.), *III Congresso Virtual HIV/AIDS: o HIV no mundo lusófono* (pp.35-47). Santarém: Normagrafe.
- Samuels, H. P. (1997). The relationships among selected demographics and conventional and unconventional sexual behaviors among black and white heterosexual men. *The Journal of Sex Research*, 34, 85-92. doi:10.1080/00224499709551869
- San Francisco Department of Public Health (2008). *Quarterly AIDS surveillance report: AIDS cases reported through June 2008*. Retrieved from <http://www.sfdph.org/>.
- Santos, G., & Marques, T. R. (2006). Sexualidade do idoso. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 95-106). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Santos-Ortiz, M. C., Mattei, H., Correa-Nivar, K., & Pintado-Díaz, E. (2004). HIV/AIDS among middle and older adults in Puerto Rico. *Californian Journal of Health Promotion*, 2, 30-39.

- Sasse, A., Defraye, A., & Buziarsist, J. (2007). *Épidémiologie du SIDA et l'infection à VIH en Belgique: Situation au 31 Décembre 2006*. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variables analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schable, B., Chu, S., & Diaz, T. (1996). Characteristics of women 50 years of age or older with heterosexually acquired AIDS. *American Journal of Public Health, 86*, 1616-1618. doi:10.2105/AJPH.86.11.1616
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist, 51*, 702-714. doi:10.1037//0003-066X.51.7.702
- Schwarcz, S., Scheer, S., McFarland, W., Katz, M., Valleroy, L., Chen, S., & Catania, J. (2007). Prevalence of HIV infection and predictors of high-transmission sexual risk behaviors among men who have sex with men. *American Journal of Public Health, 97*, 1067–1075. doi:10.2105/AJPH.2005.072249
- Schwarcz, S., Chen, Y., Murphy, J. L., Paul, J. P., Skinta, M. D., Scheer, S., Vittinghoff, E., & Dilley, J. W. (2013). A randomized control trial of personalized cognitive counseling to reduce sexual risk among HIV-infected men who have sex with men. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 25*, 1-10. doi:10.1080/09540121.2012.674095
- Sears, D., Cabrera-Rodriguez, C., Ortiz-Mejia, F., Anderson, B., & Stein, M. (2008). Sexual risk behaviour among HIV-positive patients at an urban clinic in Santiago, Dominican Republic. *AIDS Care, 20*, 191-7. doi:10.1080/09540120701483202.
- Serra, A. V. (2006). Que significa envelhecer?. In H. Firmino, L. C. Pinto, A. Laeuschner, & J. Barreto (Eds.), *Psicogeriatría* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Shaw, C. R. (1966). *The Jack-Roller: A delinquent boy's own story*. Chicago: The University of Chicago Press. (1^a ed., 1930).
- Shippy, R. A., & Karpiak, S. E. (2005). Perceptions of support among older adults with HIV. *Research on aging, 27*, 290-306. doi:10.1177/0164027504273780
- Shisana, O., Zungu-Dirwayi, N., Toefy, Y., Simbayi, L.C., Malik, S., & Zuma, K. (2004). Marital status and risk of HIV infection in South Africa. *South African Medical Journal, 94*, 537-43.

- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2003). Reasons for the adoption of celibacy among older men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Sex Research, 40*, 189-200.
- Silva, J., Bunn, K., Bertoni, R. F., Neves, O. A., & Traebert, J. (2013). Quality of life of people living with HIV. *AIDS Care, 25*, 71-76. doi:10.1080/09540121.2012.686594.
- Silva, M. M. C. (2008). *Atitudes sexuais e auto-eficácia de estudantes do 1º ano do ensino superior e seus colaboradores* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Simbayi, L. C., Kalichman, S. C., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007). Disclosure of HIV status to sex partners and sexual risk behaviours among HIV-positive men and women, Cape Town, South Africa. *Sexually Transmitted Infections, 83*, 29-34. doi:10.1136/sti.2006.019893
- Simoni, J. M., & Pantalone, D. W. (2004). Secrets and safety in the age of AIDS: does HIV disclosure lead to safer sex? *Topics in HIV Medicine, 12*, 109-18.
- Simonton, D. K. (1999). Significant samples: The psychological study of eminent individuals. *Psychological Methods, 4*, 425-451. doi:10.1037/1082-989X.4.4.425
- Skiest, D. J., & Keiser, P. (1997). Human immunodeficiency virus infection in patients older than 50 years: A survey of primary care physicians' beliefs, practices, and knowledge. *Archives of Family Medicine, 6*, 289-294. doi:10.1001/archfami.6.3.289
- Skrondal, A., Eskild, A., & Thorvaldsen, J. (2000). Changes in condom use after HIV diagnosis. *Scandinavian Journal of Public Health, 28*, 71-76. doi:10.1177/140349480002800112
- Smith, J. (2000). *The fourth age: A period of psychological mortality?* Max Planck Forum.
- Smith, T. W. (1998). *American sexual behavior: Trends, socio-demographic differences and risk Behavior*. GSS Topical Report, 25. Chicago: National Opinion Research Center.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology* (pp. 290-312). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Soetens, L. C., Koedijk, F. D. H., Van den Broek, I. V. F., Vriend, H. J., Op de Coul, E. L. M., Van Aar, ..., & Benthem, B. H. B. (2013). *Sexually transmitted infections*,

- including HIV, in the Netherlands in 2012. National Institute for Public Health and Environment. Retrieved from www.rivm.nl
- Solomon, K. (1996). Psychosocial issues. In K. M. Nokes (Ed.), *HIV/AIDS and the older adult* (pp.33-46). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Soper, D. (2014). Statistics calculators (version 3.0). Retrieved from <http://www.danielsoper.com/statcalc3/calc.aspx?id=48>
- Souza, M. T., Backes, D. S., Pereira, A. D., Ferreira, C. L., Medeiros, H., & Marchiori, M. R. (2009). Nível de conhecimento de um grupo de idosos em relação à síndrome da imunodeficiência adquirida. *Avances en Enfermeira*, 27, 22-29.
- Speer, D. C., Kennedy, M., Watson, M, Meah, J., Nichols, J., & Watson, B. (1999). Ethnic, demographic, and social differences among middle and older adults with HIV/AIDS. *Aids Patient Care*, 13, 615-624.
- Spikes, P.S., Purcell, D.W., Williams, K.M., Chen, Y., Ding, H., & Sullivan, P.S. (2009). Sexual risk behaviors among HIV-positive black men have sex with women, with men, or with men and women: implications for intervention development. *American Journal of Public Health*, 99, 1072-1078. doi:10.2105/AJPH.2008.144030
- Stall, R., & Catania, J. (1994). AIDS risk behaviors among late middle-aged and elderly americans: The national AIDS behavioral surveys. *Archives of Internal Medicine*, 154, 57-63. doi:10.1001/archinte.1994.00420010085010.
- Steinke, E. E. (1994). Knowledge and attitudes of older adults about sexuality in ageing: A comparison of two studies. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 477-485. doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01110.x
- Stephenson, R. (2009). Community influences on young people's sexual behavior in 3 african countries. *American Journal of Public Health*, 99, 102-109. doi:10.2105/AJPH.2007.126904.
- Steward, W. T., Remien, R. H., Higgins, J. A., Dubrow, R., Pinkerton, S. D., Sikkema, K. J., Truong, H. M., Johnson, M. O., Hirsch, J., Brooks, R. A., & Morin, S. F. (2009). Behavior change following diagnosis with acute/early HIV infection-a move to serosorting with other HIV-infected individuals. The NIMH Multisite Acute HIV Infection Study: III. *AIDS and Behavior*, 13, 1054-60. doi:10.1007/s10461-009-9582-6.
- Stoff, D. M., Khalsa, J. H., Monjan, A., & Portegies, P. (2004). Introduction: HIV/AIDS and aging. *AIDS*, 18, 1-2.

- Stutterheim, S. E., Shiripinda, I., Bos, A. E., Pryor, J. B., Bruin, M., Nellen, J. F., Kok, G., Prins, J. M., & Schaalma, H. P. (2011). HIV status disclosure among HIV-positive African and Afro-Caribbean people in the Netherlands. *AIDS Care*, *23*, 195-205. doi:10.1080/09540121.2010.498873
- Su, X., Lau, J. T., Mak, W. W., Chen, L., Choi, K. C., Song, J., Zhang, Y., Zhao, G., Feng, T., Chen, X., Liu, C., Liu, J., Liu, D., & Cheng, J. (2013). Perceived discrimination, social support, and perceived stress among people living with HIV/AIDS in China. *AIDS Care*, *25*, 239-48. doi:10.1080/09540121.2012.701713
- Szwarcwald, C. L., Barbosa-Junior, A., Pacom, A. R., & Souza-Junior, P.R. (2005). Knowledge, practices and behaviors related to HIV transmission among the Brazilian population in the 14-54 years age group. *AIDS*, *19*, 42-50. doi:10.1590/S0034-89102006000800015
- The Kirby Institute for Infection and Immunity in Society (2013). *Australian annual surveillance report 2013: HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia*. The Kirby Institute, University of New South Wales, Sydney NSW 2052. Retrieved from <http://www.kirby.unsw.edu.au>
- Theall, K. P., Elifson, K. W., Sterk, C. E., & Klein, H. (2003). Perceived susceptibility to HIV among women: differences according to age. *Research on Aging*, *25*, 405-432. doi:10.1177/0164027503025004004
- Thomae, H. (1999). The nomothetic-idiographic issue: Some roots and recent trends. *International Journal of Group Tensions*, *28*, 187-215. doi:10.1023/A:1021891506378
- Thomas, W. I., & Znaniecki, Z. (1984). *The Polish Peasant in Europe and America*. New York: A. A. Knopf. (1^a ed., 1918)
- Tibúrcio, A. S., Bazin, A. R., Dalston, M. O., Setúbal, S., & Tavares, W. (1994). Síndrome de imunodeficiência adquirida em idosos. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, *6*, 23-25.
- Tinoco, R., & Pinto, S. (2001). Abordagem biográfica das toxicodependências – o biograma como instrumento de intervenção clínica. *Toxicodependências*, *7*, 17-22.
- Tourinho, A., Coelho, S., & Santos, T. (2011). Conhecimento e atitudes de mulheres sobre AIDS: uma difícil negociação. *Saúde & Transformação Social*, *1*, 33-42. Retrieved from <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=265319571006>

- Trinitapoli, J., & Regnerus, M. D. (2006). Religion and HIV risk behaviors among married men: Initial results from a study in rural sub-saharan Africa. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45, 505-528. doi:10.1111/j.1468-5906.2006.00325.x
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and relationship therapy*, 15, 381-406. doi:10.1080/713697433
- Ultramari, L., Moretto, P. B., Gir, E., Canini, S. R., Teles, S. A., Gaspar, J., & Machado, A. A. (2011). Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS em idosos. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 13, 405-412. Retrieved from <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11816/10641>
- United Nations (2009). *World Population Ageing 2009*. United Nations: New York.
- United Nations Programme in HIV/AIDS (2002). *Impact of AIDS on older populations*. Retrieved from <http://www.unaids.org/en/>.
- United Nations Programme in HIV/AIDS (2007). *AIDS epidemic update*. Retrieved from <http://www.unaids.org/en/>.
- United Nations Programme in HIV/AIDS (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Retrieved from <http://www.unaids.org/en/>.
- United Nations Programme in HIV/AIDS (2013a). *HIV and aging*. Retrieved from <http://www.unaids.org/en/>.
- United Nations Programme in HIV/AIDS (2013b). UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Retrieved from <http://www.unaids.org/en/>.
- United Nations Programme in HIV/AIDS (2013c). UNAIDS report 2013: HIV in Asia and the Pacific. Retrieved from <http://www.unaids.org/en/>
- Valdiserri, R. O., Holtgrave, D. R., & Brackbill, R. M. (1993). American adults' knowledge of HIV testing availability. *American Journal of Public Health*, 83, 525-528. doi:10.2105/AJPH.83.4.525
- Vance, D. (2006). Spirituality of living and aging with HIV: A pilot study. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 19, 57-74. doi:10.1300/J496v19n01_05
- Vance, D. E., Woodley, R. A., & Burrage, J. R. (2007). Predictors of cognitive ability in adults aging with HIV. *Clinical Gerontologist*, 30, 83-101. doi:10.1300/J018v30n03_07
- Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice (Maturidade e Sabedoria)*. Lisboa: Edições Asa.

- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist, 1*, 89-99. doi:10.1027/1016-9040.1.2.89
- Vasconcellos, D., Novo, R. F., Castro, O. P., Vion-Dury, K., Ruschel, A., Couto, M. C., & Giami, P. C. (2004). A sexualidade no processo de envelhecimento: Novas perspectivas – Comparação transcultural. *Estudos de Psicologia, 9*, 413-419. doi:10.1590/S1413-294X2004000300003
- Vaz, R. A. & Nodin, N. (2005). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica, 3*, 329-339.
- Veen, M G., Koedijk, F. D., Broek, I. V., Coul, E. L., Boer, I. M., Sighem, A. I., & Sande, M. A. (2007). Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2006. *BMC Family Practice, 11*. doi:10.1186/1471-2296-11-39
- Vera Cruz, G., & Mullet, E. (2012). Sexual attitudes among Mozambican adults. *International Journal of Psychology and Counselling, 4*, 73-80. doi:10.5897/IJPC12.002
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial: Erik Erikson*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Viegas, S., & Lima, A. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: A construção social da categoria da velhice. *Psicologia, 6*, 149-158.
- Ward, E. G., Disch, W. B., Levy, J. A., & Schensul, J. J. (2004). Perception of HIV/AIDS risk among urban, low-income senior-housing residents. *AIDS Education and Prevention, 116*, 571-588. doi:10.1521/aeap.16.6.571.53795
- Weaver, S. P., & Passmore, C. (2012). Older adults' knowledge concerning risk factors for HIV transmission. *Texas Academy of Family Physicians, 9*.
- Weeks, J. (2002). *Sexuality*. New York: Routledge. (1ª ed., 1986)
- Wei, C., Guadamuz, T.E., Stall, R., & Wong, F.Y. (2009). STD prevalence, risky sexual behaviors, and sex with women in a national sample of chinese men who have sex with men. *American Journal of Public Health, 99*, 1978-1981. doi:10.2105/AJPH.2008.150037
- Weiss, D. J., & Shanteau, J. (2003). The vice of consensus and the virtue of consistency. In J. Shanteau, P. Johnson, & C. Smith (Eds), *Psychological explorations of competent decision making*. NY: Cambridge University Press
- Williams, E., & Donnelly, J. (2002). Older Americans and AIDS: Some guidelines for prevention. *Social Work, 47*, 105-111.

