

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



TESTE DE UM MODELO MULTIVARIADO PREDITOR
DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO
EM ADULTOS IDOSOS PORTUGUESES

Joana Tavares de Azevedo Feliz

Nº 11350

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2007/2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



TESTE DE UM MODELO MULTIVARIADO PREDITOR
DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO
EM ADULTOS IDOSOS PORTUGUESES

Joana Tavares de Azevedo Feliz

Dissertação orientada por Prof. Doutor António M. Diniz

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2007/2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor António M. Diniz, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

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

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

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

Ao Pedro por tudo, pela amizade, escuta, partilha, incentivo, disponibilidade, sinceridade e paciência. Obrigada por me chamares à realidade mas ao mesmo tempo me incentivares a sonhar sempre. Um obrigada muito especial a ti.

Aos meus pais. Obrigada mãe por acreditares em mim, por me ouvires sempre que preciso e por nunca me deixares desistir. Obrigada pelo exemplo de altruísmo. Obrigada pai pela forma com que sempre me transmitiste que na vida podemos ir sempre mais além e que isso só depende do nosso empenho, força de vontade e valores. Obrigada pelo exemplo de virtude e inteligência.

Um agradecimento especial à minha família (irmão, avós, primos e tios) e às minhas amigas que foram mostrando, ao longo do tempo, o seu apoio de várias formas. À Pita pela

amizade e conversas. Brevemente estaremos no mesmo barco a conquistar e a alcançar novos desafios.

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

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

Resumo

Tomando como ponto de partida o aumento do número de casos de adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA, o presente estudo procurou agrupar informações acerca do grau de conhecimento face ao VIH/SIDA, atitudes sexuais e comportamentos sexuais de risco numa amostra de 100 sujeitos infectados pelo VIH/SIDA ($M=65$ anos) e 100 sujeitos não infectados ($M=75$ anos). Procurou perceber-se se o facto de se estar ou não infectado pelo VIH/SIDA influencia as dimensões mencionadas. Para tal, testou-se um Modelo Multivariado Preditor de Comportamentos Sexuais de Risco (MMPCSR) em adultos idosos, para o qual foram necessários dois estudos. Um primeiro, em que se procedeu à validação da Escala de Atitudes Sexuais (Alferes, 1994) (Análise Factorial Confirmatória) e constatou-se a relevância das dimensões Comunhão e Permissividade para representar as atitudes sexuais dos adultos idosos. Num segundo estudo, testou-se, então, o MMPCSR, que contemplou o efeito da variável Grupo (com e sem VIH/SIDA) sobre as variáveis Grau de Conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA, Permissividade e Comportamentos Sexuais de Risco. Os resultados obtidos indicaram que o Grupo é um bom preditor destas três variáveis.

Palavras-chave: adultos idosos, atitudes sexuais, comportamentos sexuais de risco, VIH/SIDA, psicometria aplicada.

Abstract

Considering the increased number of cases of older adults infected by HIV/AIDS, this study tried to group information about degree of knowledge about HIV/AIDS, sexual attitudes and sexual risk behaviors in a sample of 100 persons infected by HIV/AIDS ($M=65$ years) and 100 persons non infected ($M=75$ years). We tried to understand how the refereed dimensions could be influenced by the fact of been infected or not with HIV/AIDS. For that purpose, it was tested a Preditor Multivariate Model of Sexual Risk Behaviors (PMMSRB) in older adults, for which two studies were needed. A first, where it was proceeded the validation of the Sexual Attitudes Scale (Alferes, 1994) (Confirmational Factorial Analysis) and it was found that the dimensions Communion and Permissiveness were important to represent the older adults' sexual attitudes. In a second study it was tested the PMMSRB, which aimed the analysis of the effect of the Group variable (with or without HIV/AIDS) on the variables Degree of Knowledge about HIV/AIDS, Permissiveness and Sexual Risk Behaviors. The results indicated that the Group was a good predictor of these tree variables.

Key-words: older adults, sexual attitudes, sexual risk behaviours, HIV/AIDS, applied psychometrics.

O envelhecimento da população portuguesa (Instituto Nacional de Estatística, 2008), tem sido acompanhado pelo aumento do número de adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA (Dias, Silva, Fonseca & Renca, 2005). Este não é apenas um problema nacional mas que se verifica em muitos outros países como os Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 1998, 2008), Canadá (Public Health Agency of Canada, 2007), Espanha (Centro Nacional de Epidemiologia del Instituto de Salud Carlos III, 2007), França (Knodel, Watkins & VanLandingham, 2003), Itália (Longo, Camoni, Boros & Suligoj, 2008), Grécia (Arvanatis, 2002), Suíça (Abel & Werner, 2003), Bélgica (Sasse, Defraye & Buziarsist, 2007), Holanda (Veen et al., 2007), Alemanha (Knodel et al., 2003; Marcus & Starker, 2006), Dinamarca (National Surveillance of Communicable Diseases, 2003), Reino Unido (Health Protection Agency Centre for Infections, 2008) e Austrália (Knodel et al., 2003) (vd. Anexo para um desenvolvimento do tema). Na verdade, o número de sujeitos infectados pelo VIH/SIDA com mais de 55 anos está a aumentar de forma preocupante, e prevê-se um agravamento na próxima década (Cloud, Brown, Salloja & McLean, 2003; Duarte & Dutschmann, 1998; Emler & Poindexter, 2004; Falé, 2006; Gebo, 2006; Godkin & Stoff, 2008; Shippy & Karpiak, 2005; Stoff, Khalsa, Monjan & Portegies, 2004; Zelenetz & Epstein, 1998). No início da epidemia, antes do aparecimento do *highly active antiretroviral therapy* (HAART), não era expectável que os sujeitos infectados sobrevivessem até à velhice, nem que os adultos idosos estivessem em risco de contrair a infecção (Cooperman, Arnsten & Klein, 2007). Actualmente, o aumento do número de sujeitos infectados pelo VIH/SIDA com mais de 55 anos deve-se, por um lado, ao avanço no tratamento da infecção, nomeadamente com o aparecimento do HAART, que fez com que um número cada vez mais elevado de indivíduos sobrevivesse e vivesse com a doença até idades mais tardias do desenvolvimento (Butt et al., 2001; Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Emler, 2007; Godkin & Stoff, 2008; Grabar, Weiss & Costagliola, 2006; Hillman, 2008; Knodel & VanLandingham, 2002; Pitts, Grierson & Misson, 2005). De facto, o número de mortes associadas ao VIH/SIDA tem vindo a diminuir graças ao aparecimento dos antiretrovirais, mas também graças ao diagnóstico precoce (Greene, 2003). Por outro lado, novos casos estão a surgir na camada mais envelhecida da população, em virtude dos comportamentos de risco adoptados por estes sujeitos (Emler, 2007; Godkin & Stoff, 2008; Hillman, 2008).

Até aqui, a infecção tinha sido vista como uma doença dos mais jovens (Greene, 2003). Contudo, é necessário ressaltar o facto de tanto os jovens como os adultos idosos

correrem os mesmos riscos para se infectarem pelo VIH/SIDA (Anderson, 1998; Linsk, 2000). O VIH/SIDA tornou-se um problema que abrange todas as faixas etárias. Qualquer pessoa desde que sexualmente activa encontra-se em risco para contrair a infecção pelo VIH/SIDA ou outras doenças sexualmente transmissíveis, independentemente da idade (Maes & Louis, 2003). A própria sociedade ao ver o adulto idoso como assexuado e, por isso, não lhe atribuindo comportamentos sexuais de risco, só vem reforçar a falsa crença de que os adultos idosos não estão em risco de contrair o vírus da Sida (Altschuler, Katz & Tynan, 2004; Williams & Donnelly, 2002). Também os próprios adultos idosos têm a crença de que a infecção pelo VIH/SIDA é uma doença própria dos jovens, parecendo acreditar que a idade lhes serve como defesa para a infecção pelo vírus da Sida (Grabar et al., 2006; Maes & Louis, 2003; Radda, Schensul, Disch, Levy & Reyes, 2003; Williams & Donnelly, 2002). De facto, a percepção de vulnerabilidade face à infecção pode ser considerada um preditor para a adopção de comportamentos de risco, isto é, quanto menos o sujeito se sentir vulnerável à infecção, em mais comportamentos de risco poderá incorrer (Gerrard, Gibbons & Bushman, 1996).

Ainda que no início da epidemia, a principal via de transmissão do VIH/SIDA entre os adultos idosos fossem as transfusões de sangue, actualmente, verifica-se uma diminuição acentuada destes casos. Dados empíricos demonstram que a principal via de contágio na referida faixa etária é a sexual (Karlovsy, Lebed & Mydlo, 2004; Levy-Dweck, 2005; Zelenetz & Epstein, 1998), designadamente a transmissão heterossexual (Knodel et al., 2003; Nardone, 2005). Na verdade, um dos maiores riscos de infecção são as relações sexuais desprotegidas, dado que grande parte dos sujeitos sexualmente activos já tiveram comportamentos sexuais de risco em algum momento da sua vida (Misovich, Fisher & Fisher, 1997). De salientar que entre os principais comportamentos sexuais de risco em adultos idosos, de acordo com Knodel e colaboradores (2003), está o recurso à prostituição.

Não existindo cura para a infecção, a prevenção e o controlo têm de passar pela mudança de comportamentos e atitudes, pois sabe-se que a ausência de comportamentos preventivos aumenta a propagação da doença (Fisher, Fisher, Misovich, Kimble & Malloy, 1996; Gerrard et al., 1996). Estudos demonstram que existem diversos factores, tais como a idade, o género, o estatuto sócio-económico e a religião, que podem explicar a adopção de comportamentos sexuais de risco, sugerindo quem é mais ou menos vulnerável à infecção (Dias, Matos & Gonçalves, 2002). A idade, por exemplo, é uma dessas variáveis predictoras,

verificando-se que os adolescentes e jovens adultos têm mais comportamentos de risco do que as crianças e os adultos idosos, estando, por isso, mais expostos à infecção pelo VIH/SIDA (Catania et al., 1995; Coates, 1990; Gerrard et al., 1996). As mulheres mais velhas relatam menos comportamentos de risco face ao VIH/SIDA do que as mulheres com idade inferior a 50 anos, dado que aquelas revelam um menor número de parceiros sexuais e uma história com menor número de doenças sexualmente transmissíveis (Schable, Chu & Diaz, 1996). Refira-se que o número de parceiros sexuais, em simultâneo, diminui à medida que a idade aumenta (Dolcini, Coates, Catania, Kegeles & Hauck, 1995). Existem, também, diferenças de género quanto à adopção de comportamentos de risco. O estudo de Goldman e Harlow (1993), revelou diferenças significativas quanto ao género, tendo as mulheres um maior número de comportamentos preventivos face ao VIH e adoptando, deste modo, menos comportamentos de risco do que os homens (Baldwin & Baldwin, 1988). De referir, ainda, que os homens relatam mais relações extraconjugais e o dobro de parceiros sexuais quando comparados com as mulheres (Alvarez, 2005; Choi, Catania & Dolcini, 1994). Também o estatuto socio-económico pode ser considerado um bom preditor para comportamentos de risco face ao VIH, no sentido em que os indivíduos economicamente mais desfavorecidos apresentam um maior risco de infecção (Coates, 1990). Dados epidemiológicos dos E.U.A., recentemente publicados, indicam que a infecção está a atingir cada vez mais as camadas mais pobres da população (Karon, Fleming, Steketee & DeCock, 2001). Acrescente-se que um estudo realizado por Allain, Anokwa, Casbard, Owusu-Ofori e Dennis-Antwi (2004) indica que um nível de escolaridade elevado diminui o risco de infecção pelo VIH/SIDA. Considerando a religião, a investigação sugere que quanto maiores os níveis de religiosidade, menores os riscos de infecção pelo VIH e de envolvimento em relações extraconjugais (Allain, Anokwa, Casbard, Owusu-Ofori & Dennis-Antwi, 2004; Galvan, Collins, Kanouse, Pantoja & Golinelli, 2007; Trinitapoli & Regnerus, 2006). Murray, Ciarrocchi e Murray-Swank (2007) demonstraram que sujeitos que frequentam mais a igreja têm menos parceiros sexuais, no entanto, verificaram uma relação negativa entre espiritualidade e permissividade e comportamentos de risco. No estudo de Baldwin e Baldwin (1988) verificou-se que a religião não influenciava a prática de comportamentos sexuais de risco.

