



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE VIH NA SEXUALIDADE E INTIMIDADE:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E DADOS EXPLORATÓRIOS**

MARTA DA SILVA PERDIGÃO ESTEVES

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA TÂNIA BRANDÃO

Professor do Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA TÂNIA BRANDÃO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Especialidade em Psicologia da Saúde

2024

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Tânia Pais Brandão, apresentada no ISPA – Instituto Universitário, para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, por sempre acreditarem em mim e por me terem dado a oportunidade de completar mais uma etapa tão importante.

Aos meus avós maternos, por serem os meus segundos pais e segunda casa, e por todo o carinho e amor infinito que me deram ao longo destes anos.

Ao Francisco, por tudo, mas principalmente por me ter feito acreditar em mim.

Aos meus amigos, por toda a compreensão durante períodos de ausência e por serem companheiros constantes ao longo desta jornada.

À minha orientadora Professora Doutora Tânia Brandão, sem o seu apoio e dedicação nada disto se teria concretizado.

Por fim, aos meus avós paternos, cuja presença é sentida na saudade que carrego. Esta conquista é um resultado do amor, dedicação e da confiança que depositaram em mim.

Resumo

Apesar de o primeiro caso de VIH ter sido identificado há mais de 40 anos e de terem sido conduzidas inúmeras investigações, a discriminação contra indivíduos que vivem com o vírus ainda é uma realidade. Foram estudados aspetos psicossociais que esta doença pode acarretar, mas outras vertentes ficaram esquecidas. Exemplo disso é a intimidade e a sexualidade de pessoas portadoras do vírus. Deste modo, foram realizados dois estudos. Num primeiro estudo realizou-se uma revisão sistemática com o propósito de compreender o impacto que um diagnóstico de VIH pode ter tanto nas relações íntimas, como na sexualidade, podendo ou não abranger parceiros fixos. Realizou-se a pesquisa de literatura em Janeiro de 2024 em várias bases de dados. Foram incluídos 7 artigos na revisão sistemática realizados em diferentes países do mundo. Os resultados principais demonstram que, após o diagnóstico, as relações íntimas se deterioraram devido à dificuldade dos parceiros em lidar com a situação. Como consequência, muitos optaram pela abstinência sexual ou pelo uso do preservativo como medida preventiva. Num segundo estudo quantitativo, foram incluídos 27 participantes (10 homens e 17 mulheres) e explorou-se a associação entre o estigma, a autoestima e a sexualidade/intimidade. Verificou-se que um maior estigma sentido resulta numa menor satisfação sexual e que uma autoestima mais baixa afeta significativamente a experiência sexual. Assim, considerando os resultados encontrados nos dois estudos, verificou-se uma necessidade acrescida de ampliar o conhecimento sobre este tema, com foco na sexualidade e intimidade neste contexto.

Palavras-chaves: Intimidade sexual; VIH; SIDA; diagnóstico; parceiros sexuais.

Abstract

Although the first case of HIV was identified more than 40 years ago and numerous investigations have been carried out, discrimination against people living with the virus is still a reality. Psychosocial aspects of the disease have been studied, but other aspects have been overlooked. One example is the intimacy and sexuality of people living with the virus. Two studies were therefore carried out. In the first study, a systematic review was carried out with the aim of understanding the impact that an HIV diagnosis can have on both intimate relationships and sexuality, which may or may not include steady partners. A literature search was carried out in January 2024 in various databases. The systematic review included 7 articles from different countries around the world. The main results show that, after diagnosis, intimate relationships deteriorate due to the difficulty partners have in dealing with the situation. As a result, many have opted for sexual abstinence or condom use as a preventative measure. A second quantitative study included 27 participants (10 men and 17 women) and explored the association between stigma, self-esteem and sexuality/intimacy. It was found that greater perceived stigma results in lower sexual satisfaction and that lower self-esteem significantly affects sexual experience. Thus, considering the results found in the two studies, there was an increased need to expand knowledge on this topic, focusing on sexuality and intimacy in this context.

Keywords: Sexual intimacy; HIV; AIDS; diagnosis; sexual partners.

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	3
Definição e progressão do Vírus da Imunodeficiência Humana.....	3
Formas de transmissão e sintomas associados.....	4
Tratamento.....	5
<i>Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)</i>	6
<i>Profilaxia Pós-Exposição (PPE)</i>	6
<i>Transmissão vertical</i>	6
Aspetos Psicossociais da infeção do VIH.....	7
Sexualidade e a vivência com o VIH.....	8
<i>Redução da atividade sexual</i>	10
<i>Utilização do preservativo</i>	10
<i>Abstinência sexual/celibato</i>	11
Estudo 1 – Revisão sistemática.....	12
Método.....	12
<i>Crítérios de elegibilidade</i>	13
<i>Estratégias de pesquisa</i>	13
<i>Seleção de estudos</i>	15
Resultados.....	15
<i>Descrição geral dos estudos</i>	15
Conclusões.....	24
Estudo 2 – Estudo quantitativo.....	27
Método.....	28
<i>Desenho de Investigação</i>	28
<i>Participantes</i>	28
<i>Instrumentos</i>	30
Procedimento.....	32
<i>Análise de dados</i>	32
Resultados.....	32
<i>Análises Descritivas</i>	32
Conclusões.....	35
Discussão Geral.....	36
Limitações.....	40
Implicações práticas.....	41

Referências 43

Lista de Tabelas

Tabela 1. Autores, país, características demográficas dos participantes, delineamento, tipos de medidas e objetivo dos artigos incluídos na revisão sistemática	18
Tabela 2. Características dos participantes dos estudos revistos e os seus resultados... 21	
Tabela 3. Dados Sociodemográficos da amostra (n=27)	28
Tabela 4. Análise Descritiva, Normalidade e Consistência Interna das Variáveis (n=27)	33
Tabela 5. Correlações de Spearman	34

Lista de Figuras

Figura 1. Fluxograma da identificação de estudos e do processo de seleção (PRISMA 2020).....	14
---	----

Introdução

Desde a descoberta do primeiro caso do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) que esta doença sofreu diversas mutações, transmitindo-se de indivíduo para indivíduo e provocando a morte de milhões de pessoas (Henderson, 2008). Posteriormente, na década de 1980 começaram a ser desenvolvidos medicamentos para o VIH, mas foi apenas em 1996 que a medicação começou a ser utilizada com a descoberta da TARV (Terapia Antirretroviral). Este medicamento combina várias substâncias antirretrovirais para suprimir a replicação do vírus, diminuindo a carga viral no organismo até esta ficar indetetável, impedindo a evolução para SIDA (Palella et al., 1998). Atualmente, pessoas seropositivas vivem mais tempo e com mais saúde (Hogg et al., 2001; Patterson et al., 2015; Samji et al., 2013).

Os aspetos psicossociais desta doença têm sido amplamente considerados ao longo dos anos, continuando a ser relevantes até aos dias de hoje. Não obstante, o estudo de Stanton et al., (2019) refere que viver com esta doença pode afetar significativamente a saúde sexual, influenciando as práticas de sexo seguro, como as alterações no estado da relação, oportunidades limitadas de intimidade (e.g., diminuição do apoio social, perdas sociais e o estigma). Os autores Alvarez (2005) e Azevedo-Pereira (2011) apelam ao uso do preservativo mesmo quando a pessoa já é portadora do vírus, devido à facilidade de uma reinfeção. Isto porque existem dois tipos de VIH, o VIH-1 e o VIH-2. Estes dois vírus são diferentes no ciclo biológico e na evolução da infeção, sendo que o período de latência clínica é mais extenso nas infeções por VIH-2, chegando a transcender os 20 anos. Já nas infeções por VIH-1, o seu período de latência tem uma duração entre os 8 anos a 12 anos.

Desta forma, a dissertação apresentada é composta por dois estudos. O estudo 1 é uma revisão sistemática e tem como objetivo a sistematização e análise dos aspetos da sexualidade e da intimidade de indivíduos (acima de 18 anos) portadores de VIH (i.e., compreender os desafios que possam ter encontrado em termos de comportamentos sexuais e relacionamentos íntimos). O estudo 2 é um estudo quantitativo que tem como objetivo principal responder à questão de investigação “De que maneira um diagnóstico de VIH pode impactar o indivíduo seropositivo assim como qual o impacto na sexualidade e na intimidade destas pessoas?”. Posto isto, a dissertação será constituída por quatro secções: (1) o enquadramento teórico que irá explorar a progressão da doença, formas de transmissão, tratamento, aspetos psicossociais e a sexualidade e a

vivência com o vírus; (2) o método que irá descrever a pesquisa, os estudos selecionados, os resultados dos mesmos e as conclusões a serem retiradas, no âmbito do estudo 1; (3) a apresentação do estudo 2, onde será incluído o método com os instrumentos utilizados, e consequente, procedimento, os resultados que foram obtidos e as conclusões; (4) e, por fim, a última secção será a secção da discussão geral que irá abordar os resultados encontrados de ambos os estudos, interpretando-os face ao estado atual da pesquisa. Aqui, serão discutidos, igualmente, algumas limitações e as possíveis implicações dos resultados para o futuro.

Enquadramento teórico

Definição e progressão do Vírus da Imunodeficiência Humana

O vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é o vírus responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tendo-se tornado uma temática significativa a nível mundial (Aboim, 2012; Azevedo-Pereira, 2011). Esta doença é designada por uma agregação de infeções que proporciona a que o sistema imunitário fique cada vez mais vulnerável. Atualmente, é considerada uma doença crónica (Polejack & Seidl, 2010).

O VIH foi considerado uma pandemia que teve o seu início nos Estados Unidos da América, em 1981, quando surgiram os primeiros casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* em doentes homossexuais. Inicialmente, considerou-se que o VIH tivesse aparecido das infeções nos chimpanzés, que, rapidamente, se propagou para a espécie humana nas décadas de 1960 e 1970. O ciclo de evolução deste vírus é determinado a partir da divisão de três estádios (estádio agudo, estágio crónico e surgimento da SIDA), tendo por base a quantidade de células CD4+. Por conseguinte, o estágio agudo tem cerca de ≥ 500 células/mcl, o estágio crónico 200-499 células/mcl e o surgimento da SIDA < 200 células/mcl. De acordo com Nyamweya et al., (2013), o estágio agudo é conhecido por ser o estágio que surge nos primeiros tempos da infeção, sendo esta, a fase onde se manifestam os primeiros sintomas (podendo ter a duração de dias, semanas ou meses); o estágio crónico é caracterizado pelo momento em que o vírus se instaurou no corpo humano, multiplicando-se e começando a eliminar as células; ao surgir a fase de SIDA, esta é determinada como sendo o estágio em que as defesas do sistema imunitário se tornam incapazes de proteger o organismo na possibilidade de surgirem novas infeções, as chamadas *Doenças Oportunistas* (Alvarez, 2005).

Assim, a contagem de células CD4 é um indicador importante no acompanhamento da infeção, sendo feito um teste sanguíneo para avaliar o desenvolvimento do vírus e direcionar para um possível tratamento. Esta contagem de células CD4 é considerada normal quando varia entre 500 e 1500 células/mm³ de sangue, dado que à medida que o vírus progride e debilita o sistema imunitário, a contagem das células tende a diminuir. Caso esta contagem esteja abaixo de 200, o indivíduo é considerado imunocomprometido, estando em risco de desenvolver outras infeções. Nesta fase, o diagnóstico da SIDA é estabelecido (WHO, 2022).

Em Portugal a primeira infeção foi detetada em 1983, sendo diagnosticados até ao final do ano de 2019, 61433 casos em que 22835 alcançaram a fase de SIDA. Em 1992, o nosso país teve um aumento significativo de casos, sendo considerado como o segundo

país da Europa com a maior taxa de incidência em 1998. Contudo, entre 2009 e 2018 deu-se uma diminuição de cerca de 47% do número de novos casos de infeção (INSA, 2020). De acordo com *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS, 2022), no nosso país 46 mil pessoas vivem com VIH, observando-se uma taxa de prevalência entre os 15 e os 49 anos, havendo uma maior predominância nas mulheres (26,1%). Mundialmente, é possível contar com mais de 39 milhões de pessoas infetadas por VIH (UNAIDS, 2022).

Formas de transmissão e sintomas associados

Este vírus é uma doença transmissível e não contagiosa, isto é, o VIH só se consegue produzir se atingir a corrente sanguínea. Se o vírus estiver em contacto com o exterior, morre rapidamente numa questão de minutos (INSA, 2020). Assim, o vírus transmite-se de três maneiras: relações sexuais desprotegidas, partilha de material injetável que não tenha sido esterilizado ou transfusão de sangue, e transmissão vertical (i.e., mãe-filho durante a gravidez, amamentação ou parto) (Azevedo-Pereira, 2011; Remor, 1999). Nos primeiros anos da pandemia, considerava-se que a transmissão por via material injetável era muito grave e preocupante, contudo, com o desenvolvimento de programas de controlo (e.g., alguns países dispuseram de seringas em venda livre ou trocam seringas usadas por novas) notou-se uma diminuição significativa neste meio de transmissão (Ruiz et al., 2011)

Segundo Alvarez (2005), quando algum indivíduo está infetado com VIH, este passa por um período de incubação, que é a fase considerada como os dias iniciais posterior à infeção. Prontamente, o vírus acaba por se multiplicar de forma imediata, progredindo de forma similar o número de células infetadas. Contudo, o indivíduo infetado pode, durante algum tempo, entre seis a oito semanas, permanecer sem sintomas, resultando na consequência de não saber que é portador do vírus e transmiti-lo a outras pessoas (Azevedo-Pereira, 2011). Neste sentido, quando a transmissão se sucede por via sexual, nas relações heterossexuais, por exemplo, a grande maioria dessa transmissão ocorre a partir do homem para a mulher, uma vez que o sémen tem uma maior capacidade de se propagar num organismo e produzir uma doença, do que os fluidos vaginais. No entanto, segundo Barros (2007), a transmissão pode suceder-se em todos os tipos de relações sexuais - relação oral, relação anal e relação vaginal - sendo que a relação sexual que acata mais riscos é a relação anal. É importante ter em conta que mesmo que o esperma e as secreções vaginais não se espalhem no organismo, estas podem estabelecer-se em pequenos ferimentos que existam na boca, na vagina, ânus e pénis.

Relativamente aos sintomas associados à doença, quando estes se começam a manifestar podem ser rapidamente confundidos com os sintomas habituais de uma gripe, uma vez que o indivíduo ainda está na fase considerada assintomática da doença (Deeks, 2011). O surgimento frequente destes sintomas são: febre, cansaço extremo, dores de cabeça, dores musculares, dores de garganta, manchas na pele, perda de peso e de apetite. Podem surgir, igualmente, sintomas cognitivos como é o caso da dificuldade de resolução de problemas e de esquecimentos frequentes (Nyamweya et al., 2013). Contudo, existem outros sintomas que podem ser identificados por terceiros como o aumento dos gânglios linfáticos e o *sarcoma de Kaposi* (que é considerado um cancro agressivo associado ao vírus) em locais visíveis no corpo, como o rosto. Esta manifestação de sintomas visíveis pode afetar significativamente a autoestima dos indivíduos (Herek, 1990).