- Winningham, A., Richter, D., Corwin, S., & Gore-Felton, C. (2004). Perceptions of vulnerability to HIV among older african american women. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 3, 25-42. doi:10.1300/J187v03n01_04
- Work Group for the HIV and Aging Consensus Project (2012). Summary report from the human immunodeficiency virus and aging consensus project: Treatment strategies for clinicians managing older individuals with the human immunodeficiency virus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 974-979. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03948.x
- World Health Organization (2008). *World health statistics 2008*. Retrieved from www.who.int.
- World Health Organization (2011a). *Data on the size of the HIV/AIDS epidemic: Data by WHO region*. Retrieved from www.who.int
- World Health Organization (2011b). *Data on the size of the HIV/AIDS epidemic: Number of people (all ages) living with HIV by country*. Retrieved from www.who.int
- World Medical Association (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Wright, S. D., Drost, M., Caserta, M. S., & Lund, D. A. (1998). Older adults and HIV/AIDS. *Gerontology & Geriatrics Education*, 18, 3-21. doi:10.1300/J021v18n04_02
- Wulfert, E., & Wan, C. K. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology*, 12, 346-353. doi:10.1037/0278-6133.12.5.346
- Xu, F., Schillinger, J. A. , Aubin, M. R., St Louis, M. E., & Markowitz, L. E. (2001). Sexually transmitted diseases of older persons in Washington State. *Sexually Transmitted Infections*, 28, 287-291. doi:10.1097/00007435-200105000-00010
- Yang, Q., Boulos, D., Yan, P., Zhang, F., Remis, R., Schanzer, D., & Archibald, C. (2010). Estimates of the number of prevalent and incident human immunodeficiency virus (HIV) infections in Canada, 2008. *Canadian Journal of Public Health*, 101, 486-90.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage

- Zablotsky, D., & Kennedy, M. (2003). Risk factors and HIV transmission to midlife and older women: Knowledge, options and the initiation of safer sexual practices. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *33*, 122-130.
- Zelenetz, P. D., & Epstein, M. E. (1998). HIV in the elderly. *AIDS Patient Care*, *12*, 255-262.
- Zhao, H., & Goetz, M. B. (2011). Complications of HIV infection in an ageing population: challenges in managing older patients on long-term combination antiretroviral therapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, *66*, 1210-1214. doi:10.1093/jac/dkr058
- Zingmond, D. S., Wenger, N. S., Crystal, S., Joyce, G.F., Liu, H., Sambamoorthi, U., ..., & Bozzette, S. A. (2001). Circumstances at HIV diagnosis and progression of disease in older HIV-infected Americans. *American Journal of Public Health*, *91*, 1117-1120. doi:10.2105/AJPH.91.7.1117

ANEXOS

Anexo A
Questionário Sócio-demográfico

Data: ___/___/___

Idade: ___ anos

Género: 1 – M___; 2 – F___

Meio de residência: 1 – urbano ___; 2 – rural ___

Concelho: _____

Localidade: _____

Naturalidade: _____

Há quanto tempo reside nesse meio? _____ (nº de anos e/ou meses)

Habilitações literárias: _____ (nº de anos de escolaridade)

Tipo de instituição de ensino: _____

Profissão: _____

Estado Civil:

1 – solteiro(a) ___; 2 – viúvo(a) ___, há quanto tempo ___;

3 – casado(a) ou união de facto___; 4 – divorciado(a)___, há quanto tempo_____

Habilitações literárias do cônjuge: _____ (nº de anos de escolaridade)

Tipo de instituição de ensino: _____

Profissão do cônjuge: _____

Religião:

1 – ateu ou agnóstico(a) ___;

2 – gnóstico(a), cristão(ã) ou outra religião, mas não praticante ___;

3 – cristão(ã) ou outra religião, mas praticante ___

Grupo Clínico

1. Quando lhe foi diagnosticada a infeção pelo VIH/SIDA?
2. Como soube que estava infetado pelo VIH/SIDA?
3. Como se infetou?

Anexo B

Escala de Atitudes Sexuais (Margalha et al., 2008)

Tenho agora outras questões que lhe vou ler e que vão servir para fazermos uma entrevista. Não há respostas certas ou erradas, nem tempo limite para responder: responda ao seu próprio ritmo. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. Depois de terminarmos, caso queira, terá algum tempo para conversar sobre certas questões em que tenha pensado durante a entrevista. Por favor, não tenha pressa para responder, mas mantenha um certo ritmo já que o que interessa são as suas primeiras impressões. Para cada uma das afirmações que se seguem, indique qual o grau de concordância que lhe parece corresponder às suas opiniões, pensamentos ou sentimentos.

Para isso utilize a seguinte escala:

não concordo mesmo nada; não concordo;

não sei/não concordo nem discordo;

concordo; concordo mesmo muito.

Responda a todas as afirmações, mesmo que não esteja inteiramente certo(a) da sua resposta. OBRIGADO(A).

	Não concordo mesmo nada	Não concordo	Não Sei / Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo mesmo muito
0. Não é preciso estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.					
1. O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável. (1B. Para uma sexualidade responsável, o casal deve planear o número de filhos que pretende ter e aconselhar-se para isso com o seu médico.)					
2. As relações sexuais ocasionais são aceitáveis. (2B. As relações sexuais <u>imprevistas</u> são aceitáveis. 2C. As relações sexuais <u>acidentais</u> são aceitáveis.)					
3. O sexo torna-se melhor à medida que as relações progridem. (3B. O sexo torna-se melhor à medida que as relações <u>avançam no tempo</u> .)					
4. Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros.					
5. O sexo é melhor quando nos “deixamos ir” e nos centramos no nosso próprio prazer. (5B. O sexo é melhor quando nos “deixamos ir” e nos <u>concentramos</u> no nosso próprio prazer.)					

	Não concordo mesmo nada	Não concordo	Não Sei / Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo mesmo muito
6. As “aventuras sexuais” de uma só noite são, por vezes, muito agradáveis.					
7. As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar. (7B. As mulheres devem partilhar as responsabilidades no planeamento dos filhos que pretendem ter.)					
8. É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo. (8B. É correcto <u>manter</u> relações sexuais com mais do que uma pessoa.)					
9. O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas. (9B. O sexo é a forma mais <u>peçoal e profunda</u> de comunicação entre duas pessoas.)					
10. É correcto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro.					
11. O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.					
12. As relações sexuais como simples troca de “serviços” são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo. (12B. As relações sexuais <u>podem traduzir um simples acto de dar uma coisa e receber outra em paga</u> , desde que ambos os parceiros estejam de acordo.)					
13. A educação sexual é importante para a juventude.					
14. O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer “compromissos”. (14B. O melhor sexo é o que se faz <u>sem</u> “compromissos”.)					
15. Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interacção humana. (15B. Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais <u>bela</u> de <u>relação</u> humana.)					
16. A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre.					
17. O sexo é, principalmente, uma actividade física.					
18. É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.					

	Não concordo mesmo nada	Não concordo	Não Sei / Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo mesmo muito
19. Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois “seres”. (19B. Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a <u>união</u> de dois “seres”.)					
20. O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.					
21. O orgasmo é a melhor experiência do mundo. (21B. A melhor experiência do mundo é ter um prazer mesmo muito grande no sexo.)					
22. É correcto “pressionar” alguém para ter relações sexuais. (22B. É correcto “ <u>insistir</u> ” <u>com</u> alguém para ter relações sexuais.)					
23. A masturbação é algo agradável e inofensivo. (23B. <u>Tocar / mexer nos órgãos sexuais para ter prazer</u> é algo agradável e inofensivo.)					
24. É bom ter uma prolongada experiência sexual pré-marital. (24B. É bom ter uma prolongada experiência sexual <u>antes do casamento</u> .)					
25. Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor “estado de espírito”.					
26. As “aventuras extraconjugais” são aceitáveis, desde que o nosso parceiro não saiba nada delas. (26B. As “aventuras <u>fora do casamento</u> ” são aceitáveis, desde que o nosso parceiro não saiba nada delas.)					
27. Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar. (27B. Os homens devem partilhar as responsabilidades no planeamento dos filhos que pretendem ter.)					
28. O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável. (28B. O sexo só pelo <u>prazer físico</u> é perfeitamente aceitável.)					
29. O sexo é, geralmente, uma experiência intensa e absorvente. (29B. O sexo é, geralmente, uma experiência <u>forte</u> e <u>envolvente</u> .)					
30. Sentir-me-ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas.					
31. O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer. (31B. O sexo é, principalmente, uma <u>necessidade do corpo</u> , tal como comer.)					
32. A prostituição é aceitável.					
33. Usar “instrumentos e objectos sexuais” quando se faz amor é aceitável.					

	Não concordo mesmo nada	Não concordo	Não Sei / Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo mesmo muito
34. O sexo apenas como forma de “descarga” física é bom. (34B. O sexo apenas como forma de “alívio” físico é bom.)					
35. Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo. (35B. Tocar / mexer nos órgãos sexuais do nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo.)					
36. O sexo sem amor não faz sentido. (36B. O sexo só faz sentido se existir amor entre as pessoas.)					
37. O sexo é uma parte muito importante da vida.					
38. As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.					
39. O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas.					
40. Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas.					
41. Fazer sexo é, fundamentalmente, bom. (41B. Fazer sexo é, essencialmente, bom. 41C. Fazer sexo é, principalmente, bom.)					
42. A principal finalidade do sexo é dar-nos prazer a nós mesmos.					

Anexo C

Pedidos de Autorização para Recolha dos Dados Quantitativos e Qualitativos

C.1.: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Santa Maria



Presidente
Prof. Doutor João Lobo Antunes

Vice-Presidente
Profª. Doutora Maria Luísa Figueira

Membros
Dr. Mário Miguel Rosa
Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge
Dra. Leonor Carvalho
Dra. Graça Nogueira
Dra. Gabriela Mendes
Mestre Enfª. Isabel Côte-Real
Padre Fernando Sampaio

Exma. Senhora
Dra. Joana Tavares Azevedo Feliz
Rua Vasco Santana, 3 - 12º Esq.
2685-246 PORTELA LRS

Lisboa, 24 de Janeiro de 2008

Assunto: Projecto “Atitudes e comportamentos sexuais em adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA”, no âmbito de Tese de Mestrado em Psicologia Clínica

Pela presente, informamos Vª. Exª. que o Projecto citado em epígrafe, obteve na reunião realizada em 23 de Janeiro de 2008, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido Projecto foi enviado ao Vogal Executivo do Conselho de Administração, Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


Prof. Doutor João Lobo Antunes

COMISSÃO DE ÉTICA
Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes
Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90
Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610
www.hsm.pt

C.2.: Parecer do Conselho de Administração do Hospital de Santa Maria



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Exma. Senhora
Joana Tavares de Azevedo Feliz
Rua Vasco Santana, 3 - 12º Esq.
2685 - 246 PORTELA LRS

Refª VCA1 - 2008.Fev.11 - 0020

Assunto: Projecto “Atitudes e comportamentos sexuais em adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA”.

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto em epigrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do H.S.M., e autorizado pelo Conselho de Administração em 07 de Fevereiro de 2008.

Com os melhores cumprimentos


O Vogal do Conselho de Administração

Dr. J. A. Correia da Cunha

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 500
Fax: 217 805 600 / 01
Email: administracao@hsm.min-saude.pt
www.hsm.pt

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

C.3.: Hospital de Dia de Infecçiology do Hospital Fernando da Fonseca

Lisboa, 14 de Março de 2008

Exma. Direcção Clínica
Do Hospital Fernando Fonseca

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Mestrado.

Eu, Joana Tavares de Azevedo Feliz, na qualidade de estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica do ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada), estou a levar a cabo um trabalho de investigação junto da população idosa, sob orientação do Prof. Doutor António Diniz. A minha tese enquadra-se no âmbito do estudo das atitudes sexuais em sujeitos com mais de 60 anos infectados pelo VIH/SIDA (por via sexual).

Necessitando obter dados para a elaboração da referida tese, venho por este meio apresentar, para apreciação, o meu projecto e solicitar a V. Ex.ª a devida autorização para a realização dessa recolha junto do Vosso Serviço.

Gostaria, ainda, de salientar o carácter voluntário de participação no estudo e a garantia de anonimato das informações fornecidas.

Sem outro assunto de momento, e agradecendo desde já toda a disponibilidade dispensada,

Joana Tavares de Azevedo Feliz
R. Vasco Santana, 3, 12ºEsq., 2685-246 PORTELA LRS
Tm: 96 6568170
E-mail: joana_azevedo_feliz@hotmail.com

C.4.: Serviço de Infecçiology do Hospital de Cascais

Lisboa, 9 de Janeiro de 2008

Exmo. Senhor

Dr. José Vera

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Mestrado.

Eu, Joana Tavares de Azevedo Feliz, na qualidade de estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica do ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada), estou a levar a cabo um trabalho de investigação junto da população idosa, sob orientação do Prof. Doutor António Diniz. A minha tese enquadra-se no âmbito do estudo das atitudes sexuais em sujeitos com mais de 60 anos infectados pelo VIH/SIDA (por via sexual).

Necessitando obter dados para a elaboração da referida tese, venho por este meio apresentar, para apreciação, o meu projecto e solicitar a V. Ex.ª a devida autorização para a realização dessa recolha junto do Vosso Serviço.