O aumento de novos casos de adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA foi acompanhado pela introdução no mercado de medicação para a disfunção eréctil. Cooperman e colaboradores (2007) identificaram, num estudo com uma amostra de 624 sujeitos com

idades compreendidas entre os 49 e os 80 anos, três factores associados aos comportamentos sexuais de risco nesta faixa etária: não estar infectado pelo VIH/SIDA, ter relações sexuais semanalmente ou com mais frequência e tomar Sildenafil. Contudo, ressalve-se que o uso desta medicação por si só não é responsável pelo aumento do número de casos de VIH/SIDA em adultos idosos, contudo veio permitir que idosos pouco informados que incorrem em comportamentos sexuais de risco voltassem a ser sexualmente activos.

O não uso do preservativo constitui em si um comportamento sexual de risco, sendo outra das causas apontadas por diversos autores para o aumento da infecção pelo VIH em adultos idosos, pois para estes o preservativo é visto como uma medida contraceptiva (Godkin & Stoff, 2008). Os adultos idosos não sentem necessidade no uso do preservativo sobretudo se a sua parceira já está na menopausa, e mesmo a mulher não insiste com o seu parceiro para o uso do preservativo, dado que já não pode engravidar (Chaves, 1993; Chiao, Ries & Sande, 1999). A título de exemplo, o estudo de Lindau, Leitsch, Lundberg e Jerome (2006) veio corroborar estas afirmações, constatando que 21% das mulheres adultas idosas da sua amostra que tinham parceiro sexual fixo afirmaram não usar preservativo porque já não existia perigo de engravidar. Dado que uma parte da população adulta idosa é sexualmente inactiva, já não se preocupa com a contracepção e não se percebe como estando em risco para o VIH/SIDA, recorrem menos ao uso do preservativo do que os jovens, decrescendo o uso do preservativo à medida que se avança na idade (Abel & Werner, 2003; Bankole, Darroch & Singh, 1999; Patel, Gillespie & Foxman, 2003). O estudo de Abel e Werner (2003), no qual participaram 2275 suíços com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos, apurou que os sujeitos do grupo etário entre os 46 e os 65 anos ($n=834$), foram os que relevaram, por um lado, menor taxa de utilização do preservativo comparativamente aos grupos etários mais jovens, e, por outro, revelaram não ter usado preservativo em relações sexuais ocasionais anteriores. Um estudo realizado com mulheres infectadas pelo VIH/SIDA ($N=556$) com mais de 50 anos ($n = 59$) e com menos de 50 anos ($n=497$) verificou que as inquiridas do grupo etário mais velho tendem a usar menos o preservativo antes do diagnóstico da infecção do que as mulheres mais novas (Schable et al., 1996). No mesmo estudo apurou-se, ainda, que as mulheres do grupo com idade superior a 50 anos estão significativamente mais expostas ao VIH do que as mulheres mais jovens por terem relações sexuais com sujeitos que desconheciam estar infectados. Quando questionadas acerca da importância do preservativo na prevenção do VIH/SIDA apenas 13%, num grupo de 514 mulheres com mais de 50 anos,

lhe reconheceu importância (Henderson et al., 2004). Frisa-se, novamente, que tal como os jovens, também os adultos idosos incorrem em comportamentos sexuais de risco, daí a extrema necessidade na utilização do preservativo também nesta camada populacional (Altschuler et al., 2004). O estudo de Lindau e colaboradores (2006) evidenciou a relação entre o estado civil e o uso do preservativo, sendo que 60% da amostra de mulheres adultas idosas solteiras que eram sexualmente activas afirmaram não usar preservativo. De facto, o uso do preservativo é menor em pessoas que vivem juntas (Dubois-Arber, Jeannin, Konings & Paccaud, 1997) ou são casadas (Bankole et al., 1999; Castilla, Barrio, Fuente & Belza, 1998), sendo que é mais utilizado com parceiros sexuais ocasionais do que com os parceiros primários (Catania et al., 1995), ainda que o uso do preservativo em relações sexuais casuais seja pouco frequente (Choi et al., 1994; Dolcini et al., 1995). O seu uso está também associado a sujeitos com maior número de parceiros sexuais (Dubois-Arber et al., 1997), ainda que estudos evidenciam uma relação inversa entre o uso do preservativo e o número de parceiros sexuais (Campbell, Peplau & DeBro, 1992). Alvarez (2005) alerta para a necessidade de se pensar na problemática do uso do preservativo, em conjunto, com o recurso à prostituição. Um estudo realizado, em Portugal, por Amaro, Frazão, Pereira e Teles (2004) revelou que numa amostra de sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos, 39% dos homens já tinha recorrido à prostituição, dos quais 58.5% afirmou não ter usado preservativo. Entretanto, o estudo de Gupta e colaboradores (2008) revelou que as mulheres infectadas pelo VIH/SIDA têm mais maridos infieis do que as não infectadas. De facto, os dados apontam para um aumento da transmissão, por via heterossexual, em sujeitos casados, sendo que a maioria das mulheres foi infectada pelo seu parceiro (Giacomozzi, 2004). O estudo de Choi e colaboradores (1994) constata que as relações extraconjugais são mais frequentes em homens, sujeitos com baixos níveis de escolaridade e que não frequentam a igreja.

Maes e Louis (2003) vão de encontro aos resultados existentes, constatando na sua amostra de adultos idosos baixas taxas de utilização do preservativo. Chaves (1993) afirma que apenas um sexto dos sujeitos desta faixa etária, que incorre em comportamentos sexuais de risco, utiliza a devida protecção. Um estudo realizado em Portugal acerca dos comportamentos sexuais e a infecção do VIH/SIDA, com uma amostra de 3643 sujeitos com idades compreendidas entre os 16 e os 65 anos, revelou dados preocupantes quanto ao uso do preservativo: 25 % dos portugueses afirmam nunca ter usado preservativo, sendo que no

grupo dos não utilizadores, encontram-se os mais velhos, os menos escolarizados e os solteiros sem relacionamento. Estudos evidenciam que sujeitos com maior grau de instrução usam mais o preservativo do que pessoas com um nível de instrução mais baixo (Bankole, 1999; Castilla et al., 1998; Catania et al., 1991; Catania et al., 1993; Dubois-Arber et al., 1997). Também a religião se revelou um bom preditor do uso do preservativo, tal como demonstra o estudo de Lefkowitz, Gillen, Shearer e Boone (2004) em que os sujeitos religiosos revelaram usar e comprar menos preservativos e ser mais “descrentes” quanto à sua eficácia relativamente à prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis, quando comparados com sujeitos não religiosos. Já no estudo de Manji, Peña e Dubrow (2007), a religião não se revelou um entrave ao uso do preservativo.

A investigação acerca da sexualidade dos sujeitos infectados pelo VIH/SIDA é ainda escassa. Contudo, de acordo com a revisão de literatura feita por Grilo (1998), sabe-se que após o diagnóstico da infecção, o seropositivo tem tendência para modificar a sua percepção da sexualidade. Após conhecimento do diagnóstico ocorre, muitas vezes, uma adaptação negativa face à sexualidade, podendo ocorrer uma fraca expressão sexual, uma perda de libido e disfunção sexual, o que poderá ou não implicar a abstinência sexual (Grilo, 2001; McClelland et al., 2006). Schable e colaboradores (1996) constataram que após diagnóstico da infecção as mulheres mais velhas (idade igual ou superior a 50 anos) tendem a ser menos activas sexualmente do que as mulheres mais novas (idade inferior a 50 anos). Verifica-se, também, um decréscimo dos comportamentos sexuais de risco (McClelland et al., 2006), designadamente no uso do preservativo (Skronnal, Eskild & Thorvaldsen, 2000) e na redução do número de parceiros sexuais (McClelland et al., 2006). Isto sucede, em parte, pela culpabilização que emerge da sexualidade que o sujeito praticava e do facto dessa sexualidade ter provocado uma doença sem cura. .

Têm-se verificado que as atitudes constituem importantes preditores para a adopção de uma série de comportamentos, extensíveis à utilização do preservativo (Alvarez, 2005). De facto, comportamentos e atitudes estão estreitamente ligados, uma vez que a atitude predispõe o indivíduo a assumir determinados comportamentos e estes podem ser reveladores de atitudes (Lima, 2002). A atitude pode ser definida como uma predisposição para pensar, sentir e agir de determinada maneira face a um objecto ou acontecimento, podendo ser considerada como uma fonte de motivação que conduz o comportamento do sujeito (Ajzen & Fishbein, 1977; Reimão, 1998). Engloba as componentes afectiva, cognitiva e

comportamental e pode ser definida como uma organização duradoura de crenças e cognições em geral (predisposições comportamentais adquiridas), dotada de uma carga afectiva pró ou contra um dado objecto social definido (Bizer, 2004; Neto, 1998).