Tratamento

Atualmente, ainda não existe uma cura para o VIH, mas com a introdução da Terapia Antirretroviral (TARV) e com os seus avanços significativos foi possível diminuir a mortalidade, modificando, totalmente, o desenvolvimento da infeção e promovendo o aumento da expectativa de vida dos indivíduos infetados, tornando esta doença mortal numa doença crónica e controlável (Barbaro & Barbarini, 2006; Adimora et al., 2021). A TARV ajuda a controlar a replicação do vírus e a fortalecer o sistema imunitário, assim como tem um papel crucial na prevenção da transmissão do vírus, isto é, quando o indivíduo toma, de forma constante, esta medicação, a carga viral fica indetetável – quantidade de vírus no sangue está baixa e não é detetada nos testes – e o risco de transmissão do vírus é reduzido. Deste modo, a carga viral ao ficar indetetável é considerada como intransmissível passado seis meses (Bader et al., 2006; Polejack & Seidl, 2010).

Assim, com o acesso à Terapia Antirretroviral, os sujeitos infetados com VIH conseguem ter uma vida mais longa e saudável, permanecendo com a sua vontade e desejo de continuarem a ter relações sexuais até à sua velhice (Miller & Hodder, 2014; Samji et al., 2013; Wada et al., 2014). Porém, é importante que os sujeitos portadores de VIH tenham a informação de que, apesar de ser feita a medicação para o controlo deste vírus, o VIH irá continuar presente no corpo, mas “adormecido”, requerendo a necessidade de adesão a este tratamento para manter a supressão viral (Félix, 2014). Posto isto, é importante mencionar os três tipos de prevenção ao vírus, sendo eles a

Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), a Profilaxia Pós-Exposição (PPE) e a prevenção de transmissão vertical.

Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é um tratamento feito para prevenir a infecção por VIH e que deve ser tomada antes de um episódio em que possa haver risco de exposição ao vírus. A sua toma consiste num único comprimido. Esta é dirigida a pessoas que tenham uma maior probabilidade de contrair o vírus, como por exemplo, casais sero-discordantes (i.e., um dos membros é seropositivo e o outro não), mas também, se não houver uso do preservativo, por exemplo, com um parceiro/a sexual cujo estatuto serológico é desconhecido, se há partilha de material injetável e sexo sob o efeito de substâncias psicoativas. Apesar disso, podem existir efeitos secundários ao fazer esta toma, como: enjoos, alterações intestinais, cansaço e dores de cabeça (SNS, 2023; Ser+, 2024)

Profilaxia Pós-Exposição (PPE)

No que concerne à Profilaxia Pós-Exposição (PPE), esta tem como propósito impedir a infecção, por meio da medicação antirretroviral. É utilizada quando o indivíduo esteve em situações de exposição de risco, normalmente entre 24 horas a 72 horas, sendo que a toma dos medicamentos deve ser feita durante 28 dias seguidos. Esta medicação está disponível nos serviços de urgência dos hospitais públicos, podendo ser obtida de forma gratuita. Assim, a PPE é dirigida a pessoas que estejam em risco de infecção em contexto laboral, como profissionais de saúde, devido à probabilidade de se picarem numa agulha, por exemplo, e não laborais (e.g., relações sexuais sem preservativo cujo sujeito tenha um estatuto serológico desconhecido; cujo sujeito seja portador de VIH e não faça o tratamento; cujo sujeito é portador da infecção e que não tenha, ainda, uma carga viral indetetável há mais de seis meses; e a partilha de material injetável) (SNS, 2023; Ser+, 2024). Esta medicação pode, igualmente, ter efeitos secundários como, erupção cutânea, dores de cabeça, enjoos, diarreia ou vômitos.

Transmissão vertical

A transmissão vertical está diretamente relacionada com as grávidas portadoras de VIH, que apesar de tomarem a medicação antirretroviral têm a possibilidade de diminuir as chances de o bebé nascer com o VIH. Na eventualidade de a mãe optar por fazer este tratamento, a probabilidade de o bebé contrair o vírus é de, praticamente, 0.

Caso a progenitora não tome a medicação ou a faça de forma inconstante, o bebé tem cerca de 20-45% de hipóteses de nascer infetado (Ser +, 2024).

Aspetos Psicossociais da infeção do VIH

O vírus do VIH provoca um impacto significativo nos indivíduos, dado que existem períodos de ansiedade e de inquietação após a descoberta do diagnóstico positivo. Estes períodos resultarão em reações emocionais, como a negação, depressão, choque emocional, agressividade, aceitação da morte ou até mesmo ideação suicida (Lee, 2002; Capron et al., 2012; Carrico, 2010; Ying et al., 2017). Como consequência destas reações emocionais, existe uma probabilidade elevada de o doente se sentir socialmente isolado, aumentando, por isso, a possibilidade de se desencadear uma crise inicial aquando do diagnóstico, uma vez que neste momento o paciente irá analisar toda a sua vida e o que está ao seu redor (Carvalho et al., 2013). Todavia, quando infetados pelo VIH, os indivíduos têm a tendência a desenvolver conflitos psicológicos (e.g., de que maneira a pessoa em questão adquiriu o vírus e a possibilidade de ter infetado alguém) e conflitos relacionados com os seus próprios relacionamentos pessoais (e.g., sentimentos de abandono devido à necessidade de sentir que deve abdicar de relacionamentos íntimos). Para além das reações emocionais interferirem de forma negativa no diagnóstico, podem trazer, igualmente, consequências para o tratamento e para a adesão do mesmo, conduzindo, também, a uma interrupção da medicação (Chander et al., 2006; Anakwa et al., 2021; Lima, 2007).

De acordo com Niu et al., (2016), os indivíduos infetados pelo VIH têm mais predisposição de experienciar perturbações de saúde mental, sendo as mais comuns as perturbações de depressão e ansiedade, do que a população no geral. Deste modo, é importante realçar a relação entre o VIH e os sintomas de ansiedade e a depressão. Não obstante, a não revelação do diagnóstico a alguém próximo está relacionado com o estigma e a discriminação que pode vir a ser sentida, visto que a maioria dos indivíduos que são alvo de preconceito, por serem portadores desta doença, manifestam uma autoestima mais baixa (Serra, 2005). Existe ainda um grande receio por parte desta população de que o diagnóstico positivo possa impactar os seus relacionamentos mais íntimos, principalmente no que diz respeito ao cariz sexual da relação. Isto porque se estiver presente uma relação que é considerada estável, a revelação de um diagnóstico positivo pode resultar no fim do relacionamento (Pettrak et al., 2001). Assim, indivíduos seropositivos que demonstrem insegurança e que preveem que algo de mau irá

acontecer por consequência da revelação do diagnóstico, têm mais predisposição para se afastarem e evitar divulgar a informação (Mansergh et al., 1995). Além disso, indivíduos que apresentem um diagnóstico positivo podem manifestar, posteriormente, sintomas de depressão e ansiedade, podendo resultar em comportamentos sexuais de risco e ao contágio do vírus (Boarts et al., 2009; Hand et al., 2006).

Ainda assim, o estigma relacionado com o VIH pode ter consequências negativas para a saúde mental e, conseqüente, comportamento dos indivíduos. O momento da descoberta do diagnóstico, é assim, um acontecimento que pode direcionar a respostas disfuncionais, acabando por levar à rejeição do mesmo. Como consequência desta rejeição, existe uma maior probabilidade de comportamentos de risco, como práticas sexuais desprotegidas ou uso de drogas, estarem presentes. Estes eventos acontecem, uma vez que o doente está perante uma dificuldade significativa em ter de lidar com a notícia, afetando, significativamente a sua autoestima sexual (Beckett & Shenson, 1993; Kim et al., 2013; Rafiei et al., 2023).

Sexualidade e a vivência com o VIH

De acordo com Edwards e Coleman (2004) e Fortenberry (2013), a saúde sexual e a sexualidade são conceitos complexos, tendo sido interpretados de maneiras diferentes ao longo dos anos. Estes são influenciados por vários fatores, incluindo normas sociais, valores culturais e até mesmo crenças religiosas. Deste modo, a sexualidade é importante para o desenvolvimento da identidade pessoal, mas também para o estabelecimento das relações interpessoais saudáveis, sendo que os relacionamentos íntimos e satisfatórios podem trazer alegria, apoio emocional e crescimento pessoal. Assim, uma vida sexual satisfatória é vista como uma componente fundamental para os indivíduos, dado que ajuda a obter uma boa qualidade de vida e, conseqüentemente, bem-estar (Ventegodt 1998; WHO, 2002).

As relações de intimidade estão associadas às expectativas que os parceiros criam da própria relação, moldando as suas interações (Peto et al., 1992). Segundo Sternberg (1986), a presença da sexualidade é uma parte importante das relações íntimas, acabando por envolver intimidade emocional, apoio e afetividade. Por conseguinte, a intimidade emocional é uma componente importante para fortalecer os relacionamentos amorosos, dado que envolve a capacidade de partilhar pensamentos, sentimentos e experiências abertamente com o parceiro, resultando numa maior confiança e compreensão mútua, ou seja, é evidente que a conexão emocional pode

ajudar a fortalecer a relação. Assim, é necessário reconhecer que indivíduos que vivem com VIH têm necessidades semelhantes às de quem não vive com esta doença crónica (Sternberg, 1986; Lankveld, et al., 2018). Porém, o diagnóstico de VIH pode resultar num acontecimento traumático para os sujeitos, experienciando um impacto significativo nas suas vidas sexuais (Beckerman & Auerbach, 2002; Gurevich et al., 2007; Keegan et al., 2005; Maticka- Tyndale et al., 2002; Rispel et al. 2011; Welbourn, 2013).

A verdade é que para muitos, este diagnóstico pode modificar totalmente a sexualidade e a forma como as pessoas se observam a si próprios, achando que é algo que deve ser rejeitado automaticamente. Pela mesma razão, Grimberg (2009), menciona que os indivíduos infetados pelo VIH têm uma maior tendência a ter uma imagem indesejável de si mesmos, levando a uma dificuldade intensa em conseguirem satisfazer as suas necessidades sexuais. O estudo de Villegas et al., (2021) reconhece que a intimidade de sujeitos diagnosticado com VIH pode afetar as suas relações, tornando-se cada vez mais complicado a revelação da sua seropositividade. Este receio, por vezes, leva a que os indivíduos mantenham ou a que procurem relações seroconcordantes (i.e., ambos os membros são portadores do vírus) ou até mesmo a evitarem relações sexuais (Psaros et al., 2012; Closson et al., 2015). Segundo Wolitski et al., (2005) e Ciccarone et al., (2003), a grande maioria dos indivíduos que continua a relacionar-se sexualmente sem revelar a sua condição serológica varia de acordo com o tipo de relação que têm e com a sua orientação sexual. Os autores referem que os homossexuais preferem relações ocasionais, de modo a não revelarem a sua seropositividade, todavia, o não querer revelar a sua condição pode ser devido ao receio do estigma e ao medo da rejeição. Relativamente às relações de longo prazo, ao existir um maior compromisso emocional e uma maior confiança e intimidade, é mais provável que o sujeito se sinta na obrigação de revelar o diagnóstico, dado que a comunicação é importante para manter um relacionamento saudável e duradouro, mas também ajuda a minimizar o stress e a ansiedade sentida. Caso isto não aconteça, os sentimentos de culpa terão um grande impacto no bem-estar psicológico do indivíduo e na dinâmica do casal, por exemplo, conflitos e distância emocional, impacto na vida sexual deteriorando a conexão destes, dificuldades de comunicação, isolamento e até mesmo diminuição da autoestima (Holt et al., 1998; Magalhães, 2006).

Por conseguinte, de maneira a evitar a revelação do diagnóstico, os indivíduos preferem envolver-se com parceiros ocasionais, optando pelo meio da prevenção, de

forma a reduzir o risco de transmissão, como o uso de preservativo durante as relações sexuais e a toma da medicação para a sua carga viral ficar intransmissível.

Efetivamente, a decisão de informar ou não o parceiro sexual sobre a seropositividade depende, unicamente, do indivíduo, sendo que muitos decidem não o fazer porque não têm expectativas que uma relação ocasional se torne numa relação duradoura (Holt et al., 1998).

Apesar de existirem inúmeros comportamentos de risco, como mencionado anteriormente (e.g., consumo de drogas injetáveis e práticas de sexo desprotegido), simultaneamente, Taylor et al., (2017), refere que os indivíduos têm uma redução das suas práticas de sexo seguro devido a vários motivos como: confiança no seu parceiro/a, isto é, se um dos membros confia no seu companheiro e acredita que este não tem relações extraconjugais, este pode decidir não utilizar preservativos durante o ato sexual; perceção de baixo risco de transmissão por causa do seu género (e.g., algumas mulheres consideram que têm menos probabilidade de contrair VIH); e a exposição repetida ao vírus sem ter contraído a infeção, ou seja, pessoas que têm exposição frequente ao vírus, mas que não ficaram infetadas, podendo isso originar uma perceção errada de tranquilidade e de segurança, dando continuidade a este comportamento de risco. Contudo, muitos dos indivíduos optam pelos comportamentos protetores, como a redução da atividade sexual, a utilização mais frequente de preservativo e a abstinência sexual/celibato.

Redução da atividade sexual

A redução da atividade sexual é atribuída, principalmente, ao interesse diminuto no ato sexual e à diminuição do prazer sexual após a receção do diagnóstico. Isto porque há uma elevada preocupação, no que concerne, à transmissão do vírus para os parceiros sexuais, interferindo, por isso, na capacidade total de desfrutar da atividade sexual (Closson et al., 2015; Siegel & Schrimshaw, 2006).

Utilização do preservativo

Apesar de a utilização do preservativo ser um dos comportamentos mais comuns para evitar a transmissão sexual de VIH e de qualquer outro tipo de doenças sexualmente transmissíveis, a sexualidade sentida pelos indivíduos que vivem com VIH pode ficar comprometida. Neste sentido, o preservativo é considerado como o motivo de uma menor satisfação sexual, podendo ser visto como uma barreira para a intimidade do casal, que conseqüentemente, levará a uma diminuição da intensidade e do prazer

sexual dos mesmos (Reis & Gir, 2010). Não obstante, a sensação de proximidade, confiança e de conexão sexual pode ficar afetada, sendo mais difícil a aceitação do uso do preservativo (Frost et al., 2008; Hoff et al., 2012; Prestage et al., 2008; Remien et al., 1995; Theodore et al., 2004).

Um estudo realizado por El Fane et al., (2011), menciona que os indivíduos portadores de VIH sentem que a sexualidade ficou, automaticamente, associada a este vírus, obrigando o uso do preservativo. No entanto, a utilização do preservativo é, para muitos, considerada como uma limitação para a vida sexual, dado que os indivíduos sentem um maior desconforto. Todavia, ao sentirem este impacto direto na sexualidade, existe uma carga emocional significativa que pode desencadear diversas emoções negativas, como é o caso da ansiedade e da preocupação. O medo de transmissão do vírus e a necessidade de precaução, relativamente ao uso do preservativo, pode afetar a confiança da pessoa durante o ato sexual, havendo, por isso, uma diminuição do prazer e da satisfação sexual (Hankins et al. 1997; Keegan et al. 2005).