Gostaria, ainda, de salientar o carácter voluntário de participação no estudo e a garantia de anonimato das informações fornecidas.

Sem outro assunto de momento, e agradecendo desde já toda a disponibilidade dispensada,

Joana Tavares de Azevedo Feliz

R. Vasco Santana, 3, 12ªEsq., 2685-246 PORTELA LRS

Tm: 96 6568170

E-mail: joana_azevedo_feliz@hotmail.com

Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Doutoramento

De: **Joana Azevedo Feliz** (joana_azevedo_feliz@hotmail.com)

Enviada:segunda-feira, 8 de Fevereiro de 2010 13:13:12

Para: mjose.covas@scml.pt

Exma. Senhora

Dra. Maria José Covas Moreira

Eu, Joana Tavares de Azevedo Feliz, na qualidade de estudante do Programa de Doutoramento em Psicologia Clínica da Universidade de Évora, estou a levar a cabo um trabalho de investigação junto da população idosa, sob orientação do Prof. Doutor António Diniz. A minha tese enquadra-se no âmbito do estudo das atitudes e comportamentos sexuais em sujeitos com mais de 55 anos. O estudo a realizar tem como finalidade a recolha de informação para a criação de programas de prevenção/intervenção específicos para adultos mais velhos na área da sexualidade.

Necessitando obter dados para a elaboração da referida tese, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a devida autorização para a realização dessa recolha junto da Vossa Instituição.

Gostaria, ainda, de salientar o carácter voluntário de participação no estudo e a garantia de confidencialidade das informações recolhidas.

Sem outro assunto de momento, e agradecendo desde já toda a disponibilidade dispensada,

Joana Azevedo Feliz

Contactos:

R. Vasco Santana, 3, 12ºEsq., 2685-246 PORTELA LRS

Tm: 96 6568170

E-mail: joana_azevedo_feliz@hotmail.com

RE: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Doutoramento

De: **Maria José Covas Moreira** (Mjose.Covas@scml.pt)

Enviada: sexta-feira, 26 de Fevereiro de 2010 11:09:59

Para: Joana Azevedo Feliz (joana_azevedo_feliz@hotmail.com)

Exma. Senhora

Deve dirigir o pedido de recolha de informação à Directora da Acção Social da SCML, Dr.^a Luisa Godinho, que é quem pode avaliar a viabilidade do pedido.

Peço desculpa pela demora na resposta.

Cumprimentos,

Maria José Covas Moreira
Directora da DIASL Centro Ocidental
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
Tel: 21 394 38 23
Tlm: 96 171 86 92
mjose.covas@scml.pt

Lisboa, 30 de Março de 2010

Exma. Senhora
Dra. Luisa Godinho

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Doutoramento.

Eu, Joana Tavares de Azevedo Feliz, na qualidade de estudante do Programa de Doutoramento em Psicologia Clínica da Universidade de Évora, estou a levar a cabo um trabalho de investigação junto da população idosa, sob orientação do Prof. Doutor António Diniz. Este projecto pretende dar continuidade ao trabalho de investigação já realizado no âmbito da dissertação de Mestrado (“Teste de um Modelo Multivariado Preditor de Comportamentos Sexuais de Risco em Adultos Idosos Portugueses”).

Necessitando obter dados para a elaboração da referida tese, venho por este meio apresentar, para apreciação, o meu projecto e solicitar a V. Ex.^a a devida autorização para a realização dessa recolha junto de Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Gostaria, ainda, de salientar o carácter voluntário de participação no estudo e a garantia de confidencialidade das informações recolhidas.

Sem outro assunto de momento, e agradecendo desde já toda a disponibilidade dispensada,

Joana Tavares de Azevedo Feliz
R. Vasco Santana, 3, 12^oEsq., 2685-246 PORTELA LRS
Tm: 96 6568170
E-mail: joana_azevedo_feliz@hotmail.com

Anexos:

- Anexo A: Projecto
- Anexo B: Termo de Consentimento Informado
- Anexo C: Instrumentos
- Anexo D: Curriculum Vitae

Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Doutoramento

De: **Maria Isilda Andrade Pereira Geraldès** (Isilda.Geraldès@scml.pt)

Enviada: sexta-feira, 16 de Abril de 2010 11:29:57

Para: joana_azevedo_feliz@hotmail.com (joana_azevedo_feliz@hotmail.com)

Dra Joana Feliz

Sou Maria Isilda Geraldès, pertenço ao Núcleo de Assessoria e Apoio Técnico da Direcção de Acção Social, e tenho comigo o seu pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Doutoramento.

Assim venho propor-lhe um contacto presencial comigo aqui na sede da SCML, no Largo Trindade Coelho, em Lisboa, em horário a combinar, na próxima 2ª feira. Poderá telefonar-me entre as 10:30 e as 12:30 para o telefone 213235443.

Fico a aguardar. Com os meus cumprimentos

Isilda Geraldès

Pedido de autorização para recolha de dados/inquérito para Tese de Doutoramento

De:

Maria Isilda Andrade Pereira Geraldés (Isilda.Geraldés@scml.pt)

Enviada:terça-feira, 22 de Junho de 2010 16:24:15

Para: Joana Azevedo Feliz (joana_azevedo_feliz@hotmail.com)

Dra Joana

No seguimento do seu pedido relativo ao assunto referido em epígrafe, estão disponíveis para colaborar na recolha de dados os equipamentos abaixo discriminados sediados na área da DIASL Oriental:

CD Stº Eugénio- Alameda da Encarnação-1800-187 telf.218540950

Directora: Dra Ana Clara Henriques

CDC Bairro dos Loios-Rua Pedro José Pezeret- Edifício Amarelo telf. 21 836 50 00

Directora: Dra Teresa Pinho

Res. e Centro de Dia Quinta das Flores- rua Pedro de Azevedo-1900-785 telef. 218314007

Directora: Dra Sandra Baptista

Sem outro assunto de momento, com os meus cumprimentos.

Isilda Geraldés

Anexo D

Termo de Consentimento Informado Estudos Quantitativos

Agradecemos a sua participação voluntária num estudo que está a ser desenvolvido na Universidade de Évora, em que se pretende saber como é que os idosos portugueses encaram a sexualidade (atitudes e comportamentos). A sua colaboração é muito importante, dado que os resultados do estudo poderão apontar pistas para minimizar comportamentos sexuais de risco em idosos. As suas respostas serão confidenciais e serão usadas unicamente para este estudo.

Salienta-se, ainda, que após a realização deste estudo e das publicações com ele relacionadas, todo o material será destruído, e que a qualquer momento do decurso do estudo poderá desistir, não sendo, por isso, prejudicado(a) de forma alguma.

Eu _____ declaro aceitar participar voluntariamente no estudo realizado por Joana Azevedo Feliz, para a realização da sua tese de Doutoramento pela Universidade de Évora. A minha participação incluirá a realização de uma entrevista e a possibilidade de narração da minha história de vida (mediante contacto telefónico prévio), estando assegurada a confidencialidade das mesmas.

Abaixo assina

Contacto telefónico:

Anexo E
Questionário de Comportamentos Sexuais

4. Teve relações sexuais pelo menos uma vez nos últimos doze meses?

Sim

Não

Dificuldade em responder

5. Com quantos parceiros sexuais já esteve envolvido/a?

0 = Não se aplica

1 = 1-2

2 = 2-4

3 = 5-10

4 = Mais de 10

6. Quanto a si, qual o tempo razoável entre o primeiro encontro e a relação sexual?

1 = no 1º encontro

2 = entre 1 semana e 1 mês

3 = entre 1 mês e 6 meses

4 = entre 6 meses e 1 ano

5 = mais de 1 ano

7. Esteve sempre apaixonado/a por todos os seus parceiros sexuais?

0 = Não se aplica

1 = Não

2 = Sim

8. Usou preservativo na última vez em que teve relações sexuais?

Sim

Não

Dificuldade em responder

9. Para que serve o preservativo?

10. Como pode ser evitada a infecção pelo vírus VIH/SIDA?

Anexo F

Autorização para Utilização das Provas

From: Joana Feliz [mailto:joana_azevedo_feliz@hotmail.com]
Sent: Tuesday, September 18, 2007 11:59 AM
To: Snell, William
Subject: About MSSQ

Dear Sir,

My name is Joana Feliz and I'm a student at Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Lisbon, Portugal), where I'm doing my Master's thesis in Clinical Psychology, specifically on Sexual Behaviour.

I would be very interested in validating the "Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire" (1996) but only some subscales:

- sexual-consciousness
- motivation to avoid risk sex
- change/lack sexual control
- sexual-preoccupation
- sexual-monitoring
- sexual-motivation
- internal-sexual-control

I would be very pleasant if you give me your opinion about the consistence/viability of using only these subscales.

At least I'de like to ear from you about what would be necessary to get authorization to use and adapt the MSSCQ to Portuguese and validate it close to a sample of adults and old adults.

Best regards,

Joana Feliz
joana_azevedo_feliz@hotmail.com

Date: Wed, 19 Sep 2007 13:12:51 -0500
From: wesnell@semo.edu
To: joana_azevedo_feliz@hotmail.com
CC: wesnell@semo.edu
Subject: RE: About MSSQ - From: Joana Feliz [mailto:joana_azevedo_feliz@hotmail.com]

Dear Joana,

You are more than welcome to use any of my sexuality-related instruments in your work (and to translate them into Portuguese). The information that you requested can be located at the following web sites (see below).

<http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>

<http://www4.semo.edu/snell/TESTING.HTM>

Several people have opted to use only a limited number of the subscales on the Multidimensional Sexual Self Concept Questionnaire in their research projects. Thus, that procedure should pose no problem for you as well.

Good luck with your research, and please feel free to contact me whenever you have any questions.

Best wishes,

Bill Snell

=====

William E. Snell, Jr., Ph.D.

Department of Psychology--MS5700

SE Missouri State University

One University Plaza

Cape Girardeau, Missouri 63701 USA

Email: wesnell@semo.edu

Phone: 573.651.2447

Fax: 573.651.2176

=====

From: Joana Feliz [mailto:joana_azevedo_feliz@hotmail.com]
Sent: Monday, May 19, 2008 4:44 AM
To: Snell, William
Subject: RE: About MSSQ - From: Joana Feliz

Dear Sir,

My name is Joana Azevedo Feliz and I'm a student at Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Lisbon, Portugal), where I'm doing my Master's thesis in Clinical Psychology, and I have contact you before.

This time, I would like to confirm which of the following questions are from Adler and Hendrick (1991) or from you. I saw the questions on your article - Snell, W. E. (2001). Chapter 17: Measuring multiple aspects of the sexual self-concept: The multidimensional sexual self-concept questionnaire. In W. E. Snell (Ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications. WEB: <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>.

The questions are:

- How many previous sexual relationships have you been involved in? - "*Sexual Behaviors and Attitudes Questions*"
- What do you consider to be the proper amount of time that needs to lapse between meeting someone and becoming sexually involved with them? - "*Sexual Behaviors and Attitudes Questions*".
- Have you been in love with all of your sexual partners? - "*Sexual Behaviors and Attitudes Questions*"
- Did you (or your partner) use contraceptives the last time you had sex? - "*Contraceptive Questions*"

Best regards
Joana Azevedo Feliz
joana_azevedo_feliz@hotmail.com

De: **William E. Snell, Jr.** (wesnell@semo.edu)
Enviada:segunda-feira, 19 de Maio de 2008 11:28:55
Para: 'Joana Feliz' (joana_azevedo_feliz@hotmail.com)
Cc: 'William E. Snell, Jr.' (wesnell@semo.edu)

Dear Joana,

It has been about 10 years or more since I did the research on the Multidimensional Sexual Self Concept Questionnaire (MSSCQ). Regarding your inquiry, if I remember correctly, the 4 questions that you listed below were all originally prepared by Adler and Hendrick (1991). Hope this info helps, and good luck with your work.

Best wishes,

Bill Snell

Dr. William E. Snell, Jr.

Department of Psychology--MS5700

SE Missouri State University

One University Plaza

Cape Girardeau, Missouri 63701

573.651.2447

wesnell@semo.edu

Anexo G

Termo de Consentimento Informado Estudos Qualitativos

Agradecemos a sua participação voluntária num estudo que está a ser desenvolvido na Universidade de Évora, em que se pretende conhecer melhor a problemática da infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos.

A sua colaboração é muito importante, dado que os resultados do estudo poderão apontar pistas para a elaboração de programas de prevenção de comportamentos sexuais de risco em adultos idosos. A sua participação no estudo é voluntária, podendo interromper a entrevista a qualquer momento, não sendo, por isso, prejudicado(a).

Para isso, solicitamos a sua participação numa entrevista sobre a sua história de vida. Especificamente, gostávamos que nos contasse um pouco sobre a vivência da sua sexualidade ao longo da vida, acontecimentos relevantes que conduziram ao aparecimento da infecção pelo VIH/SIDA e depois de descobrir que estava infectado(a) o que mudou. Tanto quanto possível tente organizar cronologicamente o que vai relatando.

Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. A gravação poderá ser interrompida a qualquer momento se assim o desejar. Tudo o que for relatado será confidencial e será usado unicamente para este estudo.

Salienta-se, ainda, que após a realização deste estudo e das publicações com ele relacionadas, todo o material será destruído.

Gostaríamos de saber se aceita participar nesta entrevista e se autoriza a gravação da mesma.

Eu _____ declaro aceitar participar voluntariamente no estudo realizado por Joana Azevedo Feliz, para a realização da sua tese de Doutoramento pela Universidade de Évora, sob orientação do Prof. Doutor António Diniz, docente na instituição. A minha participação incluirá a narração da minha história de vida, estando assegurada a confidencialidade da mesma. Neste âmbito foram-me explicados os objetivos do trabalho e foi solicitada a minha colaboração para responder a uma entrevista.