Neste contexto torna-se pertinente pensar as atitudes face à sexualidade em conjunto com os comportamentos sexuais de risco (vd. Anexo para um desenvolvimento do tema). Deste modo, a literatura tem demonstrado que sujeitos que incorrem em comportamentos sexuais de risco, têm atitudes permissivas face à sexualidade (Bell, O'Neal, Feng & Schoenrock, 1999). Na verdade, ter uma atitude permissiva face à sexualidade, implica aceitar temáticas como o sexo ocasional, sem compromisso, diversidade de parceiros (Hendrick, Hendrick, Slapion-Foote & Foote, 1985), e se aceitarmos a premissa de que as atitudes influenciam os comportamentos, estamos a dizer que atitudes positivas face às temáticas acima descritas podem estar estreitamente relacionadas com a adopção de certos comportamentos de risco. No referente à idade, por exemplo, a literatura tem demonstrado que os adultos idosos são menos permissivos quando comparados com os jovens (Le Gall, Mullet & Shafighi, 2002). Quanto ao género vários estudos apontam no sentido dos homens serem mais permissivos do que as mulheres (Alferes, 1994; Eisenman & Dantzker, 2006; Hendrick et al., 1985; Hendrick, Hendrick e Reich, 2006; Le Gall et al., 2002; Oliver & Hyde, 1993). No que concerne ao estatuto socio-económico, Samuels (1997) constatou que este era um bom preditor de atitudes, no sentido em que pessoas de estatuto sócio-económico elevado têm atitudes mais liberais e menos conservadoras face à sexualidade. E por último, no respeitante à religião, o estudo de Beckwith e Morr (2005) verificou que quanto maior o nível de religiosidade, menos permissivos os sujeitos se revelam, isto é, pessoas mais religiosas tendem a ter atitudes mais conservadoras face à sexualidade.

O grau de conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA é outra das causas apontadas para o aumento dos novos casos de VIH/SIDA em sujeitos com idades mais avançadas. De facto, a falta de informação parece ter contribuído para o alastramento da infecção à faixa etária mais velha da população, uma vez que na ausência desta, dificilmente os sujeitos formam atitudes e comportamentos congruentes com estilos de vida saudáveis. No entanto, a investigação divide-se quanto à possibilidade do grau de conhecimento acerca da infecção pelo VIH/SIDA ser um bom preditor da adopção de comportamentos de risco. Dum lado, a investigação que sugere o grau de conhecimento da infecção como um forte preditor para a ocorrência de comportamentos sexuais de risco (Coates, 1990; Fisher & Fisher, 1992), do

outro a investigação que aponta para o baixo poder explicativo do grau de conhecimento para a adopção de comportamentos de risco (Roscoe & Kruger, 1990; Wulfert & Wan, 1993). O estudo de Knipper e colaboradores (2007), aponta para uma correlação positiva entre o uso do preservativo e um elevado grau de conhecimento acerca do infecção pelo VIH/SIDA. No entanto, investigação contrária aponta no sentido de nem sempre um grau de conhecimento elevado face à infecção, se traduz num aumento de comportamentos de protecção, designadamente o uso do preservativo (Baldwin & Baldwin, 1988; Roscoe & Kruger, 1990). Este baixo poder explicativo do grau de conhecimento da infecção parece poder ser explicado pela “ilusão de invulnerabilidade única”, isto é, pela caracterização da infecção pelo VIH/SIDA como um problema exterior ao grupo (Costa & Lima, 1998), e pela baixa percepção de vulnerabilidade à infecção (Malloy, Fisher, Albright, Misovich & Fisher, 1997; Wulfert & Wan, 1993).

Os adultos idosos registam um grau de conhecimento inferior ao dos jovens no que respeita à doença, às suas manifestações e vias de transmissão, adoptando, por isso, mais comportamentos de risco (Abel & Werner, 2003; Henderson et al., 2004; Zablotsky & Kennedy, 2003). Estudos comprovam a falta de conhecimento acerca da infecção pelo VIH/SIDA revelado pelos mais velhos (Maes & Louis, 2003). O estudo de Im-Em, VanLandingham, Knodel e Saengtienchai (2002) registou diferenças significativas quanto ao conhecimento acerca do VIH/SIDA, mais especificamente quanto aos riscos, relativamente ao género e à idade, verificando-se que os adultos idosos sabem menos que as adultas idosas e que os mais idosos sabem menos do que os adultos idosos. Também Santos-Ortiz, Mattei, Correa-Nivar e Pintado-Díaz (2004), foram de encontro a estes resultados, constatando que o conhecimento acerca da infecção diminui à medida que a idade aumenta e que as mulheres têm um conhecimento superior ao dos homens. Num outro estudo, com uma amostra de 166 indivíduos com mais de 50 anos, verificou-se que o nível de escolaridade estava relacionado com o grau de conhecimento da infecção (Maes & Louis, 2003).

Como refere Anderson (in Speer et al., 1999), os adultos idosos parecem não prestar atenção às campanhas publicitárias de prevenção existentes sobre o VIH/SIDA, a mensagem não lhes chega pois não lhes é dirigida (Anderson, 1998; Chaves, 1993; Eldred & West, 2005; Klein et al., 2001; Levy, Ory & Crystal, 2003; Mota, 2007). As campanhas, vulgarmente, dirigem-se aos principais grupos de risco, como sejam jovens, toxicodependentes, homossexuais, reclusos, e, quando, dirigidas especificamente a mulheres, incluem apenas as

grávidas (Linsk, 2000; Mota, 2007). A maioria das campanhas alerta os jovens para o risco e, de facto, não existem campanhas específicas para os adultos idosos, pelo menos em Portugal, o que deveria tornar-se uma prioridade. Por um lado, um estudo realizado com um grupo de sujeitos com idade superior a 50 anos, nova-iorquinos, revelou que estes não perceberam mensagens de prevenção relativas ao VIH/SIDA (Klein et al., 2001), e, por outro, os sujeitos que constituíram a amostra de um estudo realizado por Gott (2001), também com idades superiores a 50 anos, afirmaram que não recebiam informação suficiente acerca das doenças sexualmente transmissíveis e em particular do VIH/SIDA, sendo que cerca de 25% dos inquiridos se mostraram interessados em receber mais informação acerca destas questões.

Modelo Estrutural Preditor de Comportamentos Sexuais de Riscos em Adultos Idosos

Na revisão de literatura apresentada procurou-se sintetizar e sistematizar informação proveniente de investigação teórica e empírica relativa ao VIH/SIDA em adultos idosos. O aumento da esperança média de vida, associado à melhoria da qualidade de vida, a evolução da investigação nas descobertas acerca da sexualidade activa até anos tardios do desenvolvimento, a resistência ao uso do preservativo e o fraco conhecimento nos mais velhos sobre o risco do VIH/SIDA, levam a que os adultos idosos se tornem mais vulneráveis a esta infecção. Os adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA começam a dar algumas preocupações à sociedade actual, pelo crescente número de casos que começam a surgir. Por este facto, urge o estudo e uma reflexão mais cuidada sobre esta problemática, sabendo-se que a investigação acerca da infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos é, ainda, escassa (Chiao et al., 1999; Levy-Dweck, 2005; Linsk, 2000; Zelenetz & Epstein, 1998).

Na sequência das leituras efectuadas, elaborou-se um Modelo Multivariado Preditor de Comportamentos Sexuais de Riscos (MMPCSR) (Figura 1).

<Figura 1>

Procurou perceber-se se o facto de se estar ou não infectado pelo VIH/SIDA influencia as variáveis Grau de Conhecimento face à infecção, Permissividade e Comportamentos Sexuais de Risco. A literatura mostra-nos que os sujeitos que já estão infectados pelo

VIH/SIDA têm menos comportamentos de risco após diagnóstico da infecção (McClelland et al., 2006). Espera-se que os sujeitos infectados pelo VIH/SIDA (grupo clínico) revelem um Grau de Conhecimento superior aos dos não infectados (grupo comunitário), sejam menos permissivos e adotem menos comportamentos sexuais de risco. Contemplou-se, também, a relação entre as variáveis Grau de Conhecimento e Permissividade, com o intuito de perceber se o grau de conhecimento que os sujeitos da amostra têm face à infecção pelo VIH/SIDA influencia a permissividade. Por último, procurou averiguar-se se existia relação entre a Permissividade e os Comportamentos Sexuais de Risco, esperando-se que quanto mais permissivo um sujeito se revele, mais comportamentos sexuais de risco adopte.

Esperando-se que os adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA da amostra do presente estudo detenham um grau de conhecimento face à infecção superior, se revelem menos permissivos e incorram em menos comportamentos sexuais de risco do que os sujeitos da mesma faixa etária não infectados, a pertinência deste trabalho vem, então, no sentido de que caso se verifiquem tais resultados se possa sugerir que os sujeitos infectados possam contribuir para a sensibilização e formação dos seus pares não infectados acerca da infecção pelo VIH/SIDA, das suas manifestações e modos de transmissão.

De referir, ainda, que para testar o modelo conceptual foram necessários dois estudos. Um primeiro em que se procurou validar a Escala de Atitudes Sexuais (Alferes, 1994) e um segundo estudo em que se procedeu ao teste do MMPCSR. Note-se que se optou apenas pela dimensão Permissividade da EAS no teste do MMPCSR em adultos idosos pois, de acordo com a literatura, apenas foi encontrada relação entre esta dimensão atitudinal e os Comportamentos Sexuais de Risco (Bell et al., 1999).

Método

Participantes. A amostra da presente investigação foi seleccionada por um processo de amostragem intencional, por conveniência, sendo constituída por 200 sujeitos voluntários, residentes em “áreas predominantemente urbanas” (distrito de Lisboa e Setúbal), utilizando a terminologia do INE (s.d.), de ambos os géneros e não institucionalizados. No que concerne à distribuição dos participantes em função da idade, verifica-se que 28% tinham idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos, 42.5% tinham idades compreendidas entre os 65 e os

74 anos, e 29% tinham idades superiores a 75 anos, o que se traduz numa média de idades para os dois grupos de 70 anos (leque etário: 65-103 anos). Esta amostra é, maioritariamente, composta por sujeitos do sexo masculino (59%), com baixa escolaridade ($M=3.5$ anos de escolaridade), casados (48.5%) e católicos não praticantes (62%).

A sub-amostra do grupo clínico (infectados pelo VIH/SIDA) é constituída por 100 sujeitos com idades compreendidas entre os 55 e os 82 anos, sendo que 53% tem entre 55 e 64 anos, 41% entre 65 e 74 anos e 6% 75 anos ou mais ($M=65$ anos). É composta na sua maioria por sujeitos sexo masculino (59%) e com baixa escolaridade ($M=3.5$ anos de escolaridade). Quanto ao estado civil, a amostra é constituída por 15% de solteiros, 41% de viúvos e divorciados e 44% de casados ou a viver em união de facto. No respeitante à religião, existem 11% de ateus ou agnósticos, 50% de católicos não praticantes e 39% de católicos praticantes. Salienta-se, ainda, que alguns dos sujeitos estavam medicados para a depressão (29%). Quanto aos modos de transmissão da infecção, verificou-se que para a amostra em estudo, 97% tinha sido por via heterossexual. A idade de infecção dos sujeitos foi controlada pela data de diagnóstico, ressalvando-se que poderá não corresponder exactamente com a data de infecção. Muitos dos sujeitos quando lhes é diagnosticada a infecção é quando aparecem nos hospitais já doentes, o que significa que já estarão infectados há mais tempo, pois o vírus demora alguns anos a manifestar-se. Deste modo, excluíram-se da amostra todos os sujeitos que tivessem tido o diagnóstico de infecção antes dos 55 anos de idade e que não tivessem sido infectados por via sexual.