Abstinência sexual/celibato

Siegel e Schrimshaw (2003) definem abstinência sexual/celibato como a privação de relações sexuais e outras formas de ato sexual com um indivíduo durante, pelo menos, dois meses após o diagnóstico. As causas mais frequentes da abstinência sexual são: o medo relativamente à transmissão do vírus, a perda de interesse pela atividade sexual, a desconfiança de que alguém poderá ser portador de VIH, a vergonha do diagnóstico positivo, a inquietação sobre a possibilidade de serem rejeitados caso revelem a sua condição serológica e a dificuldade em encontrar o parceiro certo (Villegas et al., 2021). Os indivíduos podem ter uma relação amorosa (i.e., ter um parceiro fixo), mas não procurarem intimidade sexual. Isto, pelo motivo de um dos membros do casal ser seropositivo e o outro membro não querer ter relações sexuais devido ao medo constante da transmissão. No entanto, apesar de existirem, efetivamente, pessoas em tranquilidade com esta escolha, persistem muitas outras com sentimentos de solidão por não terem nenhum apoio emocional de um companheiro, podendo direcionar a uma possível depressão por julgarem que irão sofrer algum tipo de estigma, isto é, o chamado estigma antecipado (Villegas et al., 2021).

Um estudo feito por Bernier et al. (2016) e por Siegel e Schrimshaw (2003), concluiu que as mulheres têm uma maior predisposição a pôr fim à sua atividade sexual do que os homens.

Assim sendo, o principal objetivo da dissertação foi contribuir para o avanço das investigações sobre os desafios relacionados com a sexualidade e a intimidade de pessoas portadoras de VIH. Para tal, foram realizados dois estudos com objetivos específicos, cada um utilizando metodologias distintas, como se detalha a seguir.

Estudo 1 – Revisão sistemática

A importância da investigação ao abranger os indivíduos seropositivos e a sua vida sexual é uma dimensão significativa para a qualidade de vida dos mesmos (Ventegodt., 1998). Apesar de existirem inúmeros estudos focados nos aspetos psicológicos como impacto psicossocial (e.g., autoestima, ansiedade, depressão, estigma, entre muitos outros) (e.g., Ying et al., 2017; Turk et al. 2022; Yousuf et al., 2019), poucos têm como objetivo estudar a intimidade e como é que os doentes a vivenciam sendo portadores do vírus. Existem alguns estudos sobre estes acontecimentos, sendo necessário obter uma visão organizada dos mesmos e perceber o que é que, efetivamente, foi concluído e retirado dos estudos. Contudo, continuam a ser insuficientes os dados, permanecendo a pouca informação sobre como estes indivíduos agem e sobre como se sentem perante esta vertente da sexualidade, sendo necessário reconhecer os desafios associados à seropositividade nesta área. Os autores Sá e Santos (2018), partilham a necessidade de serem realizadas novas investigações que explorem e que se foquem na sexualidade destes indivíduos, com a principal demanda de estes serem mais compreendidos, uma vez que poderá resultar num desconforto psicológico.

Assim, o objetivo da revisão sistemática passa por sistematizar e identificar o impacto que um diagnóstico positivo possa ter na sexualidade e intimidade dos indivíduos seropositivos assim como nas possíveis relações de intimidade, isto é, de que maneira a sua sexualidade ficou afetada e que desafios possam ter encontrado em termos de comportamentos sexuais e relacionamentos íntimos, visto que a vida sexual é um assunto íntimo para pessoas seropositivas.

Método

Esta revisão sistemática foi realizada segundo as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA, 2020) que guiam o processo do estudo e consequente identificação, revisão e inclusão dos artigos sintetizados na corrente revisão.

Critérios de elegibilidade

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para a revisão sistemática: (1) artigos qualitativos ou quantitativos que abordem a sexualidade e a intimidade relacionada com o VIH; (2) artigos analisados por pares; (3) artigos cujos participantes tenham idades superiores a 18 anos; (4) artigos escritos em inglês e português;

Posteriormente, foram excluídos artigos que se focavam na prevenção do VIH e seus comportamentos de risco e que avaliassem a sexualidade aquando da toma da medicação antirretroviral, artigos que se focassem nos impactos psicológicos que não a sexualidade/intimidade, artigos relativos a trabalhadores do sexo e consumidores de droga, e por último, artigos de desenvolvimento e/ou validação de escalas.

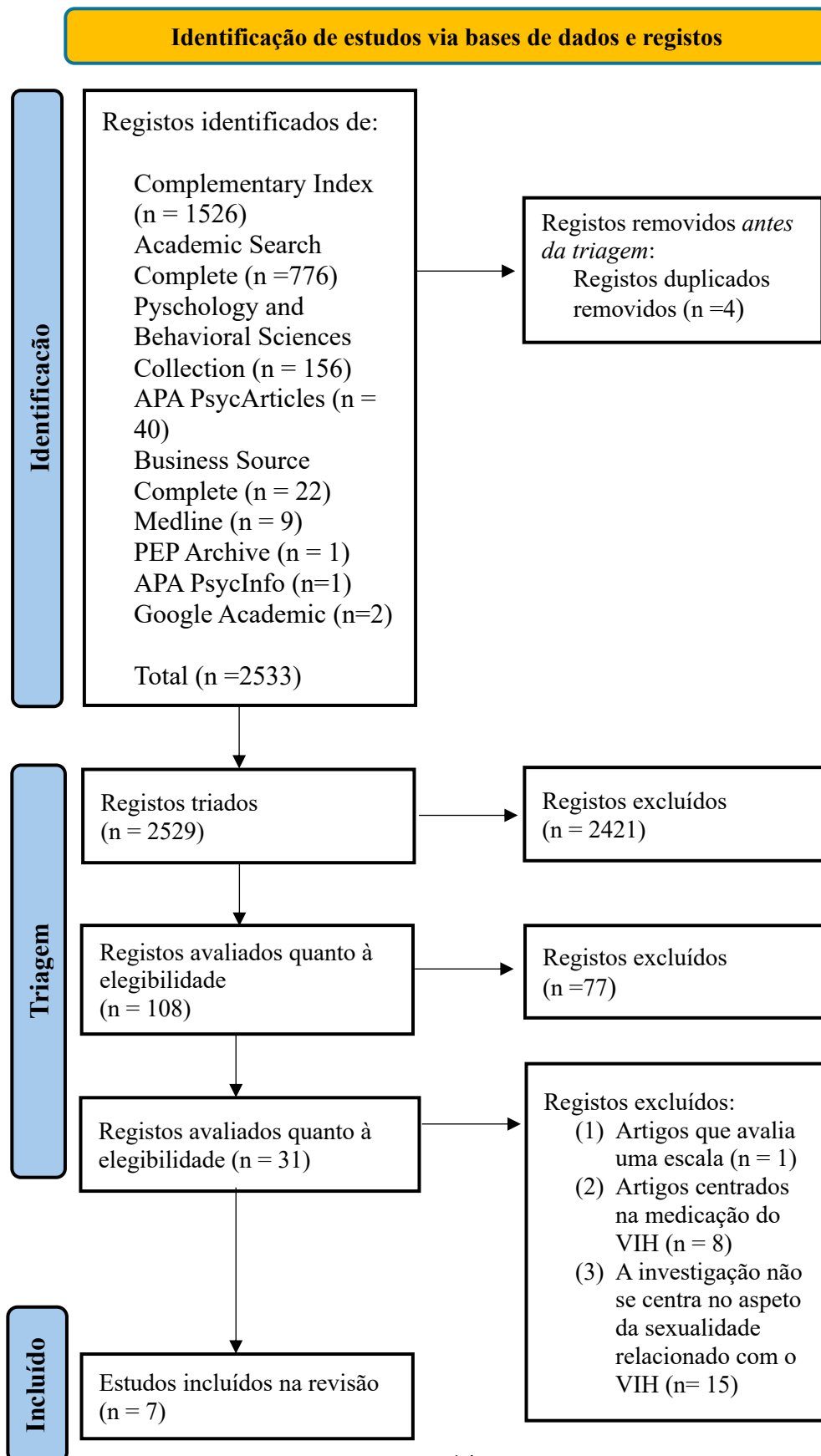
Estratégias de pesquisa

A recolha de literatura necessária para a realização da revisão sistemática foi efetuada durante o mês de Janeiro de 2024, nas seguintes plataformas: EBSCO, Complementary Index, Psychology and Behavioral Sciences Collection, APA PsycArticles, Business Source Complete, Medline, PEP Archive, APA PsycInfo e Google Académico. Foram utilizados os seguintes termos: *hiv/aids* (todos os campos) *AND sexual intimacy after the diagnosis* (todos os campos) *NOT antiretroviral agents* (todos os campos).

Posteriormente, ao executar a pesquisa especificou-se que esta deveria ser analisada por pares, limitar-se à língua inglesa e portuguesa, optar por artigos realizados nos últimos 10 anos e aceder ao texto integral, obteve-se um total de 2533 artigos. Foram removidos automaticamente pela base de dados do EBSCO quatro artigos duplicados, resultando num total de 2529 artigos (Figura 1).

Figura 1

Fluxograma da identificação de estudos e do processo de seleção (PRISMA 2020)



Seleção de estudos

De acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, os 2529 artigos científicos foram analisados tanto ao nível do título como do resumo, excluindo de imediato 2421 artigos considerados irrelevantes. De seguida, foram obtidos 108 artigos sendo possível excluir 77 desses artigos, levando em consideração, mais uma vez, os critérios de inclusão e de exclusão. Posteriormente, foi realizada a leitura integral do texto dos restantes 31 artigos. Nesta fase, foram excluídos 24 artigos, determinando que seriam incluídos 7 artigos na revisão sistemática (Figura 1).

Resultados

Os resultados da presente pesquisa serão de seguida apresentados. Aqui, será possível identificar as características gerais dos estudos que foram incluídos, bem como os respetivos autores, país, características demográficas dos participantes, o delineamento, os tipos de medida utilizados e o objetivo de cada estudo (Tabela 1). Por conseguinte, será apresentada a análise de dados realizada e os seus principais resultados (Tabela 2).

Descrição geral dos estudos

Na Tabela 1 estão presentes os sete artigos incluídos na revisão sistemática. Estes foram publicados entre 2015 e 2021, tendo sido realizados em sete países diferentes - Estados Unidos da América, Brasil, Espanha, França, Tailândia, Zâmbia e Canadá. No que concerne às características dos participantes, o estudo de Fernández-Rouco et al. (2021) teve a amostra mínima de participantes, implicando apenas 10 participantes, enquanto o estudo de Taylor et al. (2017) obteve uma amostra máxima de 690 participantes. Por conseguinte, a média mais baixa de idades foi apresentada no estudo de Closson et al. (2015) ($M=25$), sendo a média mais alta de idades de 57,4 de Villegas et al. (2021). É importante reconhecer que os estudos de Fernández-Rouco et al. (2021) e de Wallach et al. (2018) não fornecem médias de idades, visto não as mencionarem como meio de proteção de dados dos participantes. Relativamente ao sexo dos participantes, três dos sete estudos foram focados apenas no sexo feminino, sendo que os restantes foram formados por ambos os sexos ($n=4$). Os artigos, na sua totalidade, utilizaram cerca de 150 participantes do sexo masculino e apresentando uma média de 44 participantes do sexo feminino. Posto isto, os estudos abrangidos na revisão usufruíram de 77,32% de participantes masculinos e 22,68% de participantes femininas.

No que concerne ao delineamento dos sete artigos, seis optaram pelo delineamento qualitativo transversal ($n=6$) e um quantitativo transversal ($n=1$). Nos estudos de delineamento qualitativo transversal (Closson et al. 2015; Fernández-Rouco et al., 2021; Hughes et al., 2017; Taylor et al., 2017; Villegas et al., 2021; Wallach et al., 2018) foram maioritariamente optados pela entrevista semiestruturada construídas pelos autores com o intuito de obter respostas aos objetivos dos estudos. Contudo, para além do estudo de Taylor et al. (2017) ter optado por a entrevista semiestruturada, utilizou, conjuntamente, a técnica do focus grupo. Já o estudo com delineamento quantitativo transversal (Peyre et al., 2019) foi utilizado o Índice de Satisfação sexual com o propósito de avaliar os sentimentos dos indivíduos sobre a vida sexual dos mesmos.

Os objetivos destes artigos passaram por avaliar a sexualidade e a intimidade de indivíduos seropositivos em diferentes meios: Dois estudos abordam os obstáculos/desafios, as experiências de vida e os sentimentos de indivíduos infetados pelo VIH relacionados com a sexualidade e a sua intimidade, tentando compreender como poderá afetar o bem-estar dos mesmos (Fernández-Rouco et al., 2021; Wallach et al., 2018) ($n=2$); O impacto do vírus em casais heterossexuais mistos (i.e., casais serodiscordantes) e como é que estes conseguem gerir os seus relacionamentos (Hughes et al., 2017) ($n=1$); O efeito do diagnóstico do VIH em mulheres pertencentes a grupos minoritários (Villiegas et al., 2021) ($n=1$); A perceção de indivíduos heterossexuais e homossexuais com as suas práticas sexuais e comportamentos de risco (Closson et al., 2015) ($n=1$); As necessidades sexuais e o bem-estar sexual de mulheres idosas que vivem com o VIH e a prevenção do vírus (Taylor et al., 217) ($n=1$). Por último, a satisfação sexual de indivíduos infetados relacionando os seus medos da transmissão e a sua autoestima (Peyre et al., 2019) ($n=1$).

Apesar de a variável sexualidade estar presente em todos os estudos selecionados, existem outras variáveis que foram avaliadas em diferentes investigações e incluídas nesta revisão sistemática. Posto isto, Peyre et al., (2019) avaliaram a satisfação sexual e a autoestima, assim como Hughes et al., (2017) procuraram perceber o impacto do vírus e a interpretação que, possivelmente, podem ter do mesmo e a maneira como gerem os seus relacionamentos. Já Closson et al., (2015) consideraram como variável principal a consciência dos indivíduos infetados pelo VIH, o estigma e as práticas sexuais dos mesmos, contudo foca bastante na vertente das práticas e relações sexuais. Os estudos de Villegas et al. (2021) e de Fernández-Rouco et al. (2021)

avaliaram a repercussão que o diagnóstico de VIH pode ter nas experiências de vida dos participantes infetados e como é que os sentimentos envolvidos afetaram o seu bem-estar e a sua intimidade, e conseqüentemente, a sua sexualidade. Assim sendo, apesar de todos os estudos terem avaliado diferentes variáveis, apenas serão considerados os resultados referentes à intimidade e à sexualidade, sendo os estudos de Fernández-Rouco et al. (2021), Closson et al. (2015) e de Villegas et al. (2021) os que mais vão de acordo com o objetivo da revisão sistemática.