Assinatura do investigador

Assinatura do participante

Anexo H

Análise Categorical Temática das pré-categorias e das categorias emergentes

H.1.: Grelha de Análise de PF1 ♀

Determinantes da Infecção pelo VIH/SIDA

Categorias	Subcategorias	Definição	Exemplos
A: Atitudes sexuais antes do diagnóstico	A.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Iniciei a minha sexualidade com o meu marido mas antes do casamento, devia ter ai uns 16, 17 anos. Casei com 18 e fiquei viúva aos 55 anos. Só tive o meu marido.</i>
	A.2.: Comunhão	Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Iniciei a minha sexualidade com o meu marido mas antes do casamento. (...). Tinha relações com ele (com o marido)</i>
B: Conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA antes do diagnóstico	B.1.: Nível de conhecimento	Excertos que identificam o que o sujeito sabia antes de se infetar acerca da infecção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão	<i>(...) sabia que tínhamos de ter cuidado, porque eu não sabia que tinha, nem o meu marido sabia que tinha, porque ele só soube mesmo quando foi aqui internado. Sabia que se a gente fizesse sangue podia contagiar, mas não sabia assim grande coisa. Mas ouvia falar já</i>
	B.2.: Fontes de	Excertos que identificam	<i>Eu era estabelecida, tinha comércio, e sabia que era de</i>

	informação	quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA antes do conhecimento da condição de seropositividade.	<i>drogados, a gente ouve isto e aquilo. E eu até estava ali num sítio em Queluz que tinha muitos rapazes que se drogam. Compravam limão para se injetarem, eu ouvia falar nessas doenças, mas não sabia...</i>
C: Comportamentos Sexuais de Risco antes do diagnóstico	C.1.: actividade sexual	Excertos que indicam se o sujeito estava ou não sexualmente activo antes do diagnóstico da infeção VIH/SIDA	<i>Tinha relações com ele [com o marido]</i>
	C.2.: utilização do preservativo	Excertos que indicam se o sujeito usava ou não preservativo antes do conhecimento da condição de seropositividade	<i>Já antes também não usava nada</i>
	C.3.: número de	Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o	<i>Casei com 18 e fiquei viúva aos 55. Só tive o meu marido e agora este senhor.</i>

parceiros sexuais sujeito tinha antes de saber
que estava infetado pelo
VIH/SIDA

C.4.: percepção de risco/vulnerabilidade à infecção Excertos que indicam a percepção de risco ou a vulnerabilidade à infecção do próprio antes da infecção pelo VIH/SIDA. *(...) sabia que isto era de drogados (...) sabia que tínhamos que ter cuidado (...) não sabia que tinha, nem o meu marido.*

Consequências da Infecção pelo VIH/SIDA

Categories	Subcategorias	Definição	Exemplos
D: Diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA	D.1.: Formas de transmissão	Excertos que caracterizam por que via foi contraída a infecção pelo VIH/SIDA	<i>O meu marido tinha isto porque tinha amantes e eu não sabia nada, eu só soube depois dele morrer.</i>
	D.2.: A descoberta	Excertos que caracterizam o momento em que o sujeito descobriu que estava infetado pelo VIH/SIDA (o que levou à descoberta)	<i>A minha história é assim era casada já há 30 anos e quando o meu marido adoeceu veio parar cá ao hospital e então aqui é que foi descoberto que ele tinha o HV/SIDA, não sabia, ele morreu com meningite galopante e com essa doença. Então eu fui fazer exames nessa altura. Eu não sabia de nada e ele já tinha há muito tempo, pelo menos foi o que o médico disse. Foi aqui no hospital depois do meu marido morrer que me disseram e foi quando fiz as análises.</i>
	D.3.: A reação	Excertos que caracterizam como o sujeito reagiu à notícia da sua seropositividade	<i>Foi aí que a minha vida ... uuuu... é difícil falar disto (chora) Quando soube fiquei doente, tive que andar aqui numa psiquiatra. Deu-me uma revolta muito grande. Levei com tudo de uma vez. Eu não dormia, não descansava, tive que andar aqui na psiquiatra, na Dra. Carlota, andei aqui ainda uns 4 anos, depois estabilizou, eu própria deixei de tomar os medicamentos aos bocadinhos, aos bocadinhos. Agora não tomo nada, nada. Mas fiquei com uma depressão bastante</i>

			<p><i>grande. Foi tudo ao mesmo tempo. Sofri muito. Emagreci bastante nessa altura, depois recuperei e estou bem... isto é uma coisa que uma pessoa fica tão desnorteada quando sabe... eu na altura precisei mesmo de apoio, porque eu fiquei mesmo muito, muito em baixo, e depois foi tudo ao mesmo tempo ... não tive apoio nenhum e por isso é que caí numa depressão profunda. Nessa altura não era a Dra. Patrícia, era a Dra. Maria da Luz que agora não está e foi ela que me mandou para a psiquiatra, eu não dormia, não descansava. Emagreci 15 kilos.</i></p>
E: Atitudes sexuais depois do diagnóstico	E.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Só tive o meu marido e agora este senhor.</i>
	E.2.: Comunhão	Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Agora tenho um senhor, não casei (...). Eu estou com ele há ano e meio. Temos relações. (...). Nós não estamos sempre juntos, ele vem ao Sábado e vai ao Domingo, não vive lá, vai só passar o fim-de-semana.</i>
F: Conhecimento	F.1.: Nível de	Excertos que identificam o	<i>[As pessoas] têm medo que isto se pegue só com um beijo ou</i>

face à infecção pelo VIH/SIDA depois do diagnóstico	conhecimento	que o sujeito sabe depois de se infetar acerca da infecção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão	<i>assim, o que não é verdade. Eu sei que se nos cortarmos e a pessoa tiver uma ferida, eu sei que tenho que ter esse cuidado, eu sei disso, sei perfeitamente. Sei que tenho que me lubrificar para não fazer sangue, para não ter problemas, essas coisas mínimas.</i>
	F.2.: Fontes de informação	Excertos que identificam quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA depois do conhecimento da condição de seropositividade.	<i>A Dra. P. Eu por acaso tenho uma boa relação com ela. Eu já estou com a Dra. P. há 4 anos.</i>
G: Comportamentos Sexuais de Risco depois do diagnóstico	G.1.: actividade sexual	Excertos que indicam se o sujeito está ou não sexualmente activo depois do diagnóstico da infecção VIH/SIDA	<i>Agora tenho um senhor, não casei, mas tenho um senhor mais ou menos da minha idade, mas ele não sabe nada. Tenho relações com ele mas ele não sabe de nada. Eu estou com ele há anao e meio.</i>
	G.2.: utilização do	Excertos que indicam se o sujeito usava ou não	<i>Agora tenho um senhor mas não uso nada.</i>

preservativo	preservativo depois do conhecimento da condição de seropositividade
G.3.: número de parceiros sexuais	Excertos que indicam <i>Agora tenho um senhor.</i> quantos parceiros sexuais o sujeito teve depois de saber que estava infetado pelo VIH/SIDA

Categorias emergentes

Categorias	Subcategorias	Definição	Exemplos
H: Diagnóstico	H.1.: Sintomas antes do diagnóstico	Excertos que caracterizam os sintomas dos sujeitos antes de lhes ser diagnosticada a infecção pelo VIH/SIDA	<i>Quando viram que eu tinha isto, isto estava muito adiantado, mas eu não tinha sintomas nenhuns. Eu nunca apanhei uma transfusão de sangue, eu nunca fui internada, nada de nada. Agora é que isto já quase negativo. Mas na altura estava muito elevado e eu não sentia nada. Uma pessoa não sente nada, eu não tinha uma dor de cabeça ou uma constipação. Eu não me constipo há uns 4 ou 5 anos e dizem que as pessoas com esta doença se constipam muito.</i>
	H.2.: Forma como foi comunicado e por quem	Excertos que indicam quem diagnosticou a infecção e em que circunstâncias	<i>Foi aqui no hospital depois do meu marido morrer que me disseram e foi quando eu fiz as análises.</i>
	H.3.: A quem revelar?	Excertos que indicam a quem o sujeito revelou a sua condição de seropositividade e de quem quis esconder	<i>Eu não quero que ninguém saiba que eu tenho isto. Nunca disse nada a ninguém, ninguém sabe, nem na família, nem agora. Não conto nada a ninguém nem os meus próprios filhos sabem. Mas do pai que já morreu eles sabem, ele morreu cá, tiveram que saber. Mas não vou dizer nada, não vou contar, tenho vergonha.</i>
I: Religião	I.1.: Antes e depois	Excertos que caracterizam	<i>Portanto eu sou católica, não sou praticante, vou várias vezes</i>

	da infecção	o nível de religiosidade do sujeito antes e depois do conhecimento da condição de seropositividade.	<p><i>à igreja, quando me lembro vou à igreja, vou à missa. Mas praticante não sou. Não tenho aquela obrigação de ir, mas vou. Sempre tive a minha fé, mesmo antes disto. Agora até vou muito a outra igreja que se têm dado até lá muitos milagres que é esta (tira um papel para me mostrar). Eu já vou a esta igreja há 2 anos e nessa altura até andava sempre com muitas dores nos ossos, porque eu tenho osteoporose e tenho uma tendinite aguda neste braço, e as dores desapareceram todas, nunca mais tive dores nenhuma. Isto aumentou a minha fé mais. Ainda há coisa de uma mês uma criança que foi lá que não falava e saiu de lá a falar, não ouvia e saiu de lá a ouvir. E muita gente que tem esta doença que eu tenho tem sido lá curada. Eu tenho fé que também vou ser curada mesmo, tanto que ela praticamente está negativa, mas... eu tenho fé. Ainda vou ficar sem nada. É a fé que nos salva, não é?</i></p>
J: A infecção pelo VIH/SIDA	J.1.: Rede de suporte	Excertos que indicam a rede de suporte do sujeito para lidar com a infecção pelo VIH/SIDA	<p>A média infeciologista que a acompanha: <i>Eu já estou com a Dra. P. há 4 anos. Eu tenho uma boa relação com ela.</i></p> <p>Tem 2 filhos, o atual companheiro e as pessoas da igreja mas ninguém sabe que está infetada.</p>
	J.2.: Discriminação e medo da rejeição	Excertos que indicam as diferentes formas de	<p><i>Não consigo contar a ninguém, porque a gente somos postas de lado e então a gente não diz nada. Vê que não tenho quase</i></p>

- discriminação sentidas pelo sujeito infetado pelo VIH/SIDA e o medo de ser rejeitado pelo facto de estar infetado.
- nada. Por isso é que eu não quero contar nada à pessoa com quem estou, porque tenho quase a certeza que não lhe pego. Porque senão ele ia-se embora, claro. Há pessoas que não compreendem, mas eu como tenho já compreendo melhor. Há pessoas que se souberem até nos põem de lado.*
- J.3.: O que mudou?
- Excertos que caracterizam as alterações na vida do sujeito após conhecimento do diagnóstico
- Eu só me lembro que tenho esta doença quando vou tomar a medicação, porque faz de conta que não tenho nada. Isto mudou bastantes coisas mas agora de há uns tempos para cá que ando bem de há uns tempos para cá que ando bem.*
- J.4.: Cuidados médicos
- Excertos que identificam os cuidados de saúde que os sujeitos têm após conhecimento da sua condição de seropositividade.
- Depois pronto comecei a fazer os tratamentos, praticamente está negativo e assim tem sido a minha vida.*
- J.5.: Os caminhos da prevenção
- Excertos que indicam a prevenção sexual e outras formas de prevenção
- Tenho relações com ele mas ele não sabe de nada. Não uso nada (não usa preservativo), mas eu já falei muitas vezes com a Dra. P., como está praticamente negativo e nunca fiz*

adotadas pelo sujeito para se proteger a si e ao outro *sangue, e não se pega só vaginal. E é muito provável que ele não apanhe. Eu estou com ele há ano e meio. Mas não vou dizer nada, não vou contar, tenho vergonha e além disso não vou dizer e como praticamente as minhas análises estão negativas, eu tenho muito cuidado, não fazer sangue e tal e nós não estamos sempre juntos, ele vem ao Sábado e vai ao Domingo, não vive lá vai só passar o fim-de-semana, porque ele está a trabalhar e ainda mora longe, e assim um em cada casa (ri-se). Ele tem 64 anos.*

J.6.: Nomeação da
infecção

Excertos que indicam as
designações atribuídas à
infecção pelo VIH/SIDA *isto
esta doença*

H.2.: Grelha de Análise de PF2♀

Determinantes da Infecção pelo VIH/SIDA

Categories	Subcategories	Definition	Examples
A: Atitudes sexuais antes do diagnóstico	A.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>A minha primeira relação sexual foi antes de eu casar com o meu marido e nunca tive mais ninguém. O meu marido foi o único homem da minha vida.</i>
	A.2.: Comunhão	Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Relações havia poucas e às vezes sem vontade nenhuma.</i>
B: Conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA antes do diagnóstico	B.1.: Nível de conhecimento	Excertos que identificam o que o sujeito sabia antes de se infetar acerca da infecção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão	<i>Eu nem sabia como é que aquilo era apanhado, eu não sabia nada, nada disto.</i>
	B.2.: Fontes de	Excertos que identificam	<i>Eu já tinha ouvido falar disto, porque a gente na padaria</i>

	informação	quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA antes do conhecimento da condição de seropositividade.	<i>ouvia, e até no laboratório já se falava disso, das pessoas irem a este, irem àquele e pegar-lhes a eles, ou eles a elas. E tudo por causa da droga, quem se injetasse, era isso que eu sabia mas nunca pensei vir a ter. Eu já tinha visto na televisão mas não ligava.</i>
C: Comportamentos Sexuais de Risco antes do diagnóstico	C.1.: actividade sexual	Excertos que indicam se o sujeito estava ou não sexualmente activo antes do diagnóstico da infeção VIH/SIDA	<i>Relações havia poucas e às vezes sem vontade nenhuma.</i>
	C.2.: utilização do preservativo	Excertos que indicam se o sujeito usava ou não preservativo antes do conhecimento da condição de seropositividade	<i>Nunca utilizei porque ele não queria.</i>
	C.3.: número de parceiros sexuais	Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o	<i>A minha primeira relação sexual foi antes de eu casar com o meu marido e nunca tive mais ninguém.</i>

	sujeito tinha antes de saber que estava infetado pelo VIH/SIDA
C.4.: percepção de risco/vulnerabilidade à infecção	Excertos que indicam a percepção de risco ou a vulnerabilidade à infecção do próprio antes da infecção pelo VIH/SIDA. <i>Eu não sabia que o meu marido tinha aquilo (infecção pelo VIH/SIDA), nem sabia como é que aquilo era apanhado</i>