A sub-amostra do grupo comunitário (não infectados pelo VIH/SIDA) é formada por 100 sujeitos com idades a variar entre os 60 e os 103 anos, sendo que 3% tem entre 55 e 64 anos, 44% entre 65 e 74 anos e 52% 75 anos ou mais ($M=75$ anos). Também se constata que neste subgrupo amostral a maioria são homens (59%) e têm baixa escolaridade ($M=3.5$ anos de escolaridade). No que concerne ao estado civil, não havia solteiros, 47% eram viúvos e divorciados e 53% casados ou a viver em união de facto. O grupo comunitário é, ainda, composto por 6% de ateus ou agnósticos, 74% de católicos não praticantes e 20% de católicos praticantes.

Quanto ao género os dois grupos são equivalentes (percentagem de mulheres constante), mas quanto à idade e ao estado civil (1=solteiro, 2=viúvo/divorciado e 3=casado/união de facto), o grupo clínico é significativamente mais novo ($t(198)=-10.75$; $p<.001$) e tem mais solteiros ($\chi^2_{(2, N=200)}=16.24$, $p<.001$). No que respeita à religião (1=ateus

ou agnósticos, 2=católicos não praticantes, 3=católicos praticantes), há uma diferença negligenciável entre os dois grupos, marginalmente significativa ($U=4307$; $Z=-1.98$; $p<.05$). Não se verificou qualquer diferença quanto ao número de anos de escolaridade dos sujeitos dos dois grupos ($t(189)=.21$; $p>.05$).

Instrumentos. No sentido de compreender e explorar as questões anteriormente formuladas, foram utilizados três instrumentos, partindo do pressuposto que estes são complementares e não interdependentes. Deste modo, em primeiro lugar, foi aplicado um questionário sócio-demográfico com o objectivo de controlar variáveis como a idade, o género, o estado civil, o número de anos de escolaridade e a religião, e de fazer uma primeira aproximação ao sujeito. Em seguida, aplicou-se a EAS (Alferes, 1994) e, por último, um Questionário de Comportamentos Sexuais.

Com o intuito de averiguar como os sujeitos encaravam a sexualidade foi escolhida a EAS (Alferes, 1994), de Hendrick e Hendrick (1987), que é uma *rating scale* de tipo-*likert* constituída por quatro factores distribuídos por 43 itens. A escala surgiu, inicialmente, nos E.U.A na década de 80, pelos estudos de Hendrick e colaboradores (1985), com o objectivo de encerrar a lacuna existente da falta de um instrumento capaz de medir as atitudes sexuais. Os autores aplicaram uma escala com 102 itens (redução feita após análise da redundância de alguns itens, de uma escala de 150 itens), de tipo-*likert* de 5 pontos, a estudantes universitários, em que se pretendia abranger diversas temáticas do campo das atitudes sexuais. A redução dos itens resultou numa escala composta por oito factores distribuídos por 58 itens.

Mais tarde, Hendrick e Hendrick (1987), desenvolveram a EAS com 43 itens, repartidos por quatro subescalas, directamente relacionadas com as seguintes dimensões atitudinais: Permissividade, Práticas Sexuais, Comunhão e Instrumentalidade. Os autores pretendiam criar uma escala de atitudes sexuais, numa perspectiva multidimensional que fosse capaz de abarcar a relação entre a sexualidade e o amor, tentando clarificar a existência de diferenças entre géneros ao nível das atitudes face à sexualidade (i.e., a continuação ou a queda do duplo padrão sexual). A subescala da Permissividade, composta por 21 itens, remete para os limites até onde as pessoas decidem ir sexualmente e está ligada a uma sexualidade sem compromissos emocionais, abrangendo temáticas como o sexo ocasional e a diversidade de parceiros. A subescala das Práticas Sexuais, constituída por sete itens, está ligada a temas como o planeamento familiar, a educação sexual e a sexualidade não

convencional, que passa, por exemplo, pela aceitação de comportamentos como a masturbação. A subescala da Comunhão, composta por nove itens, relaciona-se com uma sexualidade mais idealística, em que a sexualidade envolve a partilha de sentimentos. Por fim, a subescala da Instrumentalidade, constituída por seis itens, remete para uma sexualidade mais utilitarista, estando mais relacionada com o sexo genital.

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

A adaptação da EAS para a população universitária portuguesa foi feita por Alferes em 1994 com a participação de 365 estudantes universitários de Coimbra, sendo que a forma de resposta aos itens da EAS varia entre “não concordo mesmo nada” (1) e “concordo mesmo muito” (5). Trata-se, igualmente, de uma *rating scale* de tipo-*likert*. Alferes (1999) encontrou resultados semelhantes aos de Hendrick e Hendrick (1987), tendo mantido, por isso, os quatro factores da escala (Permissividade, Práticas Sexuais, Comunhão e Instrumentalidade) repartidos pelos 43 itens. Contudo, surgiram algumas diferenças nos resultados entre os dois trabalhos, nomeadamente na subescala Práticas Sexuais, em que Alferes a classifica como bipolar por se poder dividir em dois grupos heterogéneos: um que abarca os itens 22, 23, 24 e 25, relacionado com as atitudes face ao planeamento familiar e à educação sexual, e o outro que integra os itens 26, 27 e 28, e que se refere à sexualidade propriamente dita. Esta bipolaridade pode ser explicada pelo facto da subescala Práticas Sexuais ser o resultado da junção de dois factores apontados por Hendrick e colaboradores (1985): a Responsabilidade Sexual e a Convencionalidade Sexual. Deste modo, Alferes recomenda a exclusão dos itens 13, 16, 18, 21, 27 e 28 pois só assim a consistência interna da escala será de .83.

Refira-se que um outro estudo realizado com uma amostra de 960 estudantes universitários portugueses obteve resultados próximos aos do trabalho de Alferes (Antunes, 2007).

Em 2008, Margalha, Diniz e Vaz adaptaram a EAS para a população de adultos idosos portugueses com uma amostra de 301 sujeitos e surgiram algumas alterações. A prova passou a ser constituída apenas por 17 itens distribuídos por quatro factores: Sexo Ocasional, Planeamento Familiar, Comunhão e Instrumentalidade. Note-se que os factores Permissividade e Práticas Sexuais de Alferes (1994) passaram a designar-se por Sexo Ocasional e Planeamento Familiar, respectivamente, devido ao conteúdo dos itens que os constituem. Foram testados dois modelos: um tetradimensional oblíquo, em que se operacionalizaram os quatro factores mencionados para interpretar as atitudes sexuais dos adultos idosos portugueses, e um hierárquico (conceptualmente derivado), em que se agregaram os quatro factores referidos a dois factores de segunda ordem (Hedonismo e Eudaimonia). Constatou-se que o modelo oblíquo estava melhor ajustado do que o hierárquico, sendo que o primeiro se revelou estatisticamente significativo e parcimonioso.

O Questionário de Comportamentos Sexuais aplicado no âmbito da presente investigação é constituído por uma questão relativa aos comportamentos sexuais e por três questões referentes ao uso do preservativo e à transmissão da infecção pelo VIH/SIDA retiradas do questionário elaborado por Popkin (2004). Para adaptar para português as questões, procedeu-se à sua tradução, tendo por base as directrizes da *International Test Commission* (vd. Jeanrie & Bertrand, 1999; Van de Vivjer & Hambleton, 1996). Num primeiro momento solicitou-se a tradução de Inglês para Português do Questionário a duas tradutoras, depois pediu-se que estas passado um dia fizessem a retroversão, passando de Português para Inglês, com intuito de verificar se correspondia ao original. Posteriormente promoveu-se o encontro das duas tradutoras para que chegassem a uma versão consensual. Por último, aplicou-se o questionário a seis sujeitos dos dois géneros, de estatutos sócio-económicos e idades diferentes, para averiguar se existiam problemas ao nível da aplicação ou da compreensão dos itens da prova.

Com a questão referente aos comportamentos sexuais pretendia-se aferir se os sujeitos eram sexualmente activos (“Teve relações sexuais pelo menos uma vez nos últimos doze meses?”). As questões relativas ao uso do preservativo e à forma de transmissão do VIH/SIDA foram: “Usou preservativo na última vez que teve relações sexuais?”, “Para que serve o preservativo?” e “Como pode ser evitada a infecção pelo VIH/SIDA?”.

A partir destes quatro itens criaram-se duas variáveis que pretendiam medir os Comportamentos Sexuais de Risco e o Grau de Conhecimento dos participantes face à

infecção pelo VIH/SIDA. A variável Comportamentos Sexuais de Risco foi baseada na ponderação das questões 1 (“Teve relações sexuais pelo menos uma vez nos últimos doze meses?”) e 2 (“Usou preservativo na última vez em que teve relações sexuais?”), em que se atribuiu a pontuação 1 (comportamento sexual de risco nulo) aos sujeitos que responderam Não ao item 1 e Sim ao item 2, a pontuação 2 (comportamento sexual de risco reduzido) aos sujeitos que responderam afirmativamente às duas questões, a pontuação 3 (comportamento sexual de risco moderado) àqueles que responderam Não nas duas questões e a pontuação 4 (comportamento sexual de risco elevado) aos sujeitos que responderam Sim à primeira questão e Não à segunda. As questões 3 (“Para que serve o preservativo”) e 4 (“Como pode ser evitada a infecção pelo VIH/SIDA?”) serviram para aferir o Grau de Conhecimento dos sujeitos face à infecção pelo VIH/SIDA. Usámos os dois itens para obter um maior rigor e precisão quanto à variável Grau de Conhecimento. Foi atribuída uma pontuação de 1 (não tem conhecimento) quando os sujeitos respondiam correcta ou incorrectamente à questão 3 mas incorrectamente à questão 4, e de 2 (tem conhecimento) quando respondiam correctamente às duas questões. Foram estas duas variáveis (Comportamentos Sexuais de Risco e Grau de Conhecimento) que foram posteriormente analisadas no teste do MMPCSR em adultos idosos.

Procedimento. Optou-se sempre pela hetero-administração das provas devido à especificidade da população em estudo, nomeadamente o baixo nível de escolaridade (Instituto Nacional de Estatística, 2002) e problemas ao nível da saúde funcional (e.g., problemas de visão). Com este método de administração, pretendia-se, também, controlar a dificuldade de alguns sujeitos perante uma situação não familiar, como é a situação de teste, bem como possíveis dificuldades que surgissem na compreensão da instrução, dos itens e da forma de resposta. Contudo, a presença do investigador pode provocar enviesamento nas respostas, resultante do efeito de desejabilidade social (Mucchielli, 1979) e do efeito constrangedor que os itens relacionados com a temática da sexualidade podem provocar (Catania, Gibson, Chitwood & Coates, 1990; Catania, McDermott & Pollack, 1986); este é um tema que acarreta tabús pessoais e sociais. Belsky (1990) afirma que é difícil obter informação precisa e verdadeira quando se trata de questionários sobre sexualidade, pelo embaraço que a temática suscita, sobretudo quando inquirida por um estranho. Se optássemos pela hetero-administração para uns e o auto-preenchimento para outros, iríamos estar a

contaminar o método de recolha. Se escolhêssemos o auto-preenchimento como única forma de administração dos questionários, iríamos excluir participantes, designadamente os menos escolarizados. Assim sendo, o hetero-preenchimento das provas apresentou-se como a melhor solução.