Tabela 1

Autores, país, características demográficas dos participantes, delineamento, tipos de medidas e objetivo dos artigos incluídos na revisão sistemática

Autores	País	Participantes	Delineamento	Tipos de Medida	Objetivo
Closson et al., 2015	Tailândia, Zâmbia e Brasil	N= 80 (30 ♀; 50♂) <i>M</i> idade: 25	Qualitativo; transversal;	Entrevista semiestruturada	Analisar a consciência dos participantes infectados pelo VIH (homens que fazem sexo com homens – HSH – heterossexuais (HSM e MSW), no que diz respeito às relações e práticas sexuais na Tailândia, Brasil e Zâmbia e que se envolveram em comportamentos sexuais considerados de alto risco.
Fernández-Rouco et al., 2021	Espanha	N= 10 (10♀);	Qualitativo; Transversal;	Entrevista semiestruturada	Explorar os obstáculos relacionados com o facto de os participantes terem de viver com o VIH; Analisar as experiências e sentimentos das participantes infectadas associadas à sexualidade e como essas experiências e emoções afetam o seu bem-estar. É uma extensão do estudo em que o principal objetivo é avaliar os diferentes aspetos envolvidos na vida das mulheres que vivem com VIH.
Hughes et al., 2017	Brasil	N= 12 (6 ♀; 6♂) <i>M</i> idade: 39,92	Qualitativo; Transversal	Entrevista semiestruturada	Entender o impacto do VIH na vida quotidiana de casais heterossexuais, assim como as suas interpretações do vírus (não diretamente a sua transmissão) e como gerem os seus relacionamentos.

Peyre et al., 2019	França	N= 690 (170♀; 520♂) <i>M</i> idade: 49,2	Quantitativo; Transversal	Rosenberg's 10- item Scale (RSES) – Self-esteem; The Sexual Satisfaction Score (SSS) 18 question.	Explorar a satisfação da vida sexual de pessoas portadoras de VIH e a sua relação com o medo da transmissão do vírus e a autoestima dos mesmos.
Taylor et al., 2017	Estados Unidos da América	N= 50 (50♀) <i>M</i> idade: 56,16	Qualitativo; transversal	Entrevista semiestruturada; Focus grupo	Explorar a relevância do sexo e da sexualidade entre mulheres idosas que vivem com VIH com o intuito de identificar as suas necessidades em relação à saúde sexual e à prevenção do vírus.
Villegas et al., 2021	Estados Unidos da América	N= 28 (28♀); <i>M</i> idade = 57, 4	Qualitativo; transversal	Entrevista semiestruturada	Explorar o efeito do diagnóstico de VIH nas relações (com parceiros íntimos) entre mulheres idosas que fizessem parte de grupos minoritários que vivem com o VIH.
Wallach et al., 2018	Canadá	N= 38 (14♀; 24♂)	Qualitativo; Transversal	Entrevista semiestruturada	Desafios enfrentados por indivíduos dos 50 aos 73 anos, no que diz respeito às suas relações íntimas e vida sexual.

Na Tabela 2 encontram-se descritas a análise de dados feita e os seus respectivos resultados. No total de todos os estudos incluídos na revisão, foram abrangidos 908 participantes ($M = 129.7$; $DP = 248.2$).

No que diz respeito à análise dos dados, foi utilizado o processo de codificação temática, sendo organizado por temas e subtemas ($n=6$) em diferentes plataformas (e.g., MAXQDA, NVivo, QDA Miner Software) e sobre diferentes temáticas. O estudo de Peyre et al. (2019) optou por utilizar o método quantitativo, aplicando o teste Chi 2-teste (para explorar a associação entre dois conjuntos de dados qualitativos), o teste t-student (para avaliar a diferença da variável em dois grupos diferentes) e a ANOVA (para verificar se há diferenças significativas entre a associação dos dois grupos de dados).

Tabela 2

Características dos participantes dos estudos revistos e os seus resultados.

Autores	Análise de Dados	Resultados
Closson et al., 2015	Processo de codificação temática: códigos identificados pela codificação por grupos (HSH, HSM e MSH) nos três locais do estudo (total de 9 transcrições); Códigos para organizar as afirmações (palavras com significado, frases);	Os participantes adotaram práticas seguras nas suas relações após o diagnóstico de VIH, como o uso do preservativo (apesar de ser considerado como um obstáculo na sexualidade e intimidade e de os participantes o descreverem como um esforço). Muitos optaram pela redução da atividade sexual após o diagnóstico, tanto com parceiros regulares como parceiros ocasionais, devido à falta de interesse no sexo, à diminuição do prazer sexual, mas também devido à preocupação constante com a transmissão do vírus, prejudicando a capacidade de desfrutar da relação sexual e da hipótese de ter relações mais íntimas. Outros optaram pela prática da ejaculação externa (coito interrompido) como comportamento protetor.
Fernández-Rouco et al., 2021	Processo de codificação temática: Dados apresentados em duas linhas principais (perspetiva dos participantes sobre a sexualidade no que diz respeito ao seu bem-estar e como essa perceção é alterada, entre muitas outras questões, pelo facto de ser mulher e ser seropositiva).	As participantes sentiram uma diferença na sexualidade desde o momento em que foram diagnosticados com VIH, sentindo que a presença do vírus se tornou uma ameaça na sua sexualidade e no seu próprio corpo. A experiência sexual e a resolução de necessidades sexuais podem ser influenciadas pela presença do vírus do VIH e pela condição das mulheres, incluindo a forma como o seu bem-estar ficou afetado: invisibilidade e/ou negação da sexualidade sob a forma do prazer ou da ligação entre prazer e afetividade; transformação da sexualidade a partir do momento do diagnóstico; relação entre a experiência sexual e o cuidado de si e dos outros; implicações na satisfação sexual e bem-estar; perceção de obrigação na revelação da sua condição serológica aos parceiros sexuais, sendo um obstáculo na tentativa de estabelecer relacionamentos românticos a longo prazo.
Hughes et al., 2017	Processo de codificação temática no MAXQDA: abordagens indutivas (e.g., VIH como sentença de	Os casais “sero-discovering” (casais que souberam que um dos membros era seropositivo no decorrer da relação) revelaram que o diagnóstico gera necessidades importantes para ambos os parceiros, mencionando sentimentos de preocupação sobre se e como devem

	morte, preconceito e estigma) e dedutivas (e.g., diagnóstico de VIH, género, situação económica)	<p>revelar o diagnóstico. Adicionalmente, consideram que precisam de informações corretas e de apoio psicológico.</p> <p>Os casais “sero-cognisant” (ambos os parceiros sabem da sua serodiscordância desde o início da relação) revelaram que o trauma do diagnóstico passado, mas que precisariam de apoio à medida que a relação progredisse, considerando que as suas necessidades eram vistas como menos urgentes, uma vez que estavam a receber a terapia antirretroviral. Contudo, estes casais evitam o uso do preservativo como forma de prevenção, referindo a interferência na sua intimidade.</p>
Taylor et al., 2017	Processo de codificação temática no NVivo (QSR, International, Pty, & Ltd, 2010); The Sexual Health Model (Robinson et al., 2002).	<p>Apesar de o prazer sexual e a importância da intimidade serem aspetos relevantes para as mulheres participantes, é predominante a alteração das capacidades sexuais e da saúde sexual, como a diminuição do desejo sexual e o aumento da dor nas relações sexuais devido à secura vaginal associando este aspeto à menopausa, sendo, por isso, barreiras para a satisfação sexual. A prevenção do VIH foca-se em como a função e a satisfação sexual se relacionam com o risco sexual, isto é, as relações sexuais sem preservativo e supressão viral podem levar ao abandono de práticas seguras com parceiros serodiscordantes (longa ou curta duração). Os participantes relataram ter perdido interesse na atividade sexual devido ao medo de transmissão e ao aprofundamento de relações sexuais.</p>
Peyre et al., 2019	Estatística: Chi 2-teste; Teste T-student; ANOVA;	<p>O medo da transmissão do VIH afeta a qualidade da vida sexual. O estudo concluiu que indivíduos com parceiros fixos revelaram ter uma maior satisfação sexual, mesmo depois do diagnóstico de VIH. Não obstante, constatou-se uma relação entre a satisfação sexual e a autoestima: sintomas depressivos transmitem uma maior diminuição do desejo sexual; a insatisfação sexual pode afetar significativamente a autoestima.</p>
Villegas et al., 2021	Processo de codificação temática: questões sobre as suas vidas após receber o diagnóstico de VIH.	<p>As mulheres deste estudo experienciaram mudanças nas relações com os seus parceiros íntimos após a revelação do diagnóstico de VIH, revelando abstinência na atividade sexual devido à preocupação da disponibilidade de novos parceiros íntimos e da dificuldade de lidar com uma doença crónica estigmatizada. No entanto, apesar de algumas participantes se terem separado dos seus parceiros antigos e após muitos anos a sentirem-se sozinhas, muitas conseguiram reconstruir as suas vidas e estabelecer novos</p>

relacionamentos, optando pela estratégia de só voltar a ter vida sexual ativa com indivíduos seropositivos.

Wallach et al.,
2018

Abordagem da Grounded Theory (Strauss and Corbin, 1998); Processo de codificação temática (QDA Miner Software)

Os participantes relevaram pouca ou reduzida atividade sexual, sobretudo homens. As mulheres demonstraram uma paragem total na sua atividade sexual. Contudo, alguns dos participantes do estudo revelaram não terem tido mudanças na sua vida sexual, não ocorrendo dificuldades relacionadas ao VIH. Para além disso, muitos dos participantes atribuíram a falta de desejo sexual ao envelhecimento e não ao vírus. Revelam, também, que o uso do preservativo originou dificuldades (ereção) e impediu, efetivamente, a continuação da atividade sexual.

O maior desafio/obstáculo encontrado foi o estigma associado à revelação do VIH e da seropositividade, seja esse estigma pelo medo da rejeição (especialmente, em relações longas), pela rejeição enfrentada após a revelação da seropositividade a novos parceiros ou a dificuldade de revelar o estado de VIH num momento íntimo.

Conclusões

No que concerne aos resultados dos estudos selecionados, é possível constatar que apesar de se terem obtido resultados diferentes, a ideia de que a sexualidade fica condicionada após o diagnóstico de VIH é consensual ($n=7$). Embora o estudo de Taylor et al. (2017) relacione a perda da sexualidade ao envelhecimento, o impacto da doença acaba por surgir como uma dificuldade associada a novos relacionamentos ou a manter os existentes. Não obstante, o estudo de Peyre et al. (2019) dá uma importância significativa à autoestima associada à perda de satisfação sexual. Isto porque indivíduos que tenham sido diagnosticados com o vírus não se sentem tão merecedoras de continuar a ter uma vida sexualmente ativa como as pessoas que não estão infetadas com o vírus (Grimberg, 2009).

Ainda assim, estes estudos vão explorando problemáticas diferentes dentro desta área. Por exemplo, os estudos de Closson et al. (2015), Taylor et al. (2017), Villiegas et al. (2021) e Wallach et al. (2018) abordam a frequência da atividade sexual, sendo que Closson et al. (2015) menciona que apesar de alguns participantes relatarem que a normalidade foi estabelecida alguns anos após o diagnóstico, existiu, de facto, um decréscimo na atividade sexual devido à falta de interesse no sexo e, posterior, prazer sexual. Adicionalmente, o estudo de Taylor et al. (2017) vai ao encontro das descobertas de Closson et al. (2015), havendo, igualmente, uma falta de interesse no sexo e um menor desejo sexual, mas complementando com a preocupação constante da transmissão do vírus e com o medo de desenvolverem conexões mais íntimas, havendo, por isso, uma menor atividade sexual. Villiegas et al. (2021) especifica que a maioria das participantes optaram pela abstinência sexual/celibato em consequência de relações passadas em que os seus parceiros tiveram dificuldade em lidar com o diagnóstico, causando o fim do relacionamento. Isto originou uma maior inquietação e receio quanto à disponibilidade de novos parceiros e uma dificuldade acrescida na gestão da doença. Não obstante, um outro fator que levou ao evitamento da intimidade foi a falta de recursos financeiros, uma vez que estas mulheres não se sentiam capazes de deixar a pessoa que as infetou, interrompendo assim a atividade sexual (Villiegas et al., 2021). O estudo de Wallach et al. (2018) demonstra que houve uma diminuição da atividade sexual para a maioria dos homens e uma renúncia das relações sexuais para as mulheres. Porém, alguns dos participantes mencionaram não ter sofrido mudanças na frequência da atividade sexual após o diagnóstico.

Aliado aos resultados descritos anteriormente, houve uma clara alteração das práticas sexuais, como o uso do preservativo e o coito interrompido (ejaculação externa). Os estudos de Closson et al. (2015), Villiegas et al. (2021) e de Wallach et al. (2018) evidenciaram o uso do preservativo, apesar de os participantes relatarem uma maior dificuldade no que diz respeito à sensibilidade e à tentativa de colocação do mesmo, acabando por impossibilitar a continuação da atividade sexual devido à perda da ereção. No entanto, o uso do preservativo é motivado pelo desejo de evitar a infecção de parceiros fixos ou ocasionais, bem como para proteger a própria pessoa de ser reinfectada com uma das variantes do VIH. Ainda assim, o ato do coito interrompido é frequentemente adotado como uma prática substituta do preservativo, visto que alguns participantes evitam revelar o seu estatuto serológico, ou temem a reação negativa de muitos dos seus parceiros quando solicitam a utilização do preservativo, o que acaba por ser percebido como um obstáculo nas relações (Closson et al., 2015).

Nos estudos de Fernández-Rouco et al. (2021), Hughes et al. (2017) e de Taylor et al. (2017), foram relatadas a prática da não utilização do preservativo, sendo as principais razões: o impacto negativo na intimidade do casal, a recusa dos parceiros em usar, originando um receio constante das participantes em continuar a insistir neste assunto – sabendo que os seus maridos tinham relações extraconjugais – e a alergia ao preservativo apresentada por uma participante do estudo de Hughes et al. (2017), que optava por realizar testes regulares como medida preventiva. Por outro lado, alguns participantes mencionaram o uso do preservativo, mas de maneira irregular, pois acreditavam que, por nunca terem contraído a doença, que não seriam infetados no futuro. Esta perceção decorre da crença de que o risco é baixo devido ao seu género, de a pessoa com quem se envolver estar em tratamento ou pela confiança que depositavam nos seus parceiros (Taylor et al., 2017). Contudo, o estudo de Taylor et al. (2017) refere a existência de ejaculação precoce, levando à insatisfação sexual da mulher.

Os estudos exploram, também, a perceção de possíveis alterações nas relações íntimas, sendo que a investigação desenvolvida por Fernández-Rouco et al. (2021) relata que alguns dos participantes terminaram as suas relações, pois os seus parceiros não souberam lidar adequadamente com a revelação do diagnóstico, resultando numa deterioração da relação amorosa e sexual. Estes expressaram frustração por terem enfrentado uma maior dificuldade em estabelecer novos relacionamentos, devido ao receio da reação de uma nova pessoa. Por outro lado, outros participantes mencionaram que as suas relações permaneceram no estado de

manutenção com o propósito de manter e preservar a relação. Já Hughes et al. (2017), destaca que todos os seis casais serodiscordantes do seu estudo mantiveram-se em estado de manutenção na relação, todavia um casal relatou um pequeno período de abstinência sexual após a revelação do diagnóstico, em função da rejeição de um dos membros do casal em utilizar o preservativo. Apesar disso, um casal do mesmo estudo refere que, apesar de não ter havido rejeição ao uso de preservativos, que notaram mudanças na sua intimidade. Outros casais relataram que aceitaram, positivamente, a revelação do diagnóstico e que a aquisição da doença não prejudicou a intimidade sexual. Por último, o término das relações voltou a ser verificado nos estudos de Villiegas et al. (2021) e de Wallach et al. (2018) por efeito de os companheiros do indivíduo seropositivo não saber lidar da melhor forma com a doença e de não quererem ser infetados, originando dificuldade acrescida em encontrar novas pessoas – também devido à idade – como se verificou de igual forma no estudo de Fernández-Rouco et al. (2021). Ainda assim, Villiegas et al. (2021) evidenciou que as suas participantes iniciaram novas relações, especialmente com parceiros seropositivos, acabando por levar a um maior conforto na relação, dado que a outra pessoa lida com a mesma doença.