Consequências da Infecção pelo VIH/SIDA

Categories	Subcategorias	Definição	Exemplos
D: Diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA	D.1.: Formas de transmissão	Excertos que caracterizam por que via foi contraída a infecção pelo VIH/SIDA	<i>Quem me pegou foi o meu marido, é os amigos que levam aquele e aquele e depois eles não têm noção do que é que estão a fazer e apanhou, não sei onde, nunca soube, nem nunca me interessou e pegou-me a mim. O médico também uma vez disse-me que ele podia ter trazido aquilo lá de fora, não sei, não sei. Eu sabia que havia mulheres infectadas a quem eles iam.</i>
	D.2.: A descoberta	Excertos que caracterizam o momento em que o sujeito	<i>Eu quando descobri foi em 2002. Aparece-me a varicela e foi a partir da varicela que foi descoberto e estive bastante mal.</i>

		descobriu que estava infetado pelo VIH/SIDA (o que levou à descoberta)	
	D.3.: A reação	Excertos que caraterizam como o sujeito reagiu à notícia da sua seropositividade	<i>e eu tenho sofrido... tanto que eu ando num psicólogo particular. Ele nunca foi capaz de se abrir comigo, e isso é que me deitou abaixo. Nunca teve uma conversa comigo, e é isso que custa e muitas vezes dá-me vontade de chorar (começa a chorar), eu revolto-me, revolto-me comigo mesma. Eu nunca pensei que isto me calhasse a mim. Às vezes ainda me dá muita vontade de chorar.</i>
E: Atitudes sexuais depois do diagnóstico	E.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA	(mantém-se o mesmo nível de Permissividade antes e depois da condição de seropositividade)
	E.2.: Comunhão	Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>É muito triste porque não há conversa entre marido e mulher. Eu durmo num lado e ele dorme no outro. Mudei de quarto. Agora é que eu tenho de me vingar dele por aquilo que ele fez. Ele podia ter sido mais sincero comigo.</i>
F: Conhecimento face à infeção pelo VIH/SIDA	F.1.: Nível de conhecimento	Excertos que identificam o que o sujeito sabe depois de se infetar acerca da	<i>Tenho cuidados agora que não tinha, com o sangue quando me corto com um pico ou com as feridas</i>

depois do diagnóstico

infecção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão

F.2.: Fontes de informação

Excertos que identificam quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA depois do conhecimento da condição de seropositividade.

A minha médica daqui do hospital.

G: Comportamentos Sexuais de Risco depois do diagnóstico

G.1.: actividade sexual

Excertos que indicam se o sujeito está ou não sexualmente ativo depois do diagnóstico da infecção VIH/SIDA

Relações sexuais não tenho, havia poucas mas o meu psicólogo também me disse que os medicamentos do HIV tiram a vontade e depois é assim a gente às vezes quando está a fazer está com o pensamento noutra lado e depois dele ser operado então a partir dai nunca mais. Ele foi operado há 2 anos. Andou 1 ano algaliado. Eu durmo num lado e ele dorme no outro. E é assim, relações não, havia poucas, a partir da operação da próstata, foi tiro e queda, nunca mais.

G.2.: utilização do preservativo

Excertos que indicam se o sujeito usava ou não

Abstinência sexual

G.3.: número de parceiros sexuais	preservativo depois do conhecimento da condição de seropositividade	Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o sujeito teve depois de saber que estava infetado pelo VIH/SIDA	Só teve o marido
-----------------------------------	---	---	------------------

Categorias emergentes

Categorias	Subcategorias	Definição	Exemplos
H: Diagnóstico	H.1.: Sintomas antes do diagnóstico	Excertos que caracterizam os sintomas dos sujeitos antes de lhes ser diagnosticada a infeção pelo VIH/SIDA	<i>Só que entretanto adoeci. Aparece-me a varicela. Com 55 anos eu estive às portas da morte.</i>
	H.2.: Forma como foi comunicado e por quem	Excertos que indicam quem diagnosticou a infeção e em que	<i>Foi um médico daqui que hoje está no Pulido Valente que me salvou, ele fez um estudo, fez análises e disse-me que eu estava muito doente.</i>

		circunstâncias	
	H.3.: A quem revelar?	Excertos que indicam a quem o sujeito revelou a sua condição de seropositividade e de quem quis esconder	<i>Ninguém pode saber o meu problema. As minhas filhas sabem que eu tenho isto e os genros também. E agora já há um terceiro genro que se juntou com ela (...) e eu agora já ralhei com ela e disse-lhe: “mais alguém que tu arranjes, ninguém precisa de saber da minha vida”. Aqui o médico dizia que não é preciso dizer quando alguém perguntar o que tem aí diga que tem varicela. Ninguém precisa de saber da minha vida.</i>
I: Religião	I.1.: Antes e depois da infeção	Excertos que caracterizam o nível de religiosidade do sujeito antes e depois do conhecimento da condição de seropositividade.	<i>Eu sou religiosa mas não sou muito amiga de ir à missa. Eu quando era miúda era obrigada a ir à missa porque era um hábito na casa dos meus pais, no Domingo irmos à missa, e ainda vou mas... onde eu gosto muito de ir quando estou cá e tenho passe é ao Hospital dos Capuchos, adoro o padre, um padre novo, as palavras dele metem-se no coração. Adoro lá ir à missa. Agora tenho uma promessa a cumprir lá terra, quando o meu marido foi operado já fomos a Fátima, e agora a minha tenho que comprar flores para pôr no altar de lá. Eu não posso fazer promessas de que eu depois não possa cumprir. E já me aconteceu isso, fiz uma promessa pela minha filha mais velha quando ela nasceu, se corresse tudo bem, se</i>

não fosse maluca, agora depois de grande é que é maluca, enquanto que debaixo do meu domínio nunca foi maluca. Correu tudo bem, mas como nós éramos primos direitos eu tinha medo, mas o sangue é bom. Então fiz a promessa de ir com ela ao colo à cruz de joelhos, passou-se 1, passou-se 2, passaram-se 17 anos e nunca lá fui. Depois fui falar ao padre para me confessar e ele disse-me para cumprir a promessa, não precisa de lhe pagar para ela lá ir, vi sozinha, faz de joelhos, mas tem que ir preparada porque não é necessário ir-se sacrificar, arranja umas almofadinhas para os joelhos e outras para os pés. Levar uma fotografia dela na lapela do casaco e que ela ia ali comigo. E assim cumpri a promessa. E agora foi a do meu marido quando ele foi operado à próstata, porque eu tinha medo que as coisas corressem mal, que fosse um cancro, mas a biópsia disse que não era maligno.

J: A infeção pelo
VIH/SIDA

J.1.: Rede de suporte

Excertos que indicam a rede de suporte do sujeito para lidar com a infeção pelo VIH/SIDA

Apesar de ter o marido e as filhas e que têm conhecimento da sua condição de seropositividade, está afastada de todos.

J.2.: Discriminação e medo da rejeição	Excertos que indicam as diferentes formas de discriminação sentidas pelo sujeito infetado pelo VIH/SIDA e o medo de ser rejeitado pelo facto de estar infetado.	<i>Eu não sei como as pessoas reagem</i>
J.3.: O que mudou?	Excertos que caracterizam as alterações na vida do sujeito após conhecimento do diagnóstico	<i>Quando soube que tinha isto estive 2 anos de baixa e depois reformei-me. (...) E eu tenho sofrido... Eu sempre tive a tensão baixa e agora de há uns tempos para cá tenho a tensão alta.</i>
J.4.: Cuidados médicos	Excertos que identificam os cuidados de saúde que os sujeitos têm após conhecimento da sua condição de seropositividade.	<i>Venho cá todos os meses para vir buscar a medicação e porque tenho as consultas Umaz vezes estou melhor, outras estou pior. Tenho grandes problemas, tenho 3 hérnias na coluna, tenho osteoporose, e ainda agora a Dra. Patrícia me teve a dizer que isto está estável, mas melhor não está e eu tenho muitas dores nos ossos.</i>
J.5.: os caminhos da prevenção	Excertos que indicam a prevenção sexual e outras formas de prevenção	<i>Tenho cuidados agora que não tinha, com o sangue quando me corto com um pico ou com as feridas.</i>

adotadas pelo sujeito para
se proteger a si e ao outro

J.6.: Nomeação da
infecção

Excertos que indicam as *isto*
designações atribuídas à *aquilo*
infecção pelo VIH/SIDA

H.3.: Grelha de Análise de PF3♀

Determinantes da Infecção pelo VIH/SIDA

Categorias	Subcategorias	Definição	Exemplos
A: Atitudes sexuais antes do diagnóstico	A.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Eu tinha 21 anos quando tive a minha primeira relação sexual, que foi com o meu marido. (...) Segui a minha vida em frente. Estive um tempo sozinha. (...) Entretanto tive assim uns amiguinhos e não sei quantas, tudo bem, na maior. É claro que tinha relações com eles, tinha que ter, primeiro com um amigo, depois tive mais outro, zanguei-me com esse que também tinha outra e depois, resumindo, não tinha assim muita sorte nesse sector marido. Tinha pouca sorte. Não vivia junta com nenhum desses amigos, estávamos assim juntos à noite e depois cada um ia para o seu sítio. Tinha medo de arriscar outra vez e ainda levou tempo para eu perder esse medo. (...) Entretanto conheci um senhor que já faleceu que é pai da minha 3ª filha. Vivi com ele uns aninhos, não sei quantos. (...) Entretanto, depois de separada tive um namorado, continuei a minha vida e arranjei namorado, andei com ele um tempinho, ele queria viver comigo, mas eu achei que era muito exigente. (...)há coisa de 1 ano, pouco antes do</i>

				<i>dia dos namorados, em Janeiro não deste ano, do outro (2012), conheci uma pessoa de quem eu gostei imenso, e eu que já não sentia isso por ninguém há muito tempo. (...) Entretanto ia para os bailes</i>
	A.2.: Comunhão		Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Uma pessoa quando se apaixona pela primeira vez já sabe como é que é. Em relação a homens é só azares, e depois dessa bomba então. E logo eu.</i>
B: Conhecimento face à infeção pelo VIH/SIDA antes do diagnóstico	B.1.: Nível de conhecimento	de	Excertos que identificam o que o sujeito sabia antes de se infetar acerca da infeção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão	<i>Antes eu sabia pouco sobre a doença. Eu não tinha conhecimento que não era assim tão contagioso, não sabia que podíamos tocar, beijar, eu não sabia. Eu dantes achava que se pegava nas relações sexuais, a comermos juntos, um beijo, encostarmo-nos. Para mim era uma doença que se pegava entre as pessoas.</i>
	B.2.: Fontes de informação		Excertos que identificam quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA antes do conhecimento da condição de	---

C: Comportamentos Sexuais de Risco antes do diagnóstico	C.1.: actividade sexual	seropositividade.	Excertos que indicam se o sujeito estava ou não sexualmente activo antes do diagnóstico da infeção VIH/SIDA	<p><i>Eu tinha 21 anos quando tive a minha primeira relação sexual, que foi com o meu marido. (...) Segui a minha vida em frente. Estive um tempo sozinha. (...) Entretanto tive assim uns amiguinhos e não sei quantas, tudo bem, na maior. É claro que tinha relações com eles, tinha que ter, primeiro com um amigo, depois tive mais outro, zanguei-me com esse que também tinha outra e depois, resumindo, não tinha assim muita sorte nesse sector marido. (...) Entretanto conheci um senhor que já faleceu que é pai da minha 3ª filha. Vivi com ele uns aninhos, não sei quantos. (...) Entretanto, depois de separada tive um namorado, continuei a minha vida e arranjei namorado, andei com ele um tempinho.</i></p>
	C.2.: utilização do preservativo		Excertos que indicam se o sujeito usava ou não preservativo antes do conhecimento da condição de seropositividade	<p><i>Nunca usei preservativo porque geralmente os meus parceiros nunca queriam, não aceitavam, diziam “Epá não gosto, assim não é a mesma coisa”, e eu parvinha, que já devia ter cabeça para não aceitar, olhe... achamos que só acontece aos outros e que não acontece a nós, mas infelizmente...</i></p>

C.3.: número de parceiros sexuais	Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o sujeito tinha antes de saber que estava infetado pelo VIH/SIDA	Vários parceiros sexuais ao longo da vida
C.4.: perceção de risco/vulnerabilidade à infecção	Excertos que indicam a perceção de risco ou a vulnerabilidade à infecção do próprio antes da infecção pelo VIH/SIDA.	<i>Achamos que só acontece aos outros e que não acontece a nós, mas infelizmente ... Eu achava que isso só acontece aos outros. Eu achava que só dava ao vizinho, eu achava que só dava aos drogados, às prostitutas e não a uma pessoa que se portasse como eu, ou que só dava às pessoas que dormem com este e com aquele, era o que eu pensava. E afinal não é verdade. Mas isso foi a minha filha que já me explicou depois.</i>

Consequências da Infecção pelo VIH/SIDA

Categories	Subcategorias	Definição	Exemplos
D: Diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA	D.1.: Formas de transmissão	Excertos que caracterizam por que via foi contraída a infecção pelo VIH/SIDA	<i>a minha filha ligou para a irmã, e disse à Dra. que o falecido pai da minha filha tinha morrido disso e não sei quantos, mas a Dra. diz que possivelmente não seria dele, porque como já foi há muito tempo e ela não acredita que o vírus tivesse adormecido tanto tempo, por isso foi deste último. Eu nunca usei preservativo, mesmo este ultimo até estranhei ele não me pedir mas eu também não falei no assunto, eu estava tão... eu realmente pensei mas ... distrai-me logo, conforme eu estava a pensar ele logo anulava o pensamento, que eu nem chego a pensar mais nada. Há um ano tive a tal paixão que eu disse. E assim apanhei a doença.</i>
	D.2.: A descoberta	Excertos que caracterizam o momento em que o sujeito descobriu que estava infetado pelo VIH/SIDA (o que levou à descoberta)	<i>Descobriu-se no dia 4 de janeiro quando eu estava aqui nas urgências quase a morrer. Essa Dra. que mandou fazer as análises, inclusive mandou fazer análise ao, ao ... HIV.</i>
		Excertos que caracterizam	

D.3.: A reação

como o sujeito reagiu à
notícia da sua
seropositividade

Não sei se foi castigo, não sei.