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

Na sua maioria as provas foram aplicadas pela autora, no entanto, sempre que possível, na amostra clínica foram os profissionais de saúde que acompanhavam os doentes que recolheram os dados. A recolha dos dados decorreu, entre Fevereiro e Agosto, em hospitais civis (Serviços de Infecçologia) e instituições, no caso do grupo clínico, e em centros de dia, no caso do grupo comunitário. A exclusão de sujeitos para participar no estudo foi feita com base na informação recolhida junto dos profissionais que os acompanhavam.

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

Numa primeira fase os dados foram inseridos e tratados no *SPSS 15.0 for Windows*, que serviu para efectuar a análise estatística dos dados. Os itens negativamente formulados foram, previamente, recodificados.

Num primeiro estudo, testou-se a estrutura factorial da EAS, procedendo-se à depuração da mesma para a amostra do presente estudo. Os dados foram tratados no *PRELIS2* (Jöreskog & Sörbom, 1993a), onde se calculou a matriz de covariância assintótica das correlações policóricas dos dados obtidos, que foi lida e trabalhada no *LISREL8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993b), através do método de estimação por máxima verosimilhança (*ML*) com recurso ao robusto *Satorra-Bentler Scaled Chi-square* ($S-B\chi^2$: Satorra & Bentler, 1994).

Testou-se a identidade dos modelos considerando-se a significância da estatística $S-B\chi^2$, que foi analisada considerando a divisão do seu valor pelos graus de liberdade (*chi-*

quadrado relativo), por forma a torná-la menos dependente da dimensão amostral, e os índices de adequabilidade de ajustamento: *CFI* (*comparative fit index*), *RMSEA* (*root mean square error of approximation*) *ECVI* (*expected cross-validation index*) e *SRMR* (*standardized root mean square residual*) (vd. Diniz & Almeida, 1997). Autores como Beauducel e Wittmann (2005) e Bentler (2007) recomendam a utilização conjunta do χ^2 , *CFI*, *RMSEA* e *SRMR*. Acresce na presente investigação o valor do *ECVI* (Browne & Cudeck, 1993) que, de acordo com a terminologia de Forster (2002), refere-se à “precisão preditiva extapolativa”, enquanto que os índices atrás mencionados referem-se à “precisão preditiva interpolativa”.

Para o modelo ser considerado como tendo um bom ajustamento, adoptaram-se os seguintes parâmetros: o *ratio* $S-B\chi^2/gl$ deve ser inferior a 3.00 (Kline, 1998), porém, para outros, estatisticamente mais conservativos, esse valor deve ser menor que 2.00 (e.g., Ullman, 2000); o *SRMR* deve ter um valor próximo ou inferior a .08 (Hu & Bentler, 1999); o *CFI* deve ser igual ou superior a .95 (Hu & Bentler, 1999), ainda que, convencionalmente, a partir de .90 o modelo seja aceitável; o *RMSEA* deve ser igual ou inferior a .06 (Hu & Bentler, 1999), apesar de valores iguais ou inferiores a .08 indicarem um ajustamento aceitável (Browne & Cudeck, 1993); por forma a poder afinar este diagnóstico, o *LISREL8-SIMPLIS* fornece, ainda, o resultado obtido para o intervalo de confiança (IC) de 90% em torno do valor do *RMSEA* e o resultado obtido para o teste da hipótese desse valor ter uma probabilidade associada menor do que .05, a qual deve ser maior do que .50 para indicar um bom ajustamento (Jöreskog & Sörbom, in Byrne, 1998); para obter um ajustamento parcimonioso o valor de *ECVI* do modelo em apreciação deve ser inferior ao valor de *ECVI* do modelo saturado (*ECVI Msat*), no entanto, se o valor do limite superior do IC de 90% for superior ao *ECVI* do modelo saturado e se o limite inferior desse IC lhe for inferior, isso aponta para uma razoável aproximação do modelo numa outra amostra com a mesma dimensão; se o limite superior do IC de 90% for inferior ao *ECVI* do modelo saturado, então há uma boa aproximação nessa amostra.

Com base nos critérios referidos e, ainda, na análise da matriz de resíduos estandardizados e dos índices de modificação fornecidos pelo *LISREL8*, foram feitas reespecificações no modelo. Procedeu-se desta forma, sabendo que o método de “geração de modelos” (Jöreskog & Sörbom, 1993b) adoptado, pode acarretar enviesamento confirmatório, dado que permite a modificação empiricamente derivada (*data-driven*) do modelo inicial. Isto gera a possibilidade do modelo ser melhorado com base no acaso (MacCallum, Rosnowski &

Necowitz, 1992). Procurou-se que todas as modificações fossem substantivamente justificadas.

Quando havia itens com covariâncias de erro com vários dos seus pares, isso significava que havia problemas de ajustamento local derivado ao item, com prejuízo do ajustamento global, pelo que o item foi excluído. Foram também excluídos os itens que apresentavam cargas factoriais inferiores a .45. Neste contexto, foram seguidos, ainda, os critérios de Fornell e Larcker (1981) que recomendam a análise da validade convergente¹ (variância média extraída dos itens pelo factor) admitindo valores superiores a .50, e da consistência interna². Como parâmetros para avaliar a consistência interna seguiu-se os valores propostos por Nunnally e Bernstein (1994) de .80 para a investigação básica (diferenças entre grupos) e de .90 para a investigação aplicada (diagnóstico individual). Note-se que segundo estes autores, um valor de .70 é aceitável para fases iniciais de construção de instrumentos.

Com o *PRELIS2* recorreu-se, ainda, à técnica de *bootstrap* (considerando-se 100 amostras de 75% das observações) para criar as matrizes (Jöreskog & Sörbom, 1993b; Schumacker & Lomax, 1996). Esta técnica cria uma matriz que é a média de todas as estimativas (neste caso, correlações policóricas) obtidas pelas n amostras *bootstrap* e uma matriz empírica de covariância (neste caso, assintótica) das n estimativas *bootstrap*. Esta técnica é, geralmente, uma melhor estimativa do que a matriz estimada a partir dos dados originais (Jöreskog & Sörbom, 1993b). Neste contexto, importa referir que para o cálculo das matrizes de covariância assintótica, sabe-se que estas exigem amostras de grande dimensão (Moustaki, Jöreskog & Mavridis, 2004), e que para estimar a matriz de correlações policóricas dos itens, é conveniente que a dimensão da amostra tenha um mínimo absoluto necessário para estimar essa matriz³, o que não se verificou na amostra do presente estudo. Assim, para amostras de reduzida dimensão, como é o caso deste estudo, aumenta a probabilidade de existir maior erro de estimação na matriz *bootstrap* do que na matriz original. Deste modo, o modelo foi testado com e sem *bootstrap* e optou-se pelos resultados obtidos com a nossa amostra, visto que a solução com *bootstrap*, como era expectável, não se

¹ Calculada através da fórmula $[\text{SUM}(cfe_i^2)]/[\text{SUM}(cfe_i^2) + \text{SUM}(e_i)]$, onde cfe_i = carga factorial estandardizada dos itens e e_i = variância do erro dos itens.

² Calculada através da fórmula $[(\text{SUM}(cfe_i))^2]/[(\text{SUM}(cfe_i))^2 + \text{SUM}(e_i)]$.

³ Este mínimo foi calculado pela fórmula $k(k-1)/2$, em que K = número de variáveis (Jöreskog & Sörbom, 1993a).

revelou admissível (o índice de ajustamento *RMSEA* indicava a existência de um ajustamento perfeito e, isso, não é verosímil).

Para testar o MMPCSR em adultos idosos utilizaram-se os mesmos procedimentos de estimação das matrizes e os mesmos índices de ajustamento que foram utilizados para o teste da estrutura factorial da EAS. O teste do modelo foi feito numa lógica “estritamente confirmatória” (Jöreskog & Sörbom, 1993b). Não se recorreu à técnica de *bootstrap* dado o reduzido número de variáveis em jogo (quatro) face à dimensão da amostra ($N=200$).

Para a operacionalização das variáveis do MMPCSR em adultos idosos optou-se: para a variável Grupo pelas notações 1 para o grupo clínico (infectados pelo VIH/SIDA) e 2 para o grupo comunitário (não infectados pelo VIH/SIDA); para a variável Comportamento Sexual de Risco (Comprisc) pelas notações 1 para comportamento sexual de risco nulo, 2 para comportamento sexual de risco reduzido, 3 para comportamento sexual de risco moderado e 4 para comportamento sexual de risco elevado; para a variável Grau de Conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA (Gr_conh) pelas notações 1 para a inexistência de conhecimento e 2 para a existência de conhecimento. A variável Permissividade foi operacionalizada pela respectiva nota factorial obtida através do *LISREL8* (Jöreskog, Sörbom, Du Toit & Du Toit, 2001).

Resultados

Estudo 1: Teste da Estrutura Factorial da Versão Portuguesa da Escala de Atitudes Sexuais

Para testar a estrutura factorial da EAS, procedeu-se, em primeiro lugar à análise distribucional dos itens da escala para perceber se estes estavam a funcionar como variáveis ou como constantes e verificou-se que não existiam desvios, com excepção do item 30 da EAS que apresentou um desvio extremo (assimetria = 3.43; curtose = 13.80). Todos os itens tiveram a assimetria a variar entre (-1.82) e (1.43) e a curtose a variar entre (-1.56) e (3.91), à excepção dos itens 15, 19 e 41 que apresentaram valores na assimetria entre (-2.18) e (-1.74) e na curtose entre (5.67) e (7.46). Saliente-se que apenas foram identificados os itens que apresentavam desvios, não se excluindo nenhum nesta primeira fase. Fez-se, em seguida, a depuração dos itens para cada subescala da EAS, como pode verificar-se na Tabela 1.

<Tabela 1>

Analisando a Tabela 1, constata-se que só após a depuração de cada uma das subescalas se obtiveram bons ajustamentos dos modelos: a subescala da Comunhão ficou com seis itens, a da Permissividade com 12, a das Práticas Sexuais com quatro e a da Instrumentalidade também com quatro. Contudo, testou-se o primeiro modelo para a estrutura factorial da escala (M1), como pode verificar-se na Tabela 2, com os 26 itens distribuídos por quatro factores correlacionados, e a solução não se mostrou ajustada ($CFI < .90$; $SRMR > .08$).