No que concerne a possíveis variáveis psicológicas associadas aos artigos incluídos na revisão sistemática, foi perceptível a presença do estigma, da autoestima, do bem-estar, depressão e espiritualidade. Na investigação realizada por Closson et al. (2015), Villiegas et al. (2021) e Wallach et al. (2018) foi possível perceber que o estigma relacionado com o VIH é o mais habitual. De acordo com Closson et al. (2015), o estigma provocou nas mulheres o sentimento de evitamento no que diz respeito a relações sexuais íntimas. Este evitamento decorre da preocupação sobre a possível reação negativa dos seus parceiros, atuais ou futuros, caso o estatuto serológico fosse revelado. Além do medo da rejeição por parte dos seus parceiros íntimos, está, igualmente, presente o receio de que a sociedade descobrisse a sua condição, o que resultou num isolamento social que é exacerbado pelo estigma associado à doença. Consequentemente, o estigma é considerado o maior obstáculo na vida sexual e íntima destes participantes, explicando muitas vezes, o estado civil de solteiro na grande maioria dos indivíduos, a baixa atividade sexual e a elevada taxa de abstinência sexual registada pelos participantes do estudo de Wallach et al. (2018). A verdade é que muitos participantes deste estudo expressaram a rejeição vivida ao relevarem a sua seropositividade aos seus parceiros, sentindo-se discriminados. Muitos relataram que foram rejeitados após a revelação quando estavam a iniciar novos relacionamentos sexuais. No entanto, é importante

salientar que situações semelhantes ocorrem em relações de longo prazo. Um exemplo disso é um participante do sexo masculino que relatou ter sido abandonado pelo parceiro, com quem mantinha uma relação há vários meses. Ainda assim, as participantes do sexo feminino mencionaram que o estigma internalizado levou a que o sentimento de constrangimento das suas vidas íntimas afetasse a sua vida sexual, optando pelo abandono de todas as relações íntimas e sexuais, com medo de serem reprovadas. Por fim, alguns homens presentes no estudo de Wallach et al. (2018) descreveram uma clara insatisfação conjugal, mas decidiram manter-se com seu parceiro, por motivos de achar que não voltariam a encontrar novas pessoas que aceitassem o seu estatuto serológico.

O estudo de Villiegas et al. (2021) aborda, igualmente, a questão do estigma destacando a sua associação com a autoestima e a depressão em mulheres que vivem com VIH. Segundo os autores, o estigma originou sintomas depressivos e uma redução na autoestima. No entanto, revelou um aspeto positivo para as mesmas: a espiritualidade, desempenhando um papel importante no apoio emocional destas mulheres. Muitas participantes do estudo referiram que a fé que têm em Deus foi crucial no processo de força e de conforto. Isto sugere que a espiritualidade pode ser considerada um fator de proteção, relativamente à tentativa de aliviar os efeitos adversos do estigma na saúde mental e emocional destas mulheres. Ainda assim, Peyre et al. (2019), salienta que a autoestima tem uma evidente relação com a qualidade da vida sexual, referindo que a deterioração da imagem que a pessoa tem de si própria, resulta tanto na redução do desejo sexual como da insatisfação sexual, afetando significativamente a autoestima (Tutino, Ouimet, & Shaughnessy, 2017). Já Fernández-Rouco et al. (2021) evidenciou que o bem-estar das participantes pode ter um impacto negativo, como as alterações vividas após o diagnóstico e o sentimento de obrigatoriedade de revelar o estatuto serológico aos parceiros sexuais, que pode resultar numa maior dificuldade em estabelecer relações íntimas a longo prazo.

Estudo 2 – Estudo quantitativo

Com base na revisão sistemática, evidenciou-se a importância de realizar investigações com indivíduos seropositivos, pretendendo também aprofundar o conhecimento sobre os mesmos, principalmente sobre o que diz respeito ao cariz sexual, tanto individualmente como em casal. Isto porque existe uma escassez de literatura no que concerne à sexualidade e intimidade nesta população, dado que a maioria dos estudos se focam muito nos aspetos e no impacto psicológico que poderão causar nos indivíduos.

Por conseguinte, o presente estudo pretende responder à questão “De que maneira um diagnóstico de VIH pode impactar o indivíduo seropositivo assim como qual o impacto na sexualidade e na intimidade destas pessoas?”. Para esse propósito, os objetivos específicos do estudo apresentado passam por: (1) avaliar os desafios que as pessoas enfrentam quando são diagnosticados com o vírus (i.e., avaliar os níveis de estigma, autoestima, satisfação sexual e intimidade) e (2) explorar de que forma as variáveis, mencionadas anteriormente, estão interligadas e influenciam a vivência da sexualidade e das relações íntimas em indivíduos seropositivos.

Método

Desenho de Investigação

O estudo atual é caracterizado como quantitativo, transversal e descritivo.

Participantes

Os participantes incluídos nesta investigação corresponderam aos critérios de inclusão: a) portadores de VIH; b) idades a partir dos 18 anos; c) consentirem com a sua participação voluntária.

Neste estudo, participaram 27 adultos de ambos os sexos, 10 do sexo masculino (37%) e 17 do sexo feminino (63%), com idades entre os 28 e os 73 anos ($M=50.33$; $DP=10.33$). Na Tabela 3 estão apresentados os dados sociodemográficos da amostra de forma detalhada.

Tabela 3

Dados Sociodemográficos da Amostra (n=27)

Variáveis	N	%	Média (DP)	Mínimo-Máximo
Sexo				
Masculino	10	37%		
Feminino	17	63%		
Idade	27		50.33 (10.33)	28-73
Nacionalidade				
Portuguesa	22	81.5%		
Brasileira	1	3.7%		
Cabo-verdiana	1	3.7%		
Moçambicana	2	7.4%		
Guineense	1	3.7%		
Orientação Sexual				
Heterossexual	23	85.2%		

Homossexual	2	7.4%
Bissexual	2	7.4%
Escolaridade		
Sem instrução	2	7.4%
Ensino Básico	18	66.7%
Ensino Secundário	4	14.8%
Ensino Superior	3	11.1%
Estado Civil		
Solteiro	18	66.7%
Casado	2	7.4%
União de Facto	3	11.1%
Divorciado	4	14.8%
Situação profissional		
Estudante	7	7.4%
Desempregado	13	48.1%
Empregado	2	25.9%
Reformado	5	18.5%
Relacionamento		
Sim	12	44.4%
< 1 mês	3	11.1%
1-5 anos	4	14.8%
> 10 anos	5	18.5%
Não	15	55.6%
Filhos		
Sim	17	63%
1-2	12	44.4%
3-5	4	14.8%
>10	1	3.7%
Não	10	37%
Idade aquando diagnóstico		
Não se lembra da idade certa	1	3.7%
18-30 anos	11	40.7%
30-50 anos	13	48.1%
50-70 anos	2	7.4%
Modo de transmissão		
Sim	20	74.1%
Via sexual	14	51.9%
Via sanguínea	6	22.2%
Mãe-filho	0	
Não	7	25.9%
Comorbilidades		
Sim	17	63%
Não	10	37%
Acompanhamento psicológico		
Sim	16	59.3%
Meses	5	18.5%
1-5anos	5	22.2%

10-20 anos	2	7.4%
>20 anos	3	11.1%
Não	11	40.7%
Instituição de apoio		
Sim	18	66.7%
Não	9	33.3%

Instrumentos

De maneira a reunir as informações essenciais para a presente investigação foi providenciado aos participantes um questionário online, composto por um breve questionário sociodemográfico e por quatro escalas de avaliação de autopercebimento.

Breve questionário sociodemográfico. Utilizou-se um breve questionário sociodemográfico desenvolvido pelas investigadoras de modo a ser possível recolher informações demográficas e de saúde, nomeadamente: sexo, idade, orientação sexual, nível escolaridade, estado civil, situação profissional, presença de relacionamento amoroso (se sim, há quanto tempo), se tem filhos (se sim, quantos), idade aquando do diagnóstico de VIH, modo de transmissão, existência de outros diagnósticos médicos, se tem ou não acompanhamento psicológico e se alguma instituição de apoio oferece ajuda.

Stigma Scale Revised. A escala *Stigma Scale Revised* foi desenvolvida por Berger et al., (2001) que visa avaliar o estigma relativo ao VIH. Esta escala tem um alfa de *cronbach* de 0.90. Mais tarde foi adaptada por Reinius et al., (2017), criando uma versão reduzida de 12 itens. No entanto, Gonçalves et al., (2022) adaptaram e traduziram a escala para a versão portuguesa apresentando um alfa de *cronbach* superior a 0.70. Os 12 itens são cotados numa escala de Likert de 1 (Discordo totalmente) a 4 (Concordo totalmente). A escala é subdividida em quatro dimensões: (1) estigma personalizado (itens 28, 29 e 36 - e.g., *consequências que o indivíduo sente por outras pessoas saberem que este tem VIH*); (2) preocupações com a revelação (itens 4, 6 e 17 – e.g., *preocupação de que outros saibam da sua condição de saúde*); (3) preocupações com atitudes da sociedade (itens 9, 10 e 20 – e.g., *o que a pessoa portadora pode esperar quando a sociedade descobre que este tem o vírus*); (4) autoimagem negativa (itens 2, 3 e 7 – e.g., *quando o indivíduo se sente inferior aos outros e com vergonha*).

Escala de Autoestima. A escala de Autoestima Global foi elaborada em 1965 por Rosenberg, somente para adultos, servindo, por isso, para avaliar a autoestima global dos indivíduos. Esta escala apresenta uma consistência interna de 0.92, sendo adaptada para a população portuguesa por Santos e Maia (2003). A versão portuguesa da escala apresenta um alfa de *cronbach* de 0.86. Assim, a escala é composta por 10 itens, sendo que cinco itens (item 1, 2, 4, 6 e 7) indicadores de atitudes positivas em relação ao *self* (autoconfiança) e os outros cinco itens (item 3, 5, 8, 9, 10) são referentes às atitudes negativas (avaliação negativa). Esta é do tipo *Likert* de 1 (Concordo completamente) a 4 (Discordo completamente). Assim, para obter o valor relativo à autoestima global terá de ser efetuada a soma dos valores de cada um dos itens, sendo que o valor total da escala se vai modificando entre os 10 e os 40 pontos. Por último, quanto maior for a pontuação, mais elevada será o nível de autoestima global do indivíduo.

Nova Escala De Satisfação Sexual. A Nova Escala de Satisfação Sexual (Štulhofer et al., 2010) foi desenvolvida para avaliar a satisfação e a experiência sexual dos indivíduos. Esta foi validada para a versão portuguesa por Pechorro et al., (2015) com um alfa de *cronbach* de 0.96 (Subescala A: alfa de *cronbach* de 0.95; Subescala B: alfa de *cronbach* 0.94). Esta escala é composta por 20 itens, sendo estruturada por uma subescala de Centração no Eu (Subescala A: itens 1-10) e uma subescala de Centração no Parceiro e na Atividade Sexual (Subescala B: itens 11-20). O instrumento é cotado de acordo com a Escala de Likert de 5 pontos (1=Nada Satisfeito a 5=Totalmente Satisfeito), sendo que a sua pontuação é alcançada pela soma das pontuações dos itens individuais de cada dimensão e a pontuação total pela soma dos scores de todos os itens. Adicionalmente, quanto mais elevados forem os valores da escala maiores serão os níveis de satisfação sexual.

Escala da Autoeficácia na Negociação do Preservativo (Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale). Esta escala foi criada por Hobfoll (2002) com o objetivo de avaliar a confiança e a autoeficácia da negociação do preservativo nas relações sexuais. Em 2002, foi adaptada para a população portuguesa por McIntyre e Costa com um alfa de *cronbach* de 0.69. Esta escala é constituída por cinco itens, sendo cotada numa escala de *Likert* de 0 a 9 pontos (0 – nada confiante e 9 – totalmente confiante)

Procedimento

Para iniciar este estudo, foram entregues o projeto e o seu respetivo objetivo à Comissão de Ética do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas e da Vida. Posteriormente, foram contactados por via email os autores das escalas de autorrelato, pedindo a autorização para a sua utilização no questionário online. De seguida, foi desenvolvido um questionário online no *Google Forms*, onde foram apresentados o consentimento informado, um breve questionário sociodemográfico e as quatro escalas de autopreenchimento. De maneira a divulgar este questionário junto dos sujeitos seropositivos, foram enviados diversos emails às seguintes Associações: Ser+, Associação Abraço e a Associação Positivo. Simultaneamente, foi partilhado o questionário nas redes sociais (e.g., instagram, LinkedIn e Facebook). Terminada a recolha de dados, procedeu-se à codificação e introdução dos mesmos na base de dados do programa *SPSS 29 IBM – Statistical Package For The Social Science*.

Análise de dados

A análise de dados foi conduzida pelo software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 29 da IBM, com o propósito de realizar análises descritivas, incluindo a média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, alfa de *cronbach*, as correlações e suas consequentes descrições.

Resultados

Análises Descritivas

Na Tabela 4 encontram-se descritas a média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, o alfa de *Cronbach* e a assimetria e a curtose de cada Escala e as respetivas dimensões.

Tabela 4*Análise Descritiva, Normalidade e Consistência Interna das Variáveis (n=27)*

Variável	M (DP)	Min-Max	α	Assimetria	Curtose
Stigma Scale Revised Total	2.43 (0.53)	1.50-3.50	0.64	-.013	-.778
Estigma Personalizado	1.84 (1.02)	1-4	0.79	.762	-.923
Revelação	2.98 (0.99)	1-4	0.74	-.784	-.599
Atitudes Sociedade	2.87 (0.86)	1-4	0.64	-.702	-.57
Autoimagem negativa	2.04 (0.79)	1-4	0.41	1.091	1.192
Escala de Autoestima de Rosenberg	2.83 (0.35)	2.30-3.80	.440	.919	.716
Autoconfiança	2.88 (0.30)	2.40-3.80	-.759	1.06	.597
Avaliação negativa	2.79 (0.47)	2.20-3.80	.399	.597	-.624
Escala de Satisfação Sexual Total	3.38 (-0.37)	1.20-4.85	0.96	-.368	.192
Centração do Eu	3.30 (0.91)	1-4.90	0.94	-.59	.419
Centração do Parceiro e Atividades Sexuais	3.46 (0.94)	1.40-4.80	0.94	-.280	-.499
Escala de Eficácia do Preservativo Total	6.61 (2.29)	1-9	0.83	-1.27	1.39

Notas. M = Média; DP = Desvio-padrão;

Na Tabela 5 encontram-se descritas as correlações de Spearman relativas a cada variável.