Foi a mesma coisa que me tivessem dado uma estalada, foi uma bomba, foi uma coisa que caiu para cima da minha cabeça, que até hoje eu pergunto “porquê a mim? Porquê?” Só pensava meus Deus eu não mereço. Ainda se eu tivesse feito como a fulana que ia com qualquer um. Eu até estava para balanço, como eu dizia. Eu não fiz para merecer. PORQUÊ???? Para mim foi uma bomba caída do céu. Eu estive 2 ou 3 dias sem conseguir chorar, porque eu não conseguia, entrei em choque, fiquei, respondia, era uma máquina. Eu ainda estou muito baralhada, eu estou com uma depressão. Não sei o que fazer, estou perdida. Eu estou mesmo perdida, perdi o chão.

Cá estou eu com essa bomba, a minha é a maior bomba, porque é para toda a vida.

E: Atitudes
sexuais depois do
diagnóstico

E.1.: Permissividade

Excertos que indicam o
nível de Permissividade do
sujeito depois de se infetar
pelo VIH/SIDA

	E.2.: Comunhão	Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA	---
F: Conhecimento face à infeção pelo VIH/SIDA depois do diagnóstico	F.1.: Nível de conhecimento	Excertos que identificam o que o sujeito sabe depois de se infetar acerca da infeção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão	<i>Há muita gente que não sabe, as pessoas pensar que isto se pega se tocar, beijar, eu também antes não sabia, agora é que sei que não se apanha assim e que não são só as prostitutas e os drogados que têm.</i>
	F.2.: Fontes de informação	Excertos que identificam quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA depois do conhecimento da condição de seropositividade.	<i>Mas isso foi a minha filha que já me explicou depois.</i>

<p>G: Comportamentos Sexuais de Risco depois do diagnóstico</p>	<p>G.1.: actividade sexual</p>	<p>Excertos que indicam se o sujeito está ou não sexualmente activo depois do diagnóstico da infeção VIH/SIDA</p>	<p><i>Só sei dizer que a partir daí eu nunca tive relações com ninguém. Acho que para mim a sexualidade morreu. Há 1 ano passei um fim-de-semana maravilhoso e por aí acabou, por causa disso... Acho que para mim a sexualidade morreu</i></p>
	<p>G.2.: número de parceiros sexuais</p>	<p>Excertos que indicam se o sujeito usava ou não preservativo depois do conhecimento da condição de seropositividade</p>	<p>Está sexualmente abstinente</p>
	<p>G.3.: utilização do preservativo</p>	<p>Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o sujeito teve depois de saber que estava infetado pelo VIH/SIDA</p>	<p>---</p>

Categorias emergentes

Categorias	Subcategorias	Definição	Exemplos
H: Diagnóstico	H.1.: Sintomas antes do diagnóstico	Excertos que caracterizam os sintomas dos sujeitos antes de lhes ser diagnosticada a infecção pelo VIH/SIDA	<i>Tinha dores de garganta, muita febre, febres, febres, ... fui 2 vezes ao meu médico de família, tomei antibiótico atrás de antibiótico para a amigdalite e fiquei pior. Então antibiótico atrás de antibiótico, volto novamente a falar com o meu médico, receita-me outros antibióticos mais fortes, acontece que eu fiquei pior, vou por 2 vezes às Urgências, a médica lá diz que não era nada disso, que não era amigdalite, era uma doença que dá na vagina, candidíase e receita-me qualquer coisa para isso. Entretanto continuava pior. Chega ao dia 4 de janeiro, vou trabalhar, começo-me a sentir tão mal, tão mal, tão mal, começo a ficar com tonturas, olhe parece que eu ia morrer. Fui para o hospital e foi aí que se descobriu.</i>
	H.2.: Forma como foi comunicado e por quem	Excertos que indicam quem diagnosticou a infecção e em que circunstâncias	<i>A Dra. Patrícia esteve a ver (as análises) e a dada altura manda a minha filha sair que precisava de sair porque precisava de falar comigo em particular. E ela diz-me, e assim que ela me diz eu levo um choque.</i>
	H.3.: A quem	Excertos que indicam a	<i>Só as minhas filhas é que sabem disto, eu inclusive sou da</i>

revelar?

quem o sujeito revelou a sua condição de seropositividade e de quem quis esconder

opinião que nem se conte ao meu filho, fiz jurar a minha filha do meio que ela não ia contar. Prometi-lhe que ia informar a mais nova, que é para estarem as duas dentro do assunto. Ele como é homem não conseguia, não estou preparada e não queria que o meu filho soubesse e não sabe até hoje, e nem vai saber, se depender de mim não vai saber até eu morrer, eu não quero, e ele não ia conseguir guardar só para ele, ia contar à mulher, porque ele não tem estofo para aguentar sozinho, e eu até achava bem que ele lhe contasse porque entre marido e mulher tem que haver parceria, mas em relação à minha pessoa eu não estou preparada para saber que a minha nora sabe que eu tenho essa doença, porque eu associo essa doença, ao que já lhe disse, às prostitutas.

O meu médico de família também já sabe, pedi à minha filha para lhe dizer, primeiro não queria, mas depois pedi-lhe a ela para dizer. Não queria dizer porque ele dizia “você precisa é de arranjar um namorado” e eu achava que um médico que dizia uma coisa dessas não... não me caía bem, então achava que não lhe ia dizer.

Mesmo que algum dia eu volte a trabalhar eu não vou contar a ninguém que eu tenho essa doença

I: Religião	I.1.: Antes e depois da infecção	Excertos que caracterizam o nível de religiosidade do sujeito antes e depois do conhecimento da condição de seropositividade.	<i>Conheci as Testemunhas de Jeová, estava no Inatel da Trafaria, entretanto estava a estudar a Bíblia porque conheci as Testemunhas de Jeová. Estive 1 ano a estudar, só não me baptizei porque na altura estava separada do marido e não sei quê e lá as Testemunhas de Jeová tinham aquele preconceito, havia um problema qualquer. Eu já andava a pregar na rua com a senhora que me dava estudos e com outras, mas depois acabei por desistir e a minha filha nasceu.</i>
J: A infecção pelo VIH/SIDA	J.1.: Rede de suporte	Excertos que indicam a rede de suporte do sujeito para lidar com a infecção pelo VIH/SIDA	<i>Vá lá tinha a minha filha ao lado, já era um suporte. A assistente social achou melhor a minha filha levar-me à psiquiatria, mas a minha sobrinha diz que eu faço mal, para eu não ir, porque se eu começar com as consultas de psiquiatria que eu nunca mais vou sair e eu... eu só tomo o Lexotan e o Vitan, não quis tomar mais nada. A minha filha queria que me arranjassem uma psicóloga mas as assistentes sociais do hospital dizem que não há, que não me arranjam. Eu tinha psicóloga lá no meu trabalho, mas para estar a dizer no meu trabalho... é complicado eu nunca mais fui trabalhar.</i>
	J.2.: Discriminação e medo da rejeição	Excertos que indicam as diferentes formas de discriminação sentidas pelo	<i>Porque é uma coisa que não é divulgada, as pessoas não estão preparadas para isso, as pessoas não têm conhecimento da doença, e todo o mundo pensa que quem tem essa doença...</i>

	sujeito infetado pelo VIH/SIDA e o medo de ser rejeitado pelo facto de estar infetado.	<i>pensa o que eu pensava, prostitutas, drogados, essa gente toda, menos eu. Há muita gente que não sabe, as pessoas pensar que isto se pega se tocar, beijar,</i>
J.3.: O que mudou?	Excertos que caracterizam as alterações na vida do sujeito após conhecimento do diagnóstico	<i>Por mais que me digam que posso fazer a vida normal ... eu não é não aceitar... mas não consigo. Nunca mais fui trabalhar. Não sei o que fazer, estou perdida. Estou mesmo perdida, perdi o chão. Eu desde aquilo nunca mais fui trabalhar, estou de baixa e também não me apeteceu ir... não tenho vontade nenhuma de ir trabalhar. Eu todos os dias acordo com dor de cabeça ou adormeço com dor de cabeça, todos os dias de manhã ou à tarde. Eu sofro de tensão alta e a partir das 4 da tarde tenho a tensão altíssima.</i>
J.4.: Cuidados médicos	Excertos que identificam os cuidados de saúde que os sujeitos têm após conhecimento da sua	<i>Eu não me esqueço de tomar a medicação, mas às vezes esqueço-me do horário, mas é só 20 minutos, mas tomo sempre, acho que não faz mal.</i>

	condição	de
	seropositividade.	
J.5.: os caminhos da prevenção	Excertos que indicam a prevenção sexual e outras formas de prevenção adotadas pelo sujeito para se proteger a si e ao outro	<i>Se voltar a trabalhar não vou encostar o meu sangue a ninguém, vou trabalhar com precaução, se necessário com luvas, que já era obrigatório usar, mas eu era um bocadinho desmazelada nesse sentido, porque se um utente estivesse a sangrar eu ia a correr conforme estava sem luvas, e a Dra. chamou-me à atenção vezes sem conta “Fátima você não pode fazer isso”, e eu depois ia lavar as mãos e desinfetava e punha as luvas mas já tinha tocado no sangue.</i>
J.6.: Nomeação da infeção	Excertos que indicam as designações atribuídas à infeção pelo VIH/SIDA	<i>essa doença aquilo isto</i>

H.4.: Grelha de Análise de PF4♀

Determinantes da Infecção pelo VIH/SIDA

Categorias	Subcategorias	Definição	Exemplos
A: Atitudes sexuais antes do diagnóstico	A.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Eu primeiro tive (...) com um homem casado. Depois arranjei outro senhor.</i>
	A.2.: Comunhão	Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>O meu primeiro namorado ... eu tinha 19 anos mas não tive nada com ele. Antes não tive ninguém, não ia às festas porque era preciso ter um vestido bonito e os meus pais são pobres. Sem um vestido ia lá festa fazer o quê dra.? Com 20 arranjei o bebé e eu pensei se eu me envolver com mais alguém vou arranjar outro filho. E fui para a minha mãe que também estava separada, a puxar na enxada com a minha mãe, aguentei isso tudo, até aparecer esse senhor, o pai dos meus outros meninos. Vivemos casados.</i>
B: Conhecimento face à infeção pelo	B.1.: Nível de conhecimento	Excertos que identificam o que o sujeito sabia antes de	<i>Eu ouvia só falar na rádio, falar que essa doença mata, mata, mata, mata...ó dra. ... ouvia dizer que quem tem essa doença</i>

VIH/SIDA antes do diagnóstico

se infectar acerca da infeção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão *era um perigo e agora estou eu.*

B.2.: Fontes de informação

Excertos que identificam quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA antes do conhecimento da condição de seropositividade.

C: Comportamentos Sexuais de Risco antes do diagnóstico

C.1.: actividade sexual

Excertos que indicam se o participante estava ou não sexualmente activo antes do diagnóstico da infeção VIH/SIDA

Afinal ele tinha essa doença, mas não me dizia nada e eu continuava a ter relações com ele, mas eu não sabia.

C.2.: utilização do preservativo

Excertos que indicam se o participante usava ou não preservativo antes do

Nunca usei essa camisinha. (...) e eu continuava a ter relações com ele, mas eu não sabia Dra., mas ele podia-me ter dito “estou nessas condições”, mas não Dra., para eu me prevenir.

	conhecimento da condição de seropositividade	
C.3.: número de parceiros sexuais	Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o sujeito tinha antes de saber que estava infectado pelo VIH/SIDA	<i>Eu primeiro tive a minha filha com um homem casado e depois separei-me (...) e fiquei 5 anos com a minha mãe mas sem homem. Mas depois arranjei outro senhor, (...) juntei-me com ele, fiquei com ele, tive 7 filhos com ele.</i>
C.4.: percepção de risco/vulnerabilidade à infecção	Excertos que indicam a percepção de risco ou a vulnerabilidade à infecção do próprio antes da infecção pelo VIH/SIDA.	<i>Ele podia ter-me dito, mas não, para eu me prevenir. Ele não me contava que tinha essa doença que passou a mim.</i>

Consequências da Infecção pelo VIH/SIDA

Categories	Subcategorias	Definição	Exemplos
D: Diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA	D.1.: Formas de transmissão	Excertos que caracterizam por que via foi contraída a infecção pelo VIH/SIDA	<i>... depois ele começou a arranjar mulheres (...) continuava a ter mulheres fora e depois apanhou essa infecção.</i>
	D.2.: A descoberta	Excertos que caracterizam o momento em que o sujeito descobriu que estava infetado pelo VIH/SIDA (o que levou à descoberta)	<i>(1º o marido começou a ficar doente) Depois vim e fiz consulta em abril de 2012, porque tinha muitas comichões e estava muito magra</i>
	D.3.: A reação	Excertos que caracterizam como o sujeito reagiu à notícia da sua seropositividade	<i>A minha vida agora é assim (chora).</i>
E: Atitudes sexuais depois do diagnóstico	E.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA	Por estar sexualmente abstinente não revela nem diversidade de parceiros nem a prática de sexo ocasional.
		Excertos que indicam o	<i>Não tenho ninguém, desde que eu me separei nunca tive</i>