<Tabela 2>

Continuou-se o processo de depuração, pela análise das cargas factoriais dos itens ($< .45$) e dos índices de modificação, e chegou-se a outro modelo com 21 itens repartidos pelos mesmos quatro factores (M2), mas que revelou, ainda, problemas de ajustamento. Testou-se a escala apenas com três factores (Comunhão, Permissividade e Práticas Sexuais) e 18 itens (M3), excluindo o factor Instrumentalidade por problemas ao nível da validade convergente (.26) e consistência interna (.50), mas ainda assim a solução não se revelou aceitável. Mantendo os mesmos três factores eliminaram-se mais dois itens por terem cargas factoriais baixas ($< .45$) (M4), mas ainda que se tenha chegado a uma solução próxima do aceitável, esta revelou problemas de ajustamento ($CFI < .90$). Por último, a falta de consistência interna (.72) e a não correlação com as outras dimensões da escala, fez com que caísse mais um factor, as Práticas Sexuais, pelo que a solução factorial da EAS só se mostrou ajustada com dois factores (Comunhão e Permissividade) distribuídos por 13 itens (M5). O M5 revelou que a solução encontrada estava bem ajustada ($S-B\chi^2/df < 3$; $CFI > .90$), com uma aceitável precisão preditiva interpolativa ($SRMR$ próximo de .08; $RMSEA < .06$; limite superior do IC de 90% do $RMSEA < .08$), e uma boa precisão extrapolativa (limite superior do IC de 90% do $ECVI < ECVI Msat$).

Da Análise Factorial Confirmatória (AFC) da escala, foram, então, excluídos 30 itens, devido a problemas de ajustamento local que influenciam o ajustamento global do modelo que define a estrutura factorial da escala. A EAS para a amostra em estudo ficou apenas com 13 itens, dos quais cinco pertencem ao factor Comunhão (itens 15, 19, 21, 29 e 41) e oito ao

factor Permissividade (itens 2, 4, 6, 10, 12, 14, 20 e 26). A correlação entre os factores foi de .51.

<Figura 2>

Pode, ainda verificar-se, na Figura 2, que todos os itens apresentavam uma carga factorial superior a .45. O item 26 ($R^2=.54$) foi o que melhor caracterizou o factor Permissividade (“As aventuras extraconjugais são aceitáveis, desde que o nosso parceiro não saiba nada delas”), e o item 10 ($R^2=.31$) o que pior o caracterizou (“É correcto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro”). Para o factor Comunhão, o item 29 ($R^2=.67$) foi o que o melhor representou (“O sexo é, geralmente, uma experiência intensa e absorvente”) e os itens 15 e 19 ($R^2=.24$) os que pior o representaram (“Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interacção humana”; “Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois ‘seres’”).

Por fim, analisou-se a precisão (consistência interna) e validade convergente dos factores da EAS. O factor Permissividade revelou uma boa precisão (.86), porém a quantidade média de variância dos itens extraída pelo factor não se revelou aceitável (.43). Já o factor Comunhão apresentou um valor aceitável para a consistência interna (.77) e baixo para a validade convergente (.42).

Discussão

O teste da estrutura factorial da EAS na nossa amostra conduziu a um modelo bidimensional oblíquo (Permissividade e Comunhão) com 13 itens. Este modelo é diferente dos anteriormente propostos para a escala (Alferes, 1994; Hendrick & Hendrick, 1987; Hendrick e colaboradores, 1985; Hendrick e colaboradores, 2006; Margalha et al., 2008), mas plausível para a população com características idênticas à da amostra testada, a qual é diferente de todas as outras.

Partindo da análise do conteúdo semântico-lexical dos itens que integram este modelo, verifica-se que os itens do factor Permissividade estão todos relacionados com a sexualidade

ocasional, ou seja, o sexo sem compromissos emocionais, à excepção do item 4 que remete para a diversidade de parceiros. Refira-se que no estudo de Margalha e colaboradores (2008) o factor Permissividade passou a designar-se por Sexo Ocasional, de acordo com o conteúdo dos itens que o compõem. Já os itens do factor Comunhão remetem para uma sexualidade que comporta algum idealismo e a partilha de sentimentos.

Os itens excluídos no factor Permissividade estavam mais relacionados com a diversidade de parceiros (designação que remete para a existência de vários parceiros em simultâneo e não para a quantidade de parceiros ao longo da vida), o que poderá ser explicado pela faixa etária a que a amostra pertence, visto que tal como refere a literatura os sujeitos mais jovens têm mais parceiros sexuais em simultâneo do que os mais velhos (Dolcini et al., 1995). Isto poderá estar, também, relacionado com o facto da actividade sexual diminuir à medida que se envelhece (Bee, 1997; Bergström-Walen & Nietsen, 1990; Howard, O'Neill & Travers, 2006; Knodel & Chayovan, 2001; Levine, 1998; Lindau et al., 2007; Patel et al., 2003; Pedersen, 1998), e com a religião, pois de acordo com a literatura, os indivíduos mais religiosos têm menos parceiros sexuais (Murray et al., 2007) e os adultos idosos portugueses tiveram uma educação fortemente influenciada pela religião (Nodin, Moreira e Ourô, 2001). Do factor Comunhão foram excluídos quatro itens que remetiam para a mesma temática idealística da sexualidade, mas que estavam relacionados na sua maioria com a importância do conhecimento do parceiro.

O factor Instrumentalidade, que remete para a noção de prazer virado para o próprio, para uma sexualidade mais utilitarista, foi excluído da escala, o que não se verificou no estudo de Margalha e colaboradores (2008) também realizado com uma amostra de adultos idosos portugueses. Esta singularidade talvez se tenha devido à especificidade da presente amostra (infectados pelo VIH/SIDA).

O factor Práticas Sexuais foi igualmente excluído da escala, o que se poderá dever às temáticas relacionadas com este factor, como sejam a sexualidade não convencional (que inclui temas como a masturbação e o uso de instrumentos e objectos sexuais) e o planeamento familiar e a educação sexual. A exclusão deste factor pode, então, dever-se por um lado, no que concerne à temática da sexualidade não convencional, à hetero-administração da prova (efeito de desejabilidade social), e, por outro, no respeitante à temática do planeamento familiar, à idade dos participantes em estudo que já não se preocupam com estas questões. De

salientar, que Hendrick e colaboradores (2006) ao reduzirem a escala para 20 itens, também não contemplaram o factor Práticas Sexuais.

O factor Permissividade foi o que revelou a melhor precisão dentre os factores da escala, tal como se verificou nos estudos de Hendrick e colaboradores (1985), Hendrick e Hendrick (1987), Alferes (1994) e Hendrick e colaboradores (2006). O estudo de Hendrick e Hendrick (1987), sugere que a subescala da Permissividade pode ser usada como escala independente das outras subescalas. No que concerne à validade convergente, o factor que melhores resultados apresentou foi também o da Permissividade.

A redução da EAS de 43 para 13 itens pode revelar-se de suma importância para futuras aplicações com este tipo de população, dado que a torna de mais fácil e rápida administração. Na verdade, ao aplicar as provas, notei em muitos dos participantes um certo cansaço pela longa dimensão da EAS, bem como a pouca adequabilidade de alguns itens à faixa etária da amostra em estudo. Ainda, assim, o cansaço pode ter ficado a dever-se, também, à impossibilidade de recolha das provas para todos os sujeitos nas melhores horas do dia que proporcionam uma melhor activação cognitiva (Li et al., 1998). Não esquecer, também, a discrepância de idades entre a administradora das provas e os participantes, o que pode ter enviesado alguns resultados. Saliente-se, ainda, a importância da validação de provas específicas para adultos idosos, em particular infectados pelo VIH/SIDA, em crescimento em Portugal (INE, 2008; Dias et al., 2005).

Estudo 2: Teste do Modelo Multivariado Preditor de Comportamentos Sexuais de Riscos em Adultos Idosos Portugueses

O teste de identidade do MMPCSR em adultos idosos, tal como demonstra a Figura 3, revelou que a solução encontrada estava bem ajustada ($S-B\chi^2/df < 3$; $CFI=1.00$). Esta solução apresentou uma boa precisão interpolativa ($SRMR < .08$; $RMSEA < .06$; limite superior do IC de 90% do $RMSEA < .08$) e uma razoável precisão preditiva extrapolativa (limite superior do IC de 90% do $ECVI > ECVI Msat$ e limite inferior do IC de 90% do $ECVI < ECVI Msat$).

<Figura 3>

Quanto aos efeitos directos, a variável Grupo revelou-se um bom preditor do Grau de Conhecimento [$\beta=-.69$; $t(199)=-8.03$; $p<.001$], verificando-se que o grupo comunitário revela um menor Grau de Conhecimento face à infecção do que o grupo clínico. A variável Grupo revelou-se um bom preditor da Permissividade [$\beta=-.31$; $t(199)=-2.41$; $p<.05$], apurando-se que o grupo comunitário se revelou menos permissivo quando comparado com o grupo clínico. A variável Grupo também foi um bom preditor dos Comportamentos Sexuais de Risco [$\beta=.60$; $t(199)=7.18$; $p<.001$], constatando-se que o grupo comunitário tem mais Comportamentos Sexuais de Risco do que o grupo clínico. Verificou-se a relação entre a variável Grau de Conhecimento e a Permissividade [$\beta=-.42$; $t(199)=-3.11$; $p<.01$], sendo que quanto menor é o conhecimento dos sujeitos face à infecção pelo VIH/SIDA, mais permissivos estes se revelam. E, ainda, a relação entre as variáveis Permissividade e Comportamentos Sexuais de Risco [$\beta=.28$; $t(199)=4.29$; $p<.001$], constatando-se que quanto mais permissivos os sujeitos se revelam, mais comportamentos sexuais de risco adoptam.

Quanto aos efeitos indirectos, o efeito da variável Grupo sobre a Permissividade, mediado pelo Grau de Conhecimento, verificou-se que a relação é estatisticamente significativa [$\beta=.29$; $t(199)=2.50$; $p<.05$], pelo que o grupo comunitário se revelou mais permissivo do que o grupo clínico. Quanto ao efeito da variável Grau de Conhecimento sobre a variável Comportamentos Sexuais de Risco, mediado pela Permissividade, observou-se uma relação estatisticamente significativa [$\beta=-.12$; $t(199)=-2.29$; $p<.05$], sendo que quanto menor o grau de conhecimento dos sujeitos, mais comportamentos sexuais de risco estes adoptam. Relativamente ao efeito indirecto da variável Grupo sobre a variável Comportamentos Sexuais de Risco, mediado pelas variáveis Permissividade e Grau de Conhecimento, não se verificou relação [$\beta=-.01$; $t(199)=-.39$; $p>.05$].