Tabela 5*Correlações de Spearman*

Variáveis	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. Estigma total	1											
2. Estigma Personalizado	.557**	1										
3. Revelação	.446*	-.276	1									
4. Atitudes Sociedade	.585**	.373	.035	1								
5. Autoimagem negativa	.773**	.179	.483*	.253	1							
6. Autoestima	.514 **	.007	.314	.291	.721**	1						
7. Autoconfiança	.290	-.230	.405*	.004	.586**	.836*	1					
8. Avaliação negativa	.593**	.139	.220	.431*	.688**	.923**	.588**	1				
9. Satisfação Sexual	-.379	-.079	-.127	-.197	-.544**	-.409	-.132	-.496*	1			
10. Centração do Eu	-.505*	-.122	-.172	-.285	-.579**	-.488**	-.250	-.538**	.887**	1		
11. Centração Parceiro e Ativ. Sexual	-.174	.011	-.043	-.094	-.357	-.270	-.044	-.348	.942**	.735**	1	
12. Eficácia do Preservativo Total	.128	.022	.035	.112	.072	-.127	-.146	-.077	.171	.189	.105	1

Notas. **. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Conclusões

É possível concluir que a Escala *Stigma Scale Revised* está ligeiramente acima da média, sendo que a amostra incluída aparenta sentir um maior estigma nas dimensões: preocupação com a revelação (2.98) e preocupação com as atitudes da sociedade (2.87). As dimensões estigma personalizado (1.84) e autoestima negativa (2.04) estão dentro da média, encontrando-se entre o discordo (2) e o concordo (3). Relativamente aos resultados da Escala de Autoestima de Rosenberg, é possível perceber que a média da escala total ($M=2.83$), as suas dimensões autoconfiança ($M=2.88$) e avaliação negativa ($M=2.79$) se encontram entre o 2 (Concordo) e o 3 (Discordo), estando, ligeiramente acima da média. Aqui, é possível perceber que a amostra deste estudo não tem uma autoestima muito elevada, tendo uma maior a avaliação negativa e pouca autoconfiança. Por sua vez, face aos resultados da Escala de Satisfação Sexual, a média da escala total ($M=3.38$), a dimensão centração do eu ($M=3.30$) e centração do parceiro e atividades sexuais ($M=3.46$) encontram-se acima da média, estando, por isso, entre o nem satisfeito (3) e o satisfeito (4). Finalmente, a média obtida da Escala da Eficácia do Uso do Preservativo ($M=6.61$) está acima da média, encontrando-se entre o confiante (6) e o 7 (muito confiante).

Posteriormente, ao ser feita a análise descritiva de todas as variáveis, procedeu-se para a análise correlacional, utilizando as correlações de Spearman. A Tabela 5 apresenta todas as variáveis que se encontram correlacionadas significativamente entre si. Deste modo, o foco será nas três variáveis principais. O “Estigma total” apresenta uma correlação positiva com a variável da “Autoestima”, indicando que quanto maior for a percepção do estigma maior será a autoestima da amostra incluída. Algo que não era esperado, visto que o estigma, geralmente, está relacionado com sentimentos e pensamentos negativos que o sujeito tem de si próprio, acabando por afetar significativamente a sua autoestima, e consequentemente, acentuando os sentimentos de inferioridade e de menor confiança em si mesmo. Apesar de a correlação entre o “Estigma total” e a dimensão da autoestima “Autoconfiança” ser uma correlação fraca, esta vai de acordo com o resultado anterior, ou seja, conforme o estigma vai aumentando, há uma pequena predisposição de incremento da autoconfiança, sucedendo-se em situações de confronto quando o indivíduo se está a sentir discriminado. Por outro lado, a correlação entre o “Estigma total” e a dimensão da autoestima “Avaliação negativa” é considerada uma correlação positiva moderada a forte. Isto significa que quando a percepção do estigma aumenta, a avaliação negativa que o indivíduo faz de si mesmo, cresce e intensifica-se. Isto

pode provocar uma reação negativa no indivíduo, criticando-se constantemente e acabando por afetar a sua autoestima. Relativamente à correlação entre o “Estigma total” e a “Satisfação sexual total”, esta apresenta uma correlação negativa, o que significa que à medida que o estigma total vai aumentando, a satisfação sexual diminui. Isto significa que o estigma pode afetar negativamente a experiência sexual e íntima da amostra incluída no estudo. Já a relação entre o “Estigma Total” e a “Eficácia da Negociação do preservativo” revela uma correlação positiva. Apesar de esta não ser considerada uma correlação forte, indica que quanto maior for o estigma sentido, maior será a chance de utilização do preservativo, uma vez que indivíduos que se confrontam com o estigma podem sentir uma maior urgência de se salvaguardarem por medo do julgamento. Não obstante, as correlações obtidas relativamente ao estigma demonstram que quanto mais uma pessoa percebe o estigma, mais elevada será a probabilidade de esta o poder internalizar, devido à influência das atitudes da sociedade.

Adicionalmente, a correlação entre a “Autoestima” e a “Satisfação Sexual” é negativa e significativa, todavia, evidencia que, para a amostra incluída neste estudo, quanto maior for a autoestima, menor será a satisfação sexual. Ainda assim, a “Satisfação Sexual” com a dimensão “Avaliação negativa” da autoestima, sugere que a satisfação sexual diminui, tendencialmente, conforme a avaliação negativa que a pessoa faz de si mesma se intensificar, isto é, indivíduos que têm uma percepção menos positiva de si próprios, relatam uma menor satisfação sexual na sua vida. Por último, a correlação entre a “Satisfação Sexual” e a “Eficácia da Negociação do uso do preservativo”, e a “Autoestima” com a “Eficácia da Negociação do uso do preservativo” não apresentam correlações significativas entre si.

Discussão Geral

O propósito principal desta dissertação foi contribuir para a evolução da investigação na área da sexualidade e da intimidade de indivíduos seropositivos, percebendo como estes aspetos são impactados após o diagnóstico positivo. Para tal finalidade, a revisão sistemática teve como objetivo demonstrar como as pessoas portadoras de VIH enfrentam dificuldades na sua vida íntima e sexualmente ativa. Simultaneamente, o estudo quantitativo focou-se em responder à questão “De que maneira um diagnóstico de VIH pode impactar o indivíduo seropositivo assim como qual o impacto na sexualidade e na intimidade destas pessoas?”. Este, teve como objetivos específicos avaliar os desafios que estas pessoas enfrentam, como o estigma, a autoestima, a satisfação sexual e a intimidade, e explorar de que forma estas variáveis estão interligadas e influenciam a vivência da sexualidade e das relações íntimas na

vida de indivíduos seropositivos. Primeiramente, a informação disponível e encontrada foi sumarizada com a revisão sistemática e, seguidamente, foram estudadas estas variáveis numa única amostra. Todavia, devido baixo número de amostra adquirida (n=27) procedeu-se à realização de análises descritivas e exploratórias.

A sexualidade é única para cada indivíduo, tornando-se numa procura pelo desejo e prazer sexual que pode levar à atividade sexual (Araújo, 2002; Carvalho, 2010). Já a intimidade tende a ser vista como as expectativas que um casal estabelece relativamente à relação que estão a construir, demonstrando afeto e segurança e moldando as suas interações (Peto et al., 1992). Esta abrange qualquer tipo de envolvimento emocional ou físico em relacionamentos e atividades sexuais (Nevedal & Sankar, 2016). Deste modo, surge a necessidade de apresentar novas investigações que juntem estas duas componentes.

Uma das conclusões a ser retiradas da revisão sistemática é o facto de existirem poucos estudos sobre a sexualidade e a intimidade na vida de pessoas seropositivas, uma vez que apenas foram encontrados sete estudos. No entanto, este número reduzido pode ser justificado por ser uma área mais sensível e complicada de abordar, assim como o facto de ser uma amostra de difícil acesso, como foi possível comprovar ao ser realizado a recolha de amostra para o estudo quantitativo (n=27). Segundo os resultados obtidos nos sete estudos incluídos, foi evidente que uma grande parte da população sofreu um declínio na sua intimidade, optando pela abstinência total/celibato e pela redução da atividade sexual, devido a vários motivos: medo da transmissão do vírus (Closson et al., 2015; Taylor et al., 2017), medo da revelação do diagnóstico (Wallach et al., 2018; Closson et al., 2015), medo de conexões mais íntimas (Closson et al., 2015), falta de recursos financeiros (Villiegas et al., 201) e porque muitos dos antigos parceiros terminaram a relação devido à dificuldade em lidar com o diagnóstico (Villiegas et al., 2021; Fernández-Rouco et al., 2021). A investigação de Stanton et al., (2019) confirma estas descobertas. Contudo, continua a existir uma pequena percentagem de indivíduos que manteve as suas práticas sexuais iguais após um diagnóstico positivo, optando pelo uso do preservativo, mesmo tendo sido reconhecido uma maior dificuldade na conscientização e na aplicação do preservativo, pois não queriam transmitir o vírus aos seus parceiros (Closson et al., 2015; Villiegas et al., 2021; Wallach et al., 2018). Seguidamente, é importante enfatizar que os estudos incluídos foram realizados em diferentes países, difundidos por todo o mundo e com diferentes populações alvo (grupos minoritários, heterossexuais e homossexuais – HSH). Embora, os estudos incluíssem participantes homens

e mulheres, a grande maioria incluiu uma vasta população masculina. Além disso, todos os estudos avaliaram a intimidade/sexualidade com grupos específicos e adicionais variáveis (e.g., autoestima, estigma, bem-estar, depressão, espiritualidade, entre outros), assim como outros temas relevantes, como a prevenção do vírus, apoio psicológico, o acesso aos cuidados de saúde e, principalmente, informações corretas e necessárias.

Assim sendo, as variáveis psicológicas acabam por ter uma relação direta com a sexualidade e a intimidade. O estigma leva a que os participantes tenham medo da rejeição por parte do parceiro, tornando as tentativas de relacionamentos íntimos e sexuais como um obstáculo. Esta afirmação parece ir ao acordo com os resultados obtidos no estudo quantitativo, dado que foi possível concluir que os participantes pareciam sentir uma menor satisfação sexual quando sentiam um estigma maior. Para além disso, o estigma pode resultar num isolamento social, impossibilitando a manutenção ou a formação de conexões emocionais e físicas (Przybyla et al., 2013). A autoestima dificulta o processo de os indivíduos se relacionarem sexualmente e intimamente, uma vez que uma baixa autoestima pode fazer com que o indivíduo tenha medo de se mostrar como uma pessoa vulnerável e indefesa, devido a possíveis alterações físicas no seu corpo, resultando tanto num menor envolvimento social como na dificuldade e no desconforto de estabelecer relacionamentos íntimos, influenciando a intimidade e o desejo sexual (Peyre et al., 2019). Afirmação que vai, novamente, de acordo com os resultados do estudo quantitativo, uma vez que indivíduos que se avaliam a si mesmos de forma negativa, reportaram também uma experiência sexual menos positiva. Ainda assim, o bem-estar psicológico e emocional está associado à qualidade de vida, visto que uma boa saúde mental vai melhorando à medida que se ganha mais capacidade de lidar com o stress e a ansiedade, assim como vai ajudando no estabelecimento de novas redes de apoio.

Finalmente, apesar de nenhum dos estudos se focar apenas na sexualidade e na intimidade, apenas três (Closson et al., 2015; Fernández-Rouco et al., 2021; Villiegas et al., 2021) dos sete estudos avaliam precisamente o impacto da seropositividade na intimidade, tal como o objetivo da revisão sugere. Para além do mais, é essencial ter a perceção que está a ser estudado um tema sensível com uma população muito vulnerável e com muitos entraves, não só pela doença em si, mas essencialmente pelo tipo de cultura que estes indivíduos estão inseridos. Posto isto, é necessário que haja um maior número de investigações relativamente a este tema, devido à falta de informação que continua a existir na sociedade, mas também, por

ser um tema considerado como *tabu*. A sexualidade é um assunto complexo por muitos indivíduos sentirem vergonha ao abordá-lo, mas quando se trata da sexualidade em conjunto com esta doença crónica, esta complexidade ainda se intensifica mais. Por último, um aspeto interessante e importante de ser reforçado é o facto de todos os artigos científicos encontrados relativos a esta temática e ao VIH serem consideravelmente recentes (entre os anos de 2015 e 2021), revelando a importância que começou a ser dada a este tema, que, para muitos ainda é considerado como sensível.

Ainda assim, é importante salientar o facto de nenhum dos estudos selecionados para a revisão sistemática ter abordado outras variáveis psicológicas, como a violência, o stress ou o suporte social, associado à sexualidade e intimidade no VIH. Carter et al., (2017) relata que a sexualidade é muitas vezes associada a aspetos físicos, contudo, as emoções acabam por ter um papel crucial. De acordo com o autor, as mulheres portadoras de VIH tendencialmente enfrentam, de forma desigual, os impactos da violência, mas também os traumas psicológicos e físicos (Brady et al., 2002; Gruskin et al., 2002; Whetten et al., 2006; Machtinger et al., 2012) e depressão (Morrison et al., 2002; Rabkin, 2008). Isto porque existe uma pequena percentagem de mulheres que sofrem de violência sexual, acabando por adquirir o vírus e fazendo com que o stress aumente, afetando o interesse no ato e no prazer sexual das mulheres (Hamilton & Meston, 2013; Lykins et al., 2006). Todavia, a depressão e a ansiedade estão igualmente associadas a um menor desejo e atividade sexual (Goggin et al. 1998; Craft & Serovich 2007; Kaida et al. 2015).

Adicionalmente, o suporte social também é uma variável importante a ser considerada, uma vez que receber um diagnóstico positivo de VIH pode ser extremamente stressante. Neste sentido, o apoio social desempenha um papel fundamental na facilitação de estratégias de *coping* mais eficazes para lidar com esta doença e com o impacto que pode ter nesta área tão sensível (Xiao et al., 2018). Para além disso, o apoio social não executa, apenas, um papel importante no enfrentamento emocional e psicológico na altura do diagnóstico, dado que este é fundamental quando os indivíduos pensam que vão ter alterações na sua vida sexual e íntima (Zhang et al., 2023). Posto isto, o suporte que os familiares, amigos e até mesmo parceiros podem dar, ajuda na redução do estigma que está associado a esta doença, promovendo um ambiente de aceitação e de confiança que favorece a saúde sexual e o bem-estar (Gutin et al., 2023; Zhang et al., 2023). Seguidamente, este ambiente de confiança irá gerar uma comunicação mais aberta e empática sobre o vírus, fazendo com o que o apoio social que a

pessoa sinta diminua a ansiedade nas relações íntimas, acabando por melhorar a autoestima e despertando, de novo, o prazer sexual. Na verdade, o apoio social correto cria um contexto mais seguro e positivo para a expressão da sexualidade, funcionando como uma barreira contra o isolamento e insegurança que muitos indivíduos seropositivos possam sentir afetados na sua vida sexual (Gutin et al., 2023; Zhang et al., 2023).

Finalmente, foram encontradas algumas necessidades ao longo da leitura dos artigos escolhidos, como ligação imediata aos cuidados de saúde, apoio psicológico (e.g., consultas individuais ou grupos de autoapoio), acesso a informação correta sobre o vírus e, posteriores, medicamentos e programas de prevenção.