<p>F: Conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA depois do diagnóstico</p>	<p>E.2.: Comunhão</p> <p>F.1.: Nível de conhecimento</p> <p>F.2.: Fontes de informação</p>	<p>nível de Comunhão do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA</p> <p>Excertos que identificam o que o sujeito sabe depois de se infetar acerca da infecção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão</p> <p>Excertos que identificam quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA depois do conhecimento da condição de seropositividade.</p>	<p><i>ninguém, não dava por causa dos meus filhos, depois também parece mal uma mais velha ainda namorar, não dá dra. Os meus filhos disseram-me, antes de eu saber disto, “a mãe quer arranjar alguém”. Mas estou muito bem assim. Dinheiro eles me dão, aquilo que eu preciso, comida eles me dão. Tenho tudo o que eu preciso. Fico assim até ao meu final. Agora é que eu estou bem (...) tenho os meus filhos.</i></p> <p><i>Dra. há uma coisa que eu quero perguntar, a dra. me deu um beijo, essa doença também afecta? Eu gostaria que os meus tivessem aqui e que a ouvissem.</i></p>
--	--	--	--

<p>G: Comportamentos Sexuais de Risco depois do diagnóstico</p>	<p>G.1.: actividade sexual</p>	<p>Excertos que indicam se o sujeito está ou não sexualmente activo depois do diagnóstico da infeção VIH/SIDA</p>	<p><i>Não tenho ninguém, desde que eu me separei nunca tive ninguém, não dava por causa dos meus filhos, depois também parece mal uma mais velha ainda namorar, não dá dra. Os meus filhos disseram-me, antes de eu saber disto, “a mãe quer arranjar alguém”. Mas estou muito bem assim. Dinheiro eles me dão, aquilo que eu preciso, comida eles me dão. Tenho tudo o que eu preciso. Fico assim até ao meu final.</i></p>
	<p>G.3.: utilização do preservativo</p>	<p>Excertos que indicam se o sujeito usava ou não preservativo depois do conhecimento da condição de seropositividade</p>	<p>Abstinência sexual</p>
	<p>G.2.: número de parceiros sexuais</p>	<p>Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o sujeito teve depois de saber que estava infetado pelo VIH/SIDA</p>	<p>Abstinência sexual</p>

Categorias emergentes

Categorias	Subcategorias	Definição	Exemplos
H: Diagnóstico	H.1.: Sintomas antes do diagnóstico	Excertos que caracterizam os sintomas dos sujeitos antes de lhes ser diagnosticada a infecção pelo VIH/SIDA	<i>Eu andei sempre magra, magra, magra, magra, mas eu não sentia nada Dra., só me dava comichão, eu fazia consulta, davam-me uns supositórios.</i>
	H.2.: Forma como foi comunicado e por quem	Excertos que indicam quem diagnosticou a infecção e em que circunstâncias	<i>Vim fiz consulta em Abril de 2012. Foi a Dra. que disse que eu tinha aquilo.</i>
	H.3.: A quem revelar?	Excertos que indicam a quem o sujeito revelou a sua condição de seropositividade e de quem quis esconder	<i>Só os meus filhos sabem.</i>
I: Religião	I.1.: Antes e depois da infecção	Excertos que caracterizam o nível de religiosidade do sujeito antes e depois do conhecimento da condição de seropositividade.	<i>Sou católica praticante e hoje é que eu estou a faltar à Igreja porque tinha a consulta. Eu agradeço a Deus, que Deus me guarde, peço para essa doença não piorar, que Deus me ajude.</i>

J: A infecção pelo VIH/SIDA	J.1.: Rede de suporte	Excertos que indicam a rede de suporte do sujeito para lidar com a infecção pelo VIH/SIDA	<i>Tenho os filhos para me ajudar. Eles são o meu apoio.</i>
	J.2.: Discriminação e medo da rejeição	Excertos que indicam as diferentes formas de discriminação sentidas pelo sujeito infetado pelo VIH/SIDA e o medo de ser rejeitado pelo facto de estar infetado.	<i>Eu tenho vergonha disto. Acho que os outros acham que essa doença é muito perigosa, uma pessoa com essa doença, tem que se cuidar muito. Eu sinto vergonha porque eu não era assim e de um momento para o outro...</i>
	J.3.: O que mudou?	Excertos que caracterizam as alterações na vida do sujeito após conhecimento do diagnóstico	<i>Eu não mudei com essa doença.</i>
	J.4.: Cuidados médicos	Excertos que identificam os cuidados de saúde que os sujeitos têm após conhecimento da sua condição de seropositividade.	Esta subcategoria não é visível na narrativa de PF4 ♀.

J.5.: os caminhos da prevenção	Excertos que indicam a prevenção sexual e outras formas de prevenção adotadas pelo sujeito para se proteger a si e ao outro	<i>Eu tenho cuidado, desinfectar as mãos, os talheres, eu própria me cuido.</i>
J.6.: Nomeação da infeção	Excertos que indicam as designações atribuídas à infeção pelo VIH/SIDA	<i>essas coisas infeção essa doença</i>

H.5.: Grelha de Análise de PM5♂

Determinantes da Infecção pelo VIH/SIDA

Categories	Subcategories	Definition	Examples
A: Atitudes sexuais antes do diagnóstico	A.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Eu tive muitas aventuras... era um bocado galdério, gostava de passear, viajar, aproveitar a vida.</i> <i>A primeira relação sexual talvez tivesse 15/16 anos, quando me despertou mais o interesse mas era assim ... eu não</i>
	A.2.: Comunhão	Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>procurava, fazia quando acontecia, quando acontecia a oportunidade, não andava à procura para ai, uma vez é normal... é assim eu sempre gostei de viajar como disse à Sra. Dra., o que eu fazia era chegava ao fim de semana pegava no carro e ia para uma praia qualquer. A vida sexual não posso adiantar muito porque não houve coisas fixas, mas não procurava, se sucedesse sucedia, se não sucedesse não sucedia.</i> <i>Sou solteiro. Cheguei a viver junto mas meia dúzia de meses, nada de especial, não deu.</i>
B: Conhecimento face à infeção pelo	B.1.: Nível de conhecimento	Excertos que identificam o que o sujeito sabia antes de	<i>Antes disto eu ouvia falar da doença, que acontecia em certas pessoas, um deles um cantor que morreu, o António Variações.</i>

VIH/SIDA antes do diagnóstico

se infectar acerca da infeção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão *Eu sabia que era preciso ter precauções.*

B.2.: Fontes de informação

Excertos que identificam quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA antes do conhecimento da condição de seropositividade. *...eu na altura via na televisão mas era superficial.*

C: Comportamentos Sexuais de Risco antes do diagnóstico

C.1.: actividade sexual

Excertos que indicam se o sujeito estava ou não sexualmente activo antes do diagnóstico da infeção VIH/SIDA *Eu tive muitas aventuras...*

C.2.: utilização do preservativo

Excertos que indicam se o sujeito usava ou não preservativo antes do conhecimento da condição de seropositividade *Agora utilizo sempre o preservativo, mas só depois de saber que estava infetado, antes não.*

C.3.: número de parceiros sexuais	Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o sujeito tinha antes de saber que estava infetado pelo VIH/SIDA	<i>Eu tive muitas aventuras...</i>
C.4.: perceção de risco/vulnerabilidade à infecção	Excertos que indicam a perceção de risco ou a vulnerabilidade à infecção do próprio antes da infecção pelo VIH/SIDA.	<i>O meu mal foi não ter percebido que se acontece aos outros também me pode acontecer a mim. Eu vou com alguém, eu não sei como é que está a pessoa, não é? Se estivesse escrito na testa eu não ia.</i>

Consequências da Infecção pelo VIH/SIDA

Categories	Subcategorias	Definição	Exemplos
D: Diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA	D.1.: Formas de transmissão	Excertos que caracterizam por que via foi contraída a infecção pelo VIH/SIDA	<i>Eu tive as minhas aventuras, sou solteiro. (...) era um bocado galdério, gostava de aproveitar a vida. Pode ter sido por relações sexuais, não vou fugir à questão, não me vou esconder atrás de uma operação que fiz em 1978, nem sei se em 78 já havia o vírus.</i>
	D.2.: A descoberta	Excertos que caracterizam o momento em que o sujeito	<i>Vim para cá (Portugal), consulte um médico, até que o médico viu umas análises, achou as análises um bocado esquisitas e</i>

		descobriu que estava infectado pelo VIH/SIDA (o que levou à descoberta)	<i>mandou-me ao Instituto Ricardo Jorge, até que no dia 29 de maio de 2002 o médico disse-me “O senhor está infectado com a Sida.</i>
	D.3.: A reação	Excertos que caracterizam como o sujeito reagiu à notícia da sua seropositividade	<i>Foi um choque</i>
E: Atitudes sexuais depois do diagnóstico	E.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Já gozei tudo o que tinha a gozar, já não é possível, pois não dra.? Às vezes posso ter assim um bocadinho mais de interesse e ter prazer, mas já não é aquela loucura. Se sucedeu, sucedeu.</i>
	E.2.: Comunhão	Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>O casamento é uma lotaria, o casamento acontece, o ato sexual acontece, não ando a procurar.</i>
F: Conhecimento face à infeção pelo VIH/SIDA	F.1.: Nível de conhecimento	Excertos que identificam o que o sujeito sabe depois de se infetar acerca da	<i>... há prostitutas que vão e não usam preservativo, e vão assim de qualquer maneira. Só se as pessoas não quiserem é que não se protegem, têm informação. Não sou eu que posso dizer</i>

depois do diagnóstico

infecção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão

alguma coisa. Eu estou a ver que se eu dissesse alguma coisa, para os cuidados, as pessoas diziam: “vai falando que eu já te atendo”. A informação existe. Eu tive amigos que se infetaram, mas porquê? Pessoas normais, porquê?? Não vale a pena. Aparece nos jornais, na televisão, os médicos falam disso. Quem sou eu para chegar ao pé dum amigo meu e dizer: “Cuidado quando fores”. Se fosse uma entidade... não sei. Acho que as pessoas não ligam. Se eu estivesse no lugar da Dra., num lugar importante, conversava, fazia ver. O homem comum não ouve. O médico, um familiar, uma pessoa com algum gabarito,...

F.2.: Fontes de informação

Excertos que identificam quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito

O que já tinha anteriormente e o médico assistente

		acerca do VIH/SIDA depois do conhecimento da condição de seropositividade.	
G: CSR depois do diagnóstico	G.1.: actividade sexual	Excertos que indicam se o sujeito está ou não sexualmente activo depois do diagnóstico da infeção VIH/SIDA	<i>Sou sexualmente activo. Fui diminuindo a actividade sexual mas acho que não teve a ver com a infeção, é maneira de ser. Quer dizer logo depois de saber que tinha, houve um interregno, mas agora não.</i>
	G.2.: número de parceiros sexuais	Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o sujeito teve depois de saber que estava infetado pelo VIH/SIDA	<i>Sou sexualmente activo</i>
	G.3.: utilização do preservativo	Excertos que indicam se o sujeito usava ou não preservativo depois do conhecimento da condição de seropositividade	<i>Sou sexualmente activo e protejo-me. Agora utilizo sempre o preservativo, mas só depois de saber que estava infetado.</i>

Categorias emergentes

Categorias	Subcategorias	Definição	Exemplos
H: Diagnóstico	H.1.: Sintomas antes do diagnóstico	Excertos que caracterizam os sintomas dos sujeitos antes de lhes ser diagnosticada a infecção pelo VIH/SIDA	<i>Quando fui diagnosticado e fui ao médico que me disse que eu tinha o vírus, eu estava bem. Eu não tinha queixas nenhuma. Não tinha sintomas nenhuns, assim como hoje não tenho.</i>
	H.2.: Forma como foi comunicado e por quem	Excertos que indicam quem diagnosticou a infecção e em que circunstâncias	<i>O médico disse-me: O senhor está infetado com a SIDA</i>
	H.3.: A quem revelar?	Excertos que indicam a quem o sujeito revelou a sua condição de seropositividade e de quem quis esconder	<i>Nunca contei a ninguém. Eu tenho família mas não conto, não arrisco, não sei se iriam perceber. é assim, não é esconder, mas... Eu sou do Sporting, eu não tenho que dizer a ninguém que sou do Sporting, eu gosto do azul não há ninguém a dizer que gosta. Quando algum médico me pergunta quando eu vou à urgências, eu digo logo que tenho HIV, aliás eu tenho aqui a receita e medicamentos para o HIV e não escondo e mostro,</i>

			<i>mas às outras pessoas... Ai eu tenho Sida, ai eu fiz uma operação ao rim, ai... são coisas que quando eu tiver que dizer, como contei aqui à Sra. Dra., mas estamos num contexto diferente, não é conversa de café, para fazer com um amigo, ou amiga ou família ou coisa assim</i>
I: Religião	I.1.: Antes e depois da infecção	Excertos que caracterizam o nível de religiosidade do sujeito antes e depois do conhecimento da condição de seropositividade.	<i>Sou católico não praticante, acredito em Cristo, todas as noites rezo o Padre-nosso. eu sou protestante, há um Cristo também, todas as noites rezo o Padre Nosso, a única diferença é que... a religião é uma coisa, o que se pratica numa igreja é outra, tenho a minha fé. Eu tinha um vizinho que gritava a rezar (exemplifica). E eu tive que lhe dizer para ele não gritar porque Deus não é surdo. Eu rezo em surdina o Padre-nosso e ao meu santo protetor, é uma fé que eu tenho.</i>
J: A infecção pelo VIH/SIDA	J.1.: Rede de suporte	Excertos que indicam a rede de suporte do sujeito para lidar com a infecção pelo VIH/SIDA	<i>O meu apoio é a minha irmã que vai fazer 75 anos amanhã.</i>
	J.2.: Discriminação e medo da rejeição	Excertos que indicam as diferentes formas de discriminação sentidas pelo sujeito infetado pelo	<i>Eu concordo que 2 homens se juntem, que 2 mulheres se juntem, não concordo com o casamento e muito menos com terem filhos, porque Sra. Dra. isso é pôr a criança a sofrer, porque quando crescer ai o teu pai é bicha, a tua mãe é</i>

	VIH/SIDA e o medo de ser rejeitado pelo facto de estar infetado.	<i>lésbica, a sociedade não aceita, diz que sim, que sim, mas não aceita. Eu vejo pessoas que dizem que todos são livres, as pessoas podem fazer o que quiserem, mas quando estão diante dum homossexual ou de uma lésbica cortavam. Em parte posso dizer que devido à sociedade escondo um bocado</i>
J.3.: O que mudou?	Excertos que caracterizam as alterações na vida do sujeito após conhecimento do diagnóstico	<i>Agora estou todo empenado, e já gozei tudo o que tinha a gozar, já não é possível. Todos os meses de junho ia passar à Quarteira e agora não posso ir, é a artrite e todas estas complicações da doença. Não mudou nada depois da infeção. Até tenho feito uma vida perfeitamente normal.</i>
J.4.: Cuidados médicos	Excertos que identificam os cuidados de saúde que os sujeitos têm após conhecimento da sua condição de seropositividade.	<i>Eu faço tudo, venho às consultas, faço exames, tomo a medicação...</i>
J.5.: os caminhos da prevenção	Excertos que indicam a prevenção sexual e outras	<i>Passei a ter mais cuidado nas escolhas que fazia nas relações sexuais.</i>

formas de prevenção
adotadas pelo sujeito para
se proteger a si e ao outro

J.6.: Nomeação da
infecção

Excertos que indicam as
designações atribuídas à
infecção pelo VIH/SIDA

infetado com SIDA
HIV
doença
vírus

H.6.: Grelha de Análise de PM6♂

Determinantes da Infecção pelo VIH/SIDA

Categories	Subcategories	Definição	Exemplos
A: Atitudes sexuais antes do diagnóstico	A.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<p><i>Quando tive a minha primeira relação sexual foi para ai com 16 anos, eu acho que até foi com a minha primeira mulher, trabalhávamos os dois nos campos. Sabe que antigamente evitava-se muitas coisas nos campos, para não se falar e depois é que isto começou tudo a evoluir.</i></p> <p><i>Eu andei com essa mulher e depois disso sabe como é, nas feiras as mulheres metem-se... É mais os que fazem do que os que não fazem.</i></p> <p><i>Eu tenho 3 filhas só que é uma de cada mulher.</i></p> <p><i>Deixei a minha mulher e estive 3 anos com a outra senhora, fui um bocado vadio.</i></p>
	A.2.: Comunhão	Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito antes de se infetar pelo VIH/SIDA	<p><i>Depois juntei-me lá com uma rapariga lá do Vimieiro, eu estive a viver com ela para ai 1 ano e tal. Depois começamos a dar mal, mal e resolvi deixá-la.</i></p> <p><i>Comecei a andar por ai e depois casei outra vez, mas casei mesmo, com uma rapariga de Montemor. Eu estive com ela uns poucos de anos.</i></p>

B: Conhecimento face à infeção pelo VIH/SIDA antes do diagnóstico	B.1.: Nível de conhecimento	Excertos que identificam o que o sujeito sabia antes de se infetar acerca da infeção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão	<i>Com a segunda mulher foi quando vim para Montemor e comecei a falar com ela, mas ela não dessas de se ajuntar, por isso casei-me mesmo pela igreja e então tive a minha segunda filha desta mulher.</i>
	B.2.: Fontes de informação	Excertos que identificam quais as fontes de informação do conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA antes do conhecimento da condição de seropositividade.	<i>Eu depois andava a trabalhar aqui e arranjei aqui outra senhora, como era viúvo pude casar e casei-me na igreja.</i> <i>Eu acho que nem nunca tinha ouvido falar disto (do vírus), acho que não, isto era pouco falado até, parece que havia outros males. Essas doenças assim, nunca ouvi.</i>
C: Comportamentos	C.1.: actividade	Excertos que indicam se o	

Sexuais de Risco sexual antes do diagnóstico	sujeito estava ou não sexualmente activo antes do diagnóstico da infeção VIH/SIDA	
C.2.: utilização do preservativo	Excertos que indicam se o sujeito usava ou não preservativo antes do conhecimento da condição de seropositividade	<i>Eu nunca usei preservativo na minha vida. Para mim isso não serve.</i>
C.3.: número de parceiros sexuais	Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o sujeito tinha antes de saber que estava infetado pelo VIH/SIDA	Várias parceiras sexuais ao longo da vida: 3 casamentos e outras relações ocasionais.
C.4.: percepção de risco/vulnerabilidade à infeção	Excertos que indicam a percepção de risco ou a vulnerabilidade à infeção do próprio antes da infeção pelo VIH/SIDA.	<i>Eu acho que nem nunca tinha ouvido falar disto.</i>

Consequências da Infecção pelo VIH/SIDA

Categories	Subcategorias	Definição	Exemplos
D: Diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA	D.1.: Formas de transmissão	Excertos que caracterizam por que via foi contraída a infecção pelo VIH/SIDA	<i>E agora aqui na Amadora é que me apareceu este mal, não sei como, não sei. Teria sido numa senhora que eu estive com ela 3 anos? Fui um bocado vadio. Eu andei com essa mulher e depois disso sabe como é, nas feiras as mulheres metem-se... É mais os que fazem do que os que não fazem. Mas eu não me lembro com quem é que possa ter sido.</i>
	D.2.: A descoberta	Excertos que caracterizam o momento em que o sujeito descobriu que estava infetado pelo VIH/SIDA (o que levou à descoberta)	<i>Depois quando me apareceu este raio deste mal, andei a fazer exames, corri tudo, sei lá o que eu corri, a minha médica é que mandou aqui para este hospital, vir aqui à consulta e então vim para aqui. Eu soube pouco depois de andar aqui a fazer exames, para aí há uns 8 meses, pouco menos de 1 ano.</i>
	D.3.: A reação	Excertos que caracterizam como o sujeito reagiu à notícia da sua seropositividade	<i>Quando me disseram que tinha isto, eu nem sei explicar, eu fiquei aparvalhado e pensei “Será verdade?”, fiquei mesmo esparvoado. Ainda hoje parece que não é verdade.</i>
E: Atitudes sexuais depois do diagnóstico	E.1.: Permissividade	Excertos que indicam o nível de Permissividade do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Ainda estou sexualmente ativo. Com a minha mulher é que já não há nada.</i>

	E.2.: Comunhão	Excertos que indicam o nível de Comunhão do sujeito depois de se infetar pelo VIH/SIDA	<i>Ainda estou sexualmente ativo. Com a minha mulher é que já não há nada.</i>
F: Conhecimento face à infeção pelo VIH/SIDA depois do diagnóstico	F.1.: Nível de conhecimento	Excertos que identificam o que o sujeito sabe depois de se infetar acerca da infeção pelo VIH/SIDA e das suas formas de transmissão	<i>Agora sei que acho que isto se pega pelas coisas sexuais, agora já me disseram os médicos, mas antes não sabia nada. É preciso ter cuidado em não se meter com as outras pessoas, eu nem penso nisso. Mas sei que tem que se usar o preservativo.</i>
	F.2.: Fontes de informação	Excertos que identificam quais as fontes de informação do Conhecimento do sujeito acerca do VIH/SIDA depois do conhecimento da condição de seropositividade.	O médico assistente
G: CSR depois do diagnóstico	G.1.: actividade sexual	Excertos que indicam se o sujeito está ou não sexualmente activo depois	<i>Ainda estou (sexualmente ativo), mas com a minha mulher agora não tenho nada. Dantes era uma vez por semana, mas desde que soube que tinha isto, nunca mais.</i>

	do diagnóstico da infecção VIH/SIDA	
G.2.: número de parceiros sexuais	Excertos que indicam se o sujeito usava ou não preservativo depois do conhecimento da condição de seropositividade	Esta subcategoria não é visível na narrativa de PM6♂.
G.3.: utilização do preservativo	Excertos que indicam quantos parceiros sexuais o sujeito teve depois de saber que estava infetado pelo VIH/SIDA	<i>Agora estou sexualmente activo. Eu nunca usei preservativo na minha vida.</i>

Categorias emergentes

Categories	Subcategorias	Definição	Exemplos
H: Diagnóstico	H.1.: Sintomas antes do diagnóstico	Excertos que caracterizam os sintomas dos sujeitos antes de lhes ser diagnosticada a infecção pelo VIH/SIDA	<i>Eu na altura sentia-me bem, não sei, só tinha era a tensão, a médica só me passava medicamentos para a tensão. Mas depois comecei a ficar doente, a ficar doente, tinha uma coisa nos pulmões que achava que era por causa duma oficina grande que eu tinha cheia de pássaros. O médico mandou-me também fazer análises e tal e depois acabou por descobrir isto. Eu estive muito mal, eu tive com 44kg. Era uma broncopneumonia, quer dizer ajuntou-se tudo, começou a curar-me destas coisas todos e depois descobriu com certeza com as análises, deve ter sido. Eu andava muito doente e muita gente ia-me ver lá a casa e não dava nada por mim.</i>
	H.2.: Forma como foi comunicado e por quem	Excertos que indicam quem diagnosticou a infecção e em que circunstâncias	<i>Depois o médico pediu a essa senhora que se não levasse a mal tinha que sair e disse-me que eu tinha isto.</i>
	H.3.: A quem revelar?	Excertos que indicam a quem o sujeito revelou a	<i>Quem sabe disto é a minha mulher, a minha vizinha, e eu parece-me que a filha do meio também já sabe. Ela não é a filha desta mulher, ui mas dão-se muita bem.</i>

		sua condição de seropositividade e de quem quis esconder	
I: Religião	I.1.: Antes e depois da infecção	Excertos que caracterizam o nível de religiosidade do sujeito antes e depois do conhecimento da condição de seropositividade.	<i>Não tenho religião, se for preciso ir a qualquer lado vou, se for preciso ir a uma igreja vou, porto-me tal e qual como os que lá estão. Respeito tudo, eu respeito toda a gente. Eu nunca fui nisso. Eu se me doer alguma coisa digo “Ai minha nossa senhora”, “ai meu deus” (ri-se). Mas nunca os vi. Há pessoas que vão a pastores, acreditam em santos, eu nunca fui nisso. Não acredito. Eu penso assim. Mas se vir um acidente digo logo, “ó meu deus, nosso senhor”, mas secalhar porque me ensinaram a falar assim, ou qualquer coisa. Mas também há pessoas... a minha mulher por exemplo dantes não podia passar um Domingo sem ir a uma igreja, mas ela não apertava comigo para eu ir. Se fosse preciso ia. Há pessoas que vão aos pastores, há para ai tanta religião. Eu dou-me bem com as pessoas na mesma, agora correr para ali, ou para aqui, não me dá para isso. Tanto mais já casei duas vezes pela igreja. Não digo bem, nem digo mal, nunca ninguém nunca me fez mal. Eu respeito toda a gente, posso é não saber falar, mas respeito.</i>

J: A infeção pelo VIH/SIDA	J.1.: Rede de suporte	Excertos que indicam a rede de suporte do sujeito para lidar com a infeção pelo VIH/SIDA	
	J.2.: Discriminação e medo da rejeição	Excertos que indicam as diferentes formas de discriminação sentidas pelo sujeito infetado pelo VIH/SIDA e o medo de ser rejeitado pelo facto de estar infetado.	<i>Tenho vergonha, tenho vergonha, porque tem a ver com o passado, ou a ver com isto ou com aquilo. Os outros acho que não devem pensar muito bem, basta ser uma doença que se passa de pessoa para pessoa de forma sexual.</i>
	J.3.: O que mudou?	Excertos que caracterizam as alterações na vida do sujeito após conhecimento do diagnóstico	<i>Graças a Deus eu estou bem. Agora ando bem. Eu acho que não mudou nada. A vida que tinha é a que tenho. Às vezes posso ter assim qualquer coisinha. Faço a minha vida. Mas eu agora também não faço nada. Eu agora não me preocupo com isto. Se eu adoecesse, ou se me sentisse doente, mas não, sinto-me bem. Já não trabalho, desde o ano passado quando soube que tinha isto. Sinto um bocadinho de falta. A minha vida agora é essa, não gosto assim muito, mas enfim.</i>
	J.4.: Cuidados médicos	Excertos que identificam os cuidados de saúde que	<i>Tomo os medicamentos e a médica agora até me vai tirar um medicamento. Há praticamente 1 ano que ando a tomar esta</i>

	os sujeitos têm após	<i>medicação, sempre àquelas horas, é sempre numa hora certa</i>
	conhecimento da sua	<i>que é para tomar o comprimido, são 4 comprimidos.</i>
	condição de	
	seropositividade.	
J.5.: os caminhos da prevenção	Excertos que indicam a prevenção sexual e outras formas de prevenção adotadas pelo sujeito para se proteger a si e ao outro	<i>Acho que há um bocadinho de falta de informação desta doença, devia haver um bocadinho mais, porque isto não se perde nada em se saber um bocadinho mais. Há tanta coisa na televisão que aparece escusadamente, que acho que podia informar as pessoas sobre estas coisas. Há muita pessoa que não sabe. Se for na província, quem é que sabe disto? Podia haver pessoas que não ligavam, mas havia com certeza pessoas que ligavam e ouviam. Não perdiam nada com isso em haver informações na televisão. A pessoa só faz as coisas se quer, uma vez que sabe, se não souber é capaz de fazer o mesmo e no lugar de pensar que está a fazer bem, faz mal. Eu não sei... eu já fiz. Era bom haver umas coisas quaisquer que informasse as pessoas que não sabem. Há muita gente que não sabe nada. Na minha geração há muita gente que não sabe ler.</i>
J.6.: Nomeação da infecção	Excertos que indicam as designações atribuídas à infecção pelo VIH/SIDA	<i>este raio deste mal isto é vírus que chamam a isto</i>