Quanto aos efeitos totais, verificou-se que não existia relação entre as variáveis Grupo e Permissividade [$\beta=-.02$; $t(199)=-.40$; $p>.05$]. Contrastando com o efeito directo, verifica-se que o Grau de Conhecimento anula a relação entre o Grupo e a Permissividade. Da análise dos efeitos totais, constatou-se a relação entre as variáveis Grupo e Comportamentos Sexuais de Risco [$\beta=.60$; $t(199)=7.18$; $p<.001$]. Como se verifica o efeito total da Variável Grupo sobre os Comportamentos Sexuais de Risco é igual ao efeito directo entre estas mesmas variáveis. Assim, a Permissividade e o Grau de Conhecimento não tiveram qualquer influência na relação entre estas duas variáveis. Isto porque apreciando o efeito total da variável Grupo sobre a Permissividade verificou-se que este não era estatisticamente

significativo, e apreciando o efeito indirecto do Grupo sobre os Comportamentos Sexuais de Risco apurou-se que também não existia relação.

Discussão geral

Validada a prova para a amostra do presente estudo, procurando excluir os itens que pudessem desequilibrar o modelo, restaram 13 itens da EAS distribuídos por dois factores (Comunhão e Permissividade). Para testar o MMPCSR em adultos idosos optou-se apenas pela dimensão Permissividade da EAS, em razão das relações encontradas na literatura com outra das variáveis que compõe o modelo, os Comportamentos Sexuais de Risco (Bell et al., 1999).

De acordo com os resultados observados, constatou-se que os sujeitos não infectados pelo VIH/SIDA (grupo comunitário) revelam um baixo Grau de Conhecimento acerca da infecção pelo VIH/SIDA quando comparados com os infectados (grupo clínico), o que era expectável, visto que estes pelo facto de já terem sido diagnosticados e estarem em tratamento estão melhor informados acerca da infecção e das suas formas de transmissão e prevenção. É necessário considerar também as características da sub-amostra do grupo comunitário, maioritariamente constituída por sujeitos do sexo masculino e com baixa escolaridade. A este propósito, a literatura refere que os homens adultos idosos sabem menos acerca da infecção pelo VIH/SIDA do que as mulheres adultas idosas (Im-Em et al., 2003; Santos-Ortiz et al., 2004) e, ainda, que quanto menor o nível de escolaridade em adultos idosos, menor o seu grau de conhecimento face à infecção (Maes & Loius, 2003).

Constatou-se, ainda, que os sujeitos não infectados pelo VIH/SIDA têm mais comportamentos sexuais de risco do que os infectados, o que vai de encontro à literatura. De facto, os indivíduos já infectados pelo VIH, após conhecimento do diagnóstico de infecção, tendem a incorrer em menos comportamentos de risco (McClelland et al., 2006), aumentando, por exemplo, o uso do preservativo (Skrondal et al., 2000), diminuindo a actividade sexual (Schable et al., 1996) e diminuindo o número de parceiros sexuais (McClelland et al., 2006). Por outro lado, é necessário prestar atenção aos adultos idosos não infectados que se verificou estarem a adoptar comportamentos sexuais de risco. Dentre os principais comportamentos

sexuais de risco nesta faixa etária estão, como indica a literatura, o recurso à prostituição pelos adultos idosos (Knodel et al., 2003) e a baixa taxa de utilização do preservativo (Abel & Werner, 2003; Bankole, Darroch & Singh, 1999; Godkin & Stoff; Maes & Louis, 2003; Patel, Gillespie & Foxman, 2003; Schable et al., 1996). De referir que, sendo a sub-amostra do grupo comunitário constituída, na sua maioria, por participantes do sexo masculino, sabe-se que os homens adoptam mais comportamentos sexuais de risco do que as mulheres (Baldwin & Baldwin, 1988), dado que revelam um maior número de parceiros sexuais e relações extraconjugais (Alvarez, 2005; Choi et al., 1994). Também o baixo nível de escolaridade dos sujeitos da amostra do grupo comunitário deve ser tido em consideração, visto que a literatura sugere que um baixo grau de escolaridade aumenta o risco de infecção pelo VIH/SIDA (Allain et al., 2004). De salientar, ainda, que a investigação afirma que o uso do preservativo é menor em casados ou pessoas que vivem juntas do que em solteiros (Bankhole et al., 1999; Castilla et al., 1998; Dubois-Arber et al., 1997) e a amostra do grupo comunitário é constituída, maioritariamente, por sujeitos casados e não tem solteiros.

Apurou-se, então, da análise dos efeitos totais, que o facto de se estar ou não infectado pelo VIH/SIDA influencia a adopção de comportamentos sexuais de risco, no entanto, as variáveis Permissividade e Grau de Conhecimento não tiveram qualquer influência nesta relação.

Da análise dos efeitos directos, apurou-se que os sujeitos não infectados (grupo comunitário) eram menos permissivos do que os infectados (grupo clínico), relação que não era expectável. Contudo, ao analisarmos os efeitos totais, verifica-se que quando a relação entre as variáveis Grupo e Permissividade é mediada pela variável Grau de Conhecimento, não existem diferenças significativas entre os dois grupos face à Permissividade. Ressalta, então, a importância do grau de conhecimento na mudança de atitudes.

Acresce, ainda, o efeito da variável Grau de Conhecimento sobre a variável Permissividade que se revelou significativo, sendo que quanto menor é o conhecimento de um sujeito acerca da infecção pelo VIH/SIDA, mais permissivo este se revela. Também a variável Permissividade se revelou uma boa preditora da variável Comportamentos Sexuais de Risco, no sentido em que quanto mais permissivo for um sujeito, em mais comportamentos sexuais de risco incorre. Ainda que não se tenha encontrado fundamentação teórica para tais relações, estes resultados eram esperados.

No presente estudo verificou-se, ainda, o efeito da variável Grau de Conhecimento na variável Comportamentos Sexuais de Risco, mediada pela variável Permissividade, sendo que quanto menor o grau de conhecimento de um sujeito face à infecção, em mais comportamentos sexuais de risco incorre, o que vai de encontro à literatura que indica o grau de conhecimento como um bom preditor da prática de comportamentos preventivos (Coates, 1990; Knipper et al., 2007).

A partir dos resultados encontrados, sugere-se, então, que a intervenção com adultos idosos não infectados pelo VIH/SIDA deva passar pelo aumento do Grau de Conhecimento face à infecção, que poderá, posteriormente, levar a uma mudança de atitude e por último a uma redução dos Comportamentos Sexuais de Risco. Isto sugere a urgência e necessidade de programas de prevenção e educação sexual, em Portugal, específicos e adequados aos adultos idosos que os alertem para os comportamentos de risco e os informem acerca da infecção pelo VIH/SIDA. Nos Estados Unidos, por exemplo, existem já programas de prevenção e educação para o VIH/SIDA dirigidos especificamente a esta população (vd. Altschuler et al., 2004; Heckman et al., 2001).

Note-se que o presente estudo não teve como objectivo saber como é que os adultos idosos, que constituíram o grupo clínico, se infectaram, mas sim perceber se reuniam as condições para intervir com sujeitos da mesma faixa etária que estão em risco de se poder infectar, ao demonstrarem um baixo Grau de Conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA e ao incorrerem em Comportamentos Sexuais de Risco. Assim, propõe-se que adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA possam participar em campanhas de sensibilização e de informação dirigidas a adultos idosos não infectados. Sugere-se que os adultos idosos já infectados sejam consultados em campanhas publicitárias preventivas do VIH/SIDA e que possam participar em acções de formação para adultos idosos. De acordo com Levy-Dweck (2005), estas iniciativas devem incidir, sobretudo, na educação para o uso do preservativo na população adulta idosa.

Seria, também, interessante perceber em futuros estudos como é que os adultos idosos já infectados pelo VIH/SIDA se infectaram, que atitudes e comportamentos adoptaram que levaram à infecção. Numa mesma lógica do presente estudo poderia tentar perceber-se se o Grau de Conhecimento e as atitudes sexuais (especificamente a Permissividade) dos sujeitos antes da infecção levaram à adopção de Comportamentos Sexuais de Risco, que por sua vez os levaram à infecção. De salientar, que os participantes do grupo clínico da presente

investigação me iam transmitindo, no decorrer da aplicação das provas, que respondiam no presente de uma forma por estarem infectados, porém antes de se infectarem não pensavam nem agiam desta forma, daí que se tenham infectado. Assim, sugerem-se outros estudos com adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA em que estes sejam inquiridos acerca das suas atitudes e comportamentos sexuais antes de se infectarem.

Face aos resultados encontrados e pelo aumento do número de casos de adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA que se prevê que possa vir a aumentar (Cloud et al., 2003; Dias et al., 2005; Duarte & Dutschmann, 1998; Emler & Poindexter, 2004; Falé, 2006; Gebo, 2006; Godkin & Stoff, 2008; Shippy & Karpiak, 2005; Stoff et al., 2004; Zelenetz & Epstein, 1998), torna-se premente mais investigação nesta área, que é ainda escassa (Chiao et al., 1999; Levy-Dweck, 2005; Linsk, 2000; Zelenetz & Epstein, 1998), de forma a que se possa intervir eficazmente e travar o número de novos casos de adultos idosos infectados.

Ressalve-se como limitação ao estudo que as variáveis idade e estado civil não são homogéneas para os dois grupos (clínico e comunitário), pelo que podem ter contaminado os resultados. No entanto, as diferenças quanto à idade nos dois grupos não nos parecem ser tão relevantes como as diferenças nas amostras face ao estado civil. De facto, no respeitante à idade, ainda que haja diferenças significativas nos dois grupos, ambos pertenceram a gerações fortemente marcadas pelo antigo regime, partilhando um mesmo passado social, cultural e histórico. É inevitável que muitos dos actuais julgamentos, crenças e atitudes dos adultos idosos portugueses sejam marcados pela ditadura que se viveu no nosso país, pois, tal como refere Diniz (2004), os julgamentos avaliativos são fortemente influenciados por material histórico que é resultado do saber cumulativo de uma sociedade. Quanto ao estado civil, as diferenças entre os grupos parecem poder ter um maior peso nos resultados, em razão das relações encontradas na literatura entre o estado civil e os comportamentos sexuais de risco. Sugere-se que em futuros estudos se procure incluir no grupo comunitário mais solteiros e sujeitos mais novos.

Por fim, salienta-se que as inferências feitas a partir dos resultados apurados são apenas possíveis sugestões de interpretação.

Referências

- Abel, T., & Werner, M. (2003). HIV risk behaviour of older persons. *European Journal of Public Health, 13* (4), 350-352.
- Addis, I. B., Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C. L., Vittinghoff, E., Brown, J. S., & Thomm, D. H. (2006). Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics & Gynecology, 107* (4), 755-764.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Atitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin, 84* (3), 888-918.
- Alferes, V. (1994). Dos comportamentos sexuais à encenação do sexo: Contributos para uma psicologia social da sexualidade. Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Alferes, V. R. (1999). Escala de Atitudes Sexuais. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 131-147). Braga: APPORT/SHO.
- Allain, J. P., Anokwa, M., Casbard, A., Owusu-Ofori, S., & Dennis-Antwi, J. (2004). Sociology and behavior of west african blood donors: The impact of religion on human immunodeficiency virus infection. *Vox Sanguinis, 87* (4), 233-240.
- Altschuler, J., Katz, A. D., & Tynan, M. (2004). Developing and implementing an HIV/AIDS educational curriculum for older adults. *The Gerontologist, 44* (1), 121-126.
- 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.
- Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M. E., & Teles, L. C. (2004). HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behavior in Portugal. *International Journal of STD & AIDS, 15* (1), 56-60.
- Anderson, G. (1998). Providing services to elderly people with HIV. In D. M. Aronstein, & B. J. Thompson (Eds.), *HIV and social work: A practioner's guide* (pp. 443-450). New York: The Haworth Press.
- Antunes, M. T. C. (2007). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra: FORMASAU.

- Arvanatis, M. (2002). *HIV/AIDS surveillance in Greece*. Athens: Hellenic Centre for Infectious Diseases Control.
- Baldwin, J. D., & Baldwin, J. I. (1988). Factors affecting AIDS-related sexual risk-taking behaviour among college students. *The Journal of Sex Research, 25* (2), 181-196.
- Bankole, A., Darroch, J. F., & Singh, S. (1999). Determinants of trends in condom use in the United States, 1988-1995. *Family Planning Perspectives, 31* (6), 264-271.
- Beaducel, A., & Wittman, W. W. (2005). Simulation study on fit indexes in CFA based on data with slightly distorted simple structure. *Structural Equation Modeling, 12* (1), 41-75.
- Beckwith, H. D., & Morrow, J. A. (2005). Sexual attitudes of college students: The impact of religiosity and spirituality. *College Student Journal, 39* (2), 357-366.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bell, N. J., O'Neal, K. K., Feng, D., & Schoenrock, L. J. (1999). Gender and sexual risk. *Sex Roles, 41* (5-6), 313-332.
- Belsky, J. K. (1990). *The psychology of aging: Theory, research and interventions*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- Bentler, P. M. (2007). On tests and indices for evaluating structural models. *Personality and Individual Differences, 42* (5), 825-829.
- Bergström-Walan, M. & Nielsen, H. H. (1990). Sexual expression among 60-80-year-old men and women: A sample from Stockholm, Sweden. *The Journal of Sex Research, 27* (2), 289-295.
- Bizer, G. Y. (2004). Attitudes. In C. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of applied psychology* (Vol. 1, pp. 245-249). Oxford: Elsevier Academic Press.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). London: SAGE.
- Butt, A. A., Dascomb, K. K., DeSalvo, K. B., Bazzano, L., Kissinger, P. J., & Szerlip, H. M. (2001). Human Immunodeficiency virus infection in elderly patients. *Southern Medical Journal, 94* (4), 397-400.
- Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Campbell, S. M., Peplau, L. A., & DeBro, S. C. (1992). Women, men and condoms: Attitudes and experiences of heterosexual college students. *Psychology of Women Quarterly*, 16 (3), 273-288.
- Castilla, J., Barrio, G., Fuente, L., & Belza, M. J. (1998). Sexual behaviour and condom use in the general population of Spain, 1996. *AIDS Care*, 10 (6), 667-676.
- Catania, J. A., Binson, D., Dolcini, M., Stall, R., Choi, K., Pollack, L. M., Hudes, E. S., Canchola, J., Phillips, K., Moskowitz, J. T., & Coates, T. J. (1995). Risk factors for HIV and other sexually transmitted diseases and prevention practices among US heterosexual adults: Changes from 1990 to 1992. *American Journal of Public Health*, 82 (11), 1492-1499.
- Catania, J. A., Coates, T., Stall, R., Bye, L., Kegeles, S., Capell, F., Henne, J., McKusick, L., Morin, S., Turner, H., & Pollack, L. (1991). Changes in condom use among homosexual men in San Francisco. *Health Psychology*, 10 (3), 190-199.
- Catania, J. A., Coates, T., Peterson, J., Dolcini, M., Kegeles, S., Siegel, D., Golden, E., & Fullilove, M. T. (1993). Changes in condom use among black Hispanic, and white heterosexuals in San Francisco: The AMEN cohort survey. *The Journal of Sex Research*, 30 (2), 121-128.
- Catania, J. A., Gibson, D. R., Chitwood, D. D., & Coates, T. J. (1990). Methodological problems in AIDS behavioural research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behaviour. *Psychological Bulletin*, 108 (3), 339-362.
- Catania, J. A., McDermott, L. J., & Pollack, L. M. (1986). Questionnaire response bias and face-to-face interview sample bias in sexuality research. *The Journal of Sex Research*, 22 (1), 52-72.
- Centers for Disease Control and Prevention (1998). AIDS among persons aged greater than or equal to 50 years – United States, 1991-1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47, 21-27.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008). *HIV/AIDS among persons aged 50 and older* [On-line]. Retrieved September 2008 from <http://www.cdc.gov/hiv>.
- Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (2007). Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro nacional de SIDA: Situación a 31 de Diciembre de 2007 [En línea]. Obtenido a 2 de Octubre en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp.

- Chaves, C. (1993). Sida e o idoso: Metodologias educativas de âmbito preventivo. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 222, 24-29.
- Chiao, E. Y., Ries, K. M., & Sande, M. A. (1999). AIDS and the elderly. *Clinical Infectious Disease*, 28 (4), 740-745.
- Choi, K., Catania, J. A., & Dolcini, M. (1994). Extramarital sex and HIV risk behavior among US adults: Results from the national AIDS behavioral survey. *American Journal of Public Health*, 84 (12), 2003-2007.
- Cloud, G. C., Browne, R., Salooja, N., & McLean, K. A. (2003). Case report. Newly diagnosed HIV infection in an octogenarian: The elderly are not 'immune'. *Age and Ageing*, 32 (3), 353-354.
- Coates, T. J. (1990). Strategies for modifying sexual behaviour for primary and secondary prevention of HIV disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (1), 57-69.
- Cooperman, N. A., Arnsten, J. H., & Klein, R. S. (2007). Current sexual activity and risky sexual behaviour in older men with or at risk for HIV infection. *AIDS Education and Prevention*, 19 (4), 321-333.
- Costa, C., & Lima, M. L. (1998). O papel do amor na percepção de invulnerabilidade à SIDA. *Psicologia*, 12 (1), 41-62.
- Dias, A., Fonseca, S., Renca, P., & Silva, E. (2005). *A infecção VIH/SIDA na população com +50 anos: Análise estatística da população com +50 anos infectada em Portugal* [Em linha]. Consultado em 22 de Novembro de 2006 a partir de <http://www.aidscongress.net/>.
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: Implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 89-102.
- Diniz, A. M. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças*. Lisboa: Climepsi.
- Diniz, A. M., & Almeida, L. S. (1997). Construção de uma escala de qualidade da integração no Ensino Superior (EQIES). *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2 (1), 85-96.
- Dolcini, M. M., Coates, T. J., Catania, J. A., Kegeles, S. M., & Hauck, W. W. (1995). Multiple sexual partners and their psychosocial correlates: The population-based AIDS in multiethnic neighborhoods (AMEN) study. *Health Psychology*, 14 (1), 22-31.
- Duarte, F. P., & Dutschmann, L. (1998). Sida no idoso. *Medicina Interna*, 5 (2), 101-105.

- Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Konings, E., & Paccaud, F. (1997). Increased condom without other major changes in sexual behaviour among the general population in Switzerland. *American Journal of Public Health, 87* (4), 558-566.
- Eisenman, R., & Dantzker, M. L. (2006). Gender and ethnic differences in sexual attitudes at a Hispanic-Serving University. *The Journal of General Psychology, 133* (2), 153-162.
- Emlet, C. A. (2007). Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS: A mixed-methods analysis. *AIDS Patient Care, 21* (10), 740-752.
- Eldred, S., & West, L. (2005). HIV prevalence in older adults. *Canadian Nurse, 101* (9), 20-23.
- Emlet, C. A., & Poindexter, C. C. (2004). Unserved, unseen, and unheard: Integrating programs for HIV-infected and HIV-affected older adults. *Health & Social Work, 29* (2), 86-96.
- Falé, R. M. (2006). Os mitos do sexo. *Medicina & Saúde, 36* (106), 36-37.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Misovich, S. J., Kimble, D. L., & Malloy, T. E. (1996). Changing AIDS risk behaviour: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioural skills in a college student population. *Health Psychology, 15* (2), 114-123.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18* (1), 39-50.
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science, 69* (3), 124-134.
- Galvan, F. H., Collins, R. L., Kanouse, D. E., Pantoja, P., & Golinelli, D. (2007). Religiosity, denominational affiliation and sexual behaviors among people with HIV in the United States. *Journal of Sex Research, 44* (1), 49-58.
- Gebo, K. A. (2006). HIV and aging: Implications for patient management. *Drugs Aging, 23* (11), 897-913.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behaviour. *Psychological Bulletin, 119* (3), 390-409.
- Giacomozzi, A. I. (2004). *Confiança no parceiro e protecção frente ao HIV: Estudo de representações sociais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

- Godkin, K., & Stoff, D. (2008). Older age and HIV infection. In M. A. Cohen, & J. M. Gorman (Eds), *Comprehensive textbook of AIDS psychiatry* (pp. 357-376). Oxford: University Press.
- Goldman, J. A., & Harlow, L. L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS-preventive behaviour in college students. *Health Psychology, 12* (6), 489-498.
- Gott, C M. (2001). Sexual activity and risk-taking in later life. *Health and Social Care in the Community, 9* (2), 72-78.
- Grabar, S., Weiss, L., & Costagliola, D. (2006). HIV infection in older patients in the HAART era. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 57* (1), 4-7.
- Greene, M. D. (2003). Older HIV patients face metabolic complications. *The Nurse Practitioner, 28* (6), 17-25.
- Grilo, A. M. (1998). Vivência da sexualidade nos seropositivos e doentes com SIDA: Haverá lugar para o sexo após a notificação do teste para VIH? *Informação SIDA, 6* (2), 16-18.
- Grilo, A. M. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2* (2), 101-118.
- Gupta, R. N., Wyatt, G. E., Swaminathan, S., Rewari, B. B., Locke, T. F., Ranganath, V., Summer, L. A., & Liu, H. (2008). Correlates of relationship, psychological, and sexual behavioural factors for HIV risk among indian women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14* (3), 256-265.
- Health Protection Agency Centre for Infections (2008). *New HIV diagnoses surveillance tables: UK data to the end of December 2007* [On-line]. Retrieved September 2008 from <http://www.hpa.org.uk>.
- Heckman, T. G., Kochman, A., Sikkema, K. J., Kalichman, S. C., Masten, J., Bergholte, J., & Catz, S. (2001). A pilot coping improvement intervention for late middle-aged and older adults living with HIV/AIDS in the USA. *AIDS Care, 13* (1), 129-139.
- Henderson, S. J., Bernstein, L. B., St. George, D. M., Doyle, J. P., Paranjape