Limitações

É importante constatar que esta revisão sistemática, assim como todas as investigações, apresenta as suas limitações. Primeiramente, é uma revisão sistemática que, somente, inclui sete estudos, resultando numa amostra muito pequena para possibilitar qualquer generalização, devendo, por isso, serem realizadas mais investigações sobre esta temática. Seguidamente, a vida sexual e íntima de pessoas seropositivas é pouco discutida, tornando-se numa população mais difícil de chegar, pois estas acabam por se isolar por medo do julgamento. Terceiro, ao ser realizada a pesquisa foram encontrados variados estudos sobre os aspetos psicossociais da doença e da sua medicação, tornando-se difícil a procura de artigos que se focassem somente na vida íntima e sexual de pessoas portadoras de VIH.

Ainda assim, como sugestões para estudos futuros, seria importante o foco nas dinâmicas de casal (e.g., seroconcordantes e/ou serodiscordantes) e os conflitos que possam ter na própria relação, ou seja, perceber as questões da comunicação, equilíbrio de poder e gestão de conflitos que possa afetar a qualidade da relação e a satisfação conjugal. Além disso, seria interessante estudar se existem discrepâncias destas dinâmicas e conflitos em contextos culturais e sociais, assim como o papel de intervenções terapêuticas na promoção de relacionamentos saudáveis. Essas sugestões podem ajudar a alargar o conhecimento das complexidades das relações de casal e a desenvolver estratégias mais eficazes na resolução de conflitos de casais.

Seria, ainda, valioso haver mais estudos quantitativos sobre esta temática, uma vez que poderiam abranger um grande número de participantes e obter uma grande quantidade de informação importante. Na verdade, a grande vantagem de serem realizados estudos quantitativos é que os indivíduos não necessitam de discutir temas sensíveis, sendo que em

estudos qualitativos podem sentir uma maior dificuldade em expor o que sentem e em abordar o assunto em si. Por fim, penso que seria significativo perceber em termos de género quem sentiu mais dificuldade em relação à sexualidade e à intimidade, considerando tanto relações íntimas fixas como ocasionais.

No que concerne ao estudo quantitativo, várias limitações podem ser destacadas que impossibilitaram o desenvolvimento da investigação. Entre elas, destaca-se o tamanho reduzido da amostra ($n=27$), que permitiu apenas a realização de análises descritivas e de correlações. Além disso, o questionário online incluiu quatro escalas de autopreenchimento, o que pode ter provocado cansaço nos participantes, além de, possivelmente, ter originado desconforto em relação a algumas questões, contribuindo para o possível enviesamento de certas respostas. São ainda dados transversais, com recurso a escalas de autorrelato limitando as conclusões retiradas sobre associação entre as variáveis em estudo.

Implicações práticas

Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial nesta área tão sensível, envolvendo aspetos emocionais, sociais e educacionais para os pacientes. Por instante, os profissionais de saúde, como os psicólogos devem oferecer o apoio emocional e psicológico necessário para ajudar os pacientes a lidar com a doença, com o estigma (tanto social como internalizado), sentimentos de ansiedade e com a autoestima, que são fundamentais para uma vida sexual saudável e, conseqüente, qualidade de vida em geral. Estes auxiliam na orientação sobre como preservar e manter relacionamentos íntimos e sexuais de forma segura, ajudando os pacientes a desenvolverem segurança e intimidade nas suas relações, o que proporciona um bem-estar emocional e relacional. Ainda assim, as intervenções psicológicas são importantes para promover a adesão ao tratamento e consecutivos comportamentos sexuais seguros (Kalichaman et al., 2010).

Para além dos psicólogos, os enfermeiros devem ter conhecimentos aprofundados sobre o vírus, devido a inúmeras dúvidas que surgem quando é revelado o diagnóstico. Deste modo, devem fornecer informações claras, nítidas e atualizadas sobre o vírus, como é o caso das formas de transmissão, possíveis prevenções e tratamentos, e a desmistificar mitos que estão associados ao vírus, mantendo sempre uma boa comunicação. Estes devem explicar de forma clara o significado do chamado “período de janela”, uma vez que muitas das novas infeções ocorrem a partir de pessoas que não sabem o seu estatuto serológico, acabando por continuar a ter práticas não seguras. (Evans & Dukes., 2018). Contudo, é importante a

tranquilização dos pacientes quando reconhecem a existência deste período, visto que muitos ficam em estado de stress e ansiedade, sendo agravado pelos sentimentos de culpa pelas práticas sexuais de risco. Por conseguinte, enfermeiros costumam realizar outros testes de doenças sexualmente transmissíveis que possam ser mais comuns em pessoas seropositivas, devido a terem um sistema imunitários mais sensibilizado (WHO, 2016).

Referências

- Aboim, S. (2012). Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspetiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 99-112. Repositório Aberto da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/6171>
- Adimora, A. A., C. Ramirez, T. Poteat, N. M. Archin, D. Averitt, J. D. Auerbach, A. L. Agwu, J. Currier, and M. Gandhi. 2021. “HIV and Women in the USA: What We Know and Where To Go from Here.” *The Lancet* 397 (10279): 1107–1115 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00396-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00396-2)
- 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. [Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/3963>
- Anakwa, N. O., Teye-Kwadjo, E., & Kretchy, I. A. (2021). Illness perceptions, social support and antiretroviral medication adherence in people living with HIV in the greater Accra region, Ghana. *Nursing open*, 8(5), 2595-2604. <https://doi.org/10.1002/nop2.797>
- Araújo, M. F. (2002). Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(2), 70-77.
- Azevedo-Pereira, J. M. (2011). Ciclo biológico de VIH. *Manual sobre sida*, 13-29.
- Bader, A., Kremer, H., Erlich-Trungenberger, I., Rojas, R., Lohmann, M., Deobald, O., Lochmann, R., Altmeyer, P., & Brockmeyer, N. (2006). An adherence typology: Coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. *Med Sci Monit*, 12(12), 493-500
- Barbaro, G., & Barbarini, G. (2006). Highly active antiretroviral therapy-associated metabolic syndrome and cardiovascular risk. *Chemotherapy*, 52(4), 161-165. <https://doi.org/10.1097/01.mjt.0000162013.66614.16>
- Barros, H. (2007). *Sida*. Lisboa: QN – Edição e Conteúdos

- Beckerman, N. L., & Auerbach, C. (2002). Couples of mixed HIV status: Psychosocial issues affecting intimacy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 1(4), 73–85 13p.
https://doi.org/10.1300/J398v01n04_04
- Beckett, A., & Shenson, D. (1993). Suicide risk in patients with human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(1), 27–35. <https://doi.org/10.3109/10673229309017054>.
- Bernier, A., Lefèvre, M., Henry, E., Verdes, L., Acosta, M.-E., Benmoussa, A., ... Préau, M. (2016). HIV seropositivity and sexuality: Cessation of sexual relations among men and women living with HIV in five countries. *AIDS Care*, 28(sup1), 26–31.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146208>
- Boarts, J. M., Buckley-Fischer, B. A., Armelie, A. P., Bogart, L. M., & Delahanty, D. L. (2009). The impact of HIV diagnosis-related vs. non-diagnosis related trauma on PTSD, depression, medication adherence, and HIV disease markers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6(1), 4-16. <https://doi.org/10.1080/15433710802633247>
- Brady, S., Gallagher, D., Berger, J., & Vega, M. (2002). Physical and sexual abuse in the lives of HIV-positive women enrolled in a primary medicine health maintenance organization. *AIDS patient Care and STDs*, 16(3), 121-125.
<https://doi.org/10.1089/108729102317330463>
- Brooks, J., Buchacz, K., Gebo, K., & Mermin, J. (2012). HIV infection and older Americans: The public health perspective. *The American Journal of Public Health*, 102 (8), 1516. doi:10.2105/AJPH.2012.300844. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300844>
- Capron, D. W., Gonzalez, A., Parent, J., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2012). Suicidality and anxiety sensitivity in adults with HIV. *AIDS patient care and STDs*, 26(5), 298-303. <https://doi.org/10.1089/apc.2011.0429>
- Carrico, A. W. (2010). Elevated suicide rate among HIV-positive persons despite benefits of antiretroviral therapy: implications for a stress and coping model of suicide. *American Journal of Psychiatry*, 167(2), 117-119.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09111565>

- Carter, A., Greene, S., Money, D., Sanchez, M., Webster, K., Nicholson, V., Whitbread, J., Salters, K., Patterson, S., Loufy, M., Pick, N., Brotto, L.A., Hankins, C., & Kaida, A. (2017). The problematization of sexuality among women living with HIV and a new feminist approach for understanding and enhancing women's sexual lives. *Sex Roles*, 77, 779-800. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-017-0826-z>
- Carvalho, E. S. S. (2010). *Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens* (doutorado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
- Carvalho, P. M. G. D., Anchiêta, L. D. S., Queiroz, M. M. D., Aragão, A. D. O., & Nichiata, L. Y. I. (2013). Sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Revista Interdisciplinar*, 6(3), 81-88. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000622017>
- Chander, G., Himelhoch, S., & Moore, R. D. (2006). Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs*, 66, 769-789. <https://doi.org/10.2165/0003495-200666060-0004>
- Ciccarone, D. H., Kanouse, D. E., Collins, R. L., Miu, A., Chen, J. L., Morton, S. C. e Stall, R. (2003) – Sex without disclosure of positive serostatus in a US probability sample of persons receiving medical care for HIV infection. *American Journal of Public Health*. 93(6): 949-954. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.6.949>
- Closson, E. F., Mimiaga, M. J., Sherman, S. G., Tangmunkongvorakul, A., Friedman, R. K., Limbada, Moore, A. T., Srithanaviboonchai, K., Alves, A. C., Roberts, S., Oldenburg, C. E., Elharrar, V., Mayer, K. H & Safren, S. (2015). Intimacy versus isolation: A qualitative study of sexual practices among sexually active HIV-infected patients in HIV care in Brazil, Thailand, and Zambia. *PloS one*, 10(3), e0120957. <https://doi.org.10.1371/journal.pone.0120957>
- Craft, S. M., & Serovich, J. M. (2007). The impact of mental health, sexual desire and sexual importance on the sexual behaviour of women with HIV. *AIDS Care*, 19(10), 1219–1222. <https://doi.org/10.1080/09540120701402822>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2013). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.

- Deeks, S. G. (2011). HIV infection, inflammation, immunosenescence, and aging. *Annual review of medicine*, 62, 141-155. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-042909-093756>
- DeGrazia, M. G., & Scrandis, D. (2015). Successful coping in urban, community-dwelling older adults with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(2), 151-163. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.11.008>
- Edwards, W., & Coleman, E. (2004). Defining sexual health: A descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 189–195. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5>
- El Fane, M., Bensghir, R., Sbai, S., Chakib, A., Kadiri, N., Ayouch, A., & Himmich, H. (2011). Quality of sexual life for people living with HIV (PLWHA). *Sexologies*, 20(3), 158–162. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.12.007>
- Evans, D. T., & Dukes, M. (2018). Current approaches to HIV prevention, treatment and care. *Nurs. Stand*, 43(8), 45-52. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e.11046>
- Fassberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., Waern M., (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20 (2), 166–194. <https://doi.org.10.1080/13607863.2015.1083945>
- Félix, M. S. (2014). *Crenças e atitudes face à sexualidade e ao VIH/SIDA nos jovens: Implicações de Género* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal). Repositório Aberto do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://hdl.handle.net/10400.12/3665>
- Fernández-Rouco, N., & Haya, I. (2021). An Initial Look into the Sexuality and Well-Being of Women Living with HIV: Making the Invisible Visible. *Sexuality and Disability*, 39(3), 479-494. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09689-w>

- Fortenberry, J. D. (2013). The evolving sexual health paradigm: Transforming definitions into sexual health practices. *AIDS*, 27, S127–S133.
<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000048>
- Frost, D. M., Stirratt, M. J., & Ouellette, S. C. (2008). Understanding why gay men seek HIV-seroconcordant partners: Intimacy and risk reduction motivations. *Culture, Health and Sexuality*, 10, 513–527. <https://doi.org/10.1080/13691050801905631>
- Goggin, K., Engelson, E. S., Rabkin, J. G., & Kotler, D. P. (1998). The relationship of mood, endocrine, and sexual disorders in human immunodeficiency virus positive (HIV+) women: an exploratory study. *Psychosomatic medicine*, 60(1), 11-16.
<https://doi.org/10.1097/00006842-199801000-0003>
- Grimberg, M. (2009). Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 133-141. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100014>
- Gruskin, L., Gange, S. J., Celentano, D., Schuman, P., Moore, J. S., Zierler, S., & Vlahov, D. (2002). Incidence of violence against HIV-infected and uninfected women: Findings from the HIV epidemiology research (HER) study. *Journal of Urban Health*, 79, 512-524. <https://doi.org/10.1093/jurban/79.4.512>
- Gurevich, M., Mathieson, C. M., Bower, J., & Dhayanandhan, B. (2007). Disciplining Bodies, Desires and Subjectivities: Sexuality and HIV- positive women. *Feminism & Psychology*, 17(1), 9–38. <https://doi.org/10.1177/0959353507072910>.
- Gutin, S. A., Ruark, A., Darbes, L. A., Neilands, T. B., Mkandawire, J., & Conroy, A. A. (2023). Supportive couple relationships buffer against the harms of HIV stigma on HIV treatment adherence. *BMC Public Health*, 23(1), 1878.
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16762-w>
- Hamilton, L. D., & Meston, C. M. (2013). Chronic stress and sexual function in women. *The journal of sexual medicine*, 10(10), 2443-2454. <https://doi.org/10.1111/jsm.12249>

- Hand, G. A., Phillips, K. D., & Dudgeon, W. D. (2006). Perceived stress in HIV-infected individuals: physiological and psychological correlates. *AIDS care, 18*(8), 1011-1017. <https://doi.org/10.1080/09540120600568376>
- Hankins, C., Gendron, S., Tran, T., Lamping, D., & Lapointe, N. (1997). Sexuality in Montreal women living with HIV. *Aids Care, 9*(3), 261-272. <https://doi.org/10.1080/713613156>
- Henderson, M. (2008). *50 Ideias de Genética Que Precisa mesmo de Saber*. Alfragide: Dom Quixote.
- Herek, G.M. (1990). Illness, Stigma, and AIDS. In P. Costa & G. VandenBos (Eds.), *Psychological Aspects of serious illness. Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care* (pp. 107-149). New York: American Psychological Association. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.3.371>
- Hoff, C. C., Chakravarty, D., Beougher, S. C., Neilands, T. B., & Darbes, L. A. (2012). Relationship characteristics associated with sexual risk behavior among MSM in committed relationships. *AIDS Patient Care & STDs, 26*, 738–745. <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0198>
- Hogg, R. S., Yip, B., Chan, K. J., Wood, E., Craib, K. J., O'Shaughnessy, M. V., & Montaner, J. S. (2001). Rates of disease progression by baseline CD4 cell count and viral load after initiating triple-drug therapy. *Jama, 286*(20), 2568-2577. <https://doi.org/10.1001/jama.286.20.2568>
- Holt, R., Court, P., Vedhara, K., Nott, K. H., Holmes, J., & Snow, M. H. (1998). The role of disclosure in coping with HIV infection. *AIDS care, 10*(1), 49-60. <https://doi.org/10.1080/09540129850124578>
- Hughes, S. D., & Truong, H. H. M. (2017). Sero-discovering versus sero-cognisant: initial challenges and needs of HIV-serodiscordant couples in Porto Alegre, Brazil. *Culture, Health & Sexuality, 19*(8), 888-902. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1269366>

- INSA, Instituto Nacional de Saúde: Departamento de Doenças Infecciosas. (2020). Infeção VIH e SIDA em Portugal. Lisboa: DGS/ INSA.
- Kaida, A., Carter, A., de Pokomandy, A., Patterson, S., Proulx-Boucher, K., Nohpal, A., Serde, P., Colley, G., O'Brien N., Thomas-Pavanel, J., Beaver K., Nicholson V., Tharao W., Fernet, M., Otis, J., Hogg, R., Loufy, M., & CHIWOS Research Team. (2015). Sexual inactivity and sexual satisfaction among women living with HIV in Canada in the context of growing social, legal and public health surveillance. *Journal of the International AIDS Society*, 18, 20284. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.6.20284>
- Kalichman, S. C., Cherry, C., Amaral, C. M., Swetzes, C., Eaton, L., Macy, R., Grebler T., & Kalichman, M. O. (2010). Adherence to antiretroviral therapy and HIV transmission risks: implications for test-and-treat approaches to HIV prevention. *AIDS patient care and STDs*, 24(5), 271-277. <https://doi.org/10.1089/apc.2009.0309>
- Keegan, A., Lambert, S., & Petrak, J. (2005). Sex and relationships for HIV-positive women since HAART: a qualitative study. *AIDS Patient Care & STDs*, 19(10), 645-654. <https://doi.org/10.1089/apc.2005.19.645>
- Kim, A. Y., Onofrey, S., & Church, D. R. (2013). An epidemiologic update on hepatitis C infection in persons living with or at risk of HIV infection. *The Journal of Infectious Diseases*, 207(suppl_1), S1–S6. <https://doi.org/10.1093/infdis/jis927>
- Lankveld, Van J., Jacobs, N., Thewissen, V., Dewitte, M., & Verboon, P. (2018). The associations of intimacy and sexuality in daily life: Temporal dynamics and gender effects within romantic relationships. *Journal of social and personal relationships*, 35(4), 557-576. <https://doi.org/10.1177/0265407517743076>
- Lee, R. S., Kochman, A., & Sikkema, K. J. (2002). Internalized stigma among people living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior*, 6, 309-319. <https://doi.org/10.1023/A:1021144511957>
- Lima, H. C. (2007). Fatos e mitos sobre imunomoduladores. *Anais brasileiros de dermatologia*, 82(3), 207–221. <https://doi.org/10.1590/s0365-05962007000300002>.

- Lykins, A. D., Janssen, E., & Graham, C. A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research, 43*(2), 136-143. <https://doi.org/10.1080/00224490609552308>
- Machtinger, E. L., Wilson, T. C., Haberer, J. E., & Weiss, D. S. (2012). Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. *AIDS and Behavior, 16*(8), 2091-2100. <https://doi.org/10.1007/s10466-011-0127-4>
- Magalhães, A. G. D. C. D. S. (2006). *Casais serodiscordantes em relação ao VIH: estudo sobre os processos de integração existencial ao VIH/SIDA* (Doctoral dissertation). *Mental Health: CP & EMH, 15*(1), 153–159.
- Mansergh, G., Marks, G., & Simoni, J. M. (1995). Self-disclosure of HIV infection among men who vary in time since seropositive diagnosis and symptomatic status. *Aids, 9*(6), 639-644. <https://doi.org/10.1097/00002030-199506000-00017>
- Maticka-Tyndale, E., Adam, B. D., & Cohen, J. (2002). Sexual desire and practice among people living with HIV and using combination anti- retroviral therapies. *Canadian Journal of Human Sexuality, 11*(1), 33–40 38p. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2022.100542>
- Miller, V., & Hodder, S. (2014). Beneficial impact of antiretroviral therapy on non-AIDS mortality. *AIDS, 28*, 273–274. <https://doi.org/10.1097/QAD.0B013e32832e9b78>
- Morrison, M. F., Petitto, J. M., Have, T. T., Gettes, D. R., Chiappini, M. S., Weber, A. L., Binker-Spence, P., Bauer, R. M., Douglas, S. D., & Evans, D. L. (2002). *Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. American Journal of Psychiatry, 159*(5), 789-796. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.789>
- Nevedal, A., & Sankar, A. (2016). The significance of sexuality and intimacy in the lives of older African Americans with HIV/AIDS. *The Gerontologist, 56*(4), 762-771. <https://doi.org/10.1093/geront/gun160>

- Niu, L., Luo, D., Liu, Y., Silenzio, V. M., & Xiao, S. (2016). The mental health of people living with HIV in China, 1998–2014: a systematic review. *PloS one*, *11*(4), e0153489. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153489>
- Nyamweya, S., Hegedus, A., Jaye, A., Rowland-Jones, S., Flanagan, K. L., & Macallan, D. C. (2013). Comparing HIV-1 and HIV-2 infection: Lessons for viral immunopathogenesis. *Reviews in medical virology*, *23*(4), 221-240. <https://doi.org/10.1002/rmv.1739>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Palella Jr, F. J., Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A., Aschman, D. J., Holmberg, S.D. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, *338*(13), 853-860. <https://doi.org/10.1056/NEJM199803263381301>
- Patterson, S., Cescon, A., Samji, H., Chan, K., Zhang, W., Raboud, J., ... & CANOC collaboration. (2015). Life expectancy of HIV-positive individuals on combination antiretroviral therapy in Canada. *BMC infectious diseases*, *15*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-0969-x>
- Peto, D., Remy J., Van Campenhoudt, L. & Hubert, M. (1992). SIDA: L' amour face à la peur. Paris: L' Harmattan Logiques Sociales.
- Petrak, J. A., Doyle, A. M., Smith, A., Skinner, C., & Hedge, B. (2001). Factors associated with self-disclosure of HIV serostatus to significant others. *British Journal of Health Psychology*, *6*(1), 69-79. <https://doi.org/10.1348/135910701169061>
- Peyre, M., Gauchet, A., Bissuel, F., Blanc, M., Boibieux, A., Cotte, L., Forestier, E., Janssen, C., Legoutb L., & Epaulard, O. (2019). Satisfaction with sexual life in people living with HIV/AIDS: the persistent weight of the fear of transmission. *AIDS care*, *31*(6), 681-68. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e9eef3>

- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(suppl 1), 1201-1208. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700029>
- Prestage, G., Jin, F., Zablotska, I., Grulich, A., Imrie, J., Kaldor, J., Honnor, G., Kippax, S. (2008). Trends in agreements between regular partners among gay men in Sydney, Melbourne and Brisbane, Australia. *AIDS and Behavior*, 12, 513–520. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9351-3>
- Przybyla, S. M., Golin, C. E., Widman, L., Grodensky, C. A., Earp, J. A., & Suchindran, C. (2013). Serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV: examining the roles of partner characteristics and stigma. *AIDS care*, 25(5), 566-572. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.722601>
- Psaros, C., Barinas, J., Robbins, G. K., Bedoya, C. A., Safren, S. A., & Park, E. R. (2012). Intimacy and sexual decision making: Exploring the perspective of HIV positive women over 50. *AIDS patient care and STDs*, 26(12), 755-760. <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0256>
- Rafiei, S., Raoofi, S., Pashazadeh Kan, F., Masoumi, M., Doustmehraban, M., Biparva A. J., Ashari, A., Vali, N., Khani, S., Abdollahi, B., Vaziri Shahrehabak, E. S. V., Heydari, M., Momeni, Z., Kasaie, Z. A., Beliad, M., & Ghashghaee, A. (2023). Global prevalence of suicide in patients living with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 323, 400– 408. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.061>
- Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014). Suicide risk in primary care: Identification and management in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 16(9), 466. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>
- Reis, R. K., & Gir, E. (2010). Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 759-765. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300030>

- Remien, R. H., Carballo-Diequez, A., & Wagner, G. (1995). Intimacy and sexual risk behaviour in serodiscordant male couples. *AIDS Care*, 7, 429–438.
<https://doi.org/10.1080/09540129550126380>
- Remor, E. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12, 89-106. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721999000100006>
- Rispel, L. C., Metcalf, C. A., Moody, K., Cloete, A., & Caswell, G. (2011). Sexual relations and childbearing decisions of HIV- discordant couples: An exploratory study in South Africa and Tanzania. *Reproductive Health Matters*, 19(37), 184–193. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)37552-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)37552-0).
- Roberson, D. (2018). Meeting the HIV prevention needs of older adults. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 29(1), 126–129.
<https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.08.004>
- Ruiz, M. F., Medrano, F. L., & Blanco, J. J. R. (2011). *Manual CTO de Medicina y Cirugía: Enfermedades infecciosas* (8.a Ed). Madrid: CTO Editorial.
- Sá, A. A. M. D., & Santos, C. V. M. D. (2018). A vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 773-786. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000622017>
- Samji, H., Cescon, A., Hogg, R. S., Modur, S. P., Althoff, K. N., Buchacz, K., Burchell, A. N., Chonen, M., Gebo, K. A., Gill, M. J., Justice, A., Kirk, G., & Klein, M. B. (2013). Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PloS one*, 8(12), e81355.
<https://10.1371/journal.pone.0081355>
- Samji, H., Cescon, A., Hogg, R. S., Modur, S. P., Althoff, K. N., Buchacz, K., Burchell, A., Cohen, M., Gebo, K., Gill, M., Justice, A., Kirk, G., Klein, M., Korthuis, P., Martin, J., Napvranik, S., Rouke, S., Sterling, T., Silverberg, M., Deeks, S., Jacobson, L., Bosh, R., Kitahata, M., Goedert, J., Moore, R., Gange, S & North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design (NA-ACCORD) of IeDEA. (2013).

- Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PloS one*, 8(12), e81355.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081355>
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 253-268. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<https://hdl.handle.net/10216/16170>
- Ser+, Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA (2024). Disponível em:
<http://www.sermais.pt/content/default.asp?idcat=prevIntroducao&idCatM=prevencao&idContent=CE097F9F-8CDF-4BB3-83EC-9918C95BD5AF>. Acesso em: 27/04/2024.
- Serra, M. N. (2005). *Aprender a ser doente: Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência.
- 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(2), 189-200.
<https://doi.org/10.1080/00224490309552180>
- Sistema Nacional de Saúde (2023). Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/vih/prevencao-da-infecao-por-vih/>. Acesso em: 27/04/2024.
- Stanton, A. M., Goodman, G., Looby, S. E., Robbins, G. K., & Psaros, C. (2019). Sexuality and intimacy among older women living with HIV: a systematic review. *Current sexual health reports*, 11, 320-330. <https://doi.org/10.1007/s11930-019-00227-6>
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119–135.
- Taylor, T. N., Munoz-Plaza, C. E., Goparaju, L., Martinez, O., Holman, S., Minkoff, H. L., Karpiak, S. E., Gandhi, M., Chonen, M. H., Golub, E. T., Levine, A. M., Adedimeji, A. A., Gonsalves, R., Bryan, T., Connors, N., Schechter, G., & Wilson, T. E. (2017). “The pleasure is better as I’ve gotten older”: Sexual health, sexuality, and sexual risk

- behaviors among older women living with HIV. *Archives of sexual behavior*, 46, 1137-1150. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0751-1>
- Theodore, P. S., Duran, R. E., Antoni, M. H., & Fernandez, M. I. (2004). Intimacy and sexual behavior among HIV-positive men-who-have-sex- with-men in primary relationships. *AIDS and Behavior*, 8, 321–331. <https://doi.org/10.1023/B:AIBE.0000044079.37158.A9>
- Turk, M. C., Bakker, C. J., Spencer, S. M., & Lofgren, S. M. (2022). Systematic review of sex differences in the relationship between hormones and depression in HIV. *Psychoneuroendocrinology*, 138, 105665. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105665>
- Tutino, J. S., Ouimet, A. J., & Shaughnessy, K. (2017). How do psychological risk factors predict sexual outcomes? A comparison of four models of young women’s sexual outcomes. *Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.07.011>.
- UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2022). Disponível em: <https://www.unaids.org/en> Acesso em: 28/04/2024
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of sexual behavior*, 27, 295-307. <https://doi.org/10.1023/a:1018655219133>
- Villegas, N., Cianelli, R., De Oliveira, G., Toledo, C., Jacobson, F., Davenport, E., Webb, D., & Wolf, B. (2021). Exploring intimate partner relationships before and after HIV diagnosis among minority older women. *Clinical gerontologist*, 44(3), 273-287. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1838682>
- Wada, N., Jacobson, L. P., Cohen, M., French, A., Phair, J., & Muñoz, A. (2014). Cause-specific mortality among HIV-infected individuals, by CD4+ cell count at HAART initiation, compared with HIV-uninfected individuals. *Aids*, 28(2), 257-265. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000078>
- Wallach, I., & Brotman, S. (2018). The intimate lives of older adults living with HIV: a qualitative study of the challenges associated with the intersection of HIV and

- ageing. *Ageing & Society*, 38(12), 2490-2518.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X1700068X>
- Welbourn, A. (2013). Denied desire: Sexual pleasure in the context of HIV. In S. Jolly, A. Cornwall, & K. Hawkins (Eds.), *Women, sexuality, and the political power of pleasure* (pp. 142–161). London: Zed Books. <https://doi.org/10.5040/9781350224094.ch-007>
- Whetten, K., Leserman, J., Lowe, K., Stangl, D., Thielman, N., Swartz, M., Hanisch, L., & Van Scoyoc, L. (2006). Prevalence of childhood sexual abuse and physical trauma in an HIV-positive sample from the deep south. *American journal of public health*, 96(6), 1028-1030. <https://doi.org/10.1205/AJPH.2005.063263>
- WHO (2022). HIV/AIDS. <https://www.who.int/tools/whoqol> (acesso em: 15/09/2024)
- Wolitski, R. J., Gómez, C. A., Parsons, J. T., & SUMIT Study Group. (2005). Effects of a peer-led behavioral intervention to reduce HIV transmission and promote serostatus disclosure among HIV-seropositive gay and bisexual men. *Aids*, 19, S99-S109.
<https://doi.org/10.1097/01.aids.0000167356.94664.59>
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services*. World Health Organization.
- World Health Organization. Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health. 28–31 January 2002. Available online:
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1 (accessed on 21 September 2023).
- Xiao, Z., Li, X., Qiao, S., Zhou, Y., & Shen, Z. (2018). Coping, social support, stigma, and gender difference among people living with HIV in Guangxi, China. *Psychology, Health & Medicine*, 23(1), 18–29. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017>
- Ying L. I. U., Peng B., Lu N. I. U., Chen X., Wang M., Xiao S., & Dan L. U. O. (2017). Emotional problems among newly diagnosed HIV-positive men with homosexual sex

behaviors. *Chinese Mental Health Journal*, 471–477.

<https://doi.org/10.3969/j.issn.1000-6729.2017.06.009>

Yousuf, A., Arifin, S. R. M., Musa, R., & Isa, M. L. M. (2019). Depression and HIV disease progression: a mini-review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 15, 153. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010153>

Zhang, Y., Chai, C., Xiong, J., Zhang, L., Zheng, J., Ning, Z., & Wang, Y. (2023). The impact of anxiety, depression, and social support on the relationship between HIV-related stigma and mental health-related quality of life among Chinese patients: A cross-sectional, moderate-mediation study. *BMC psychiatry*, 23(1), 818.

<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05103-1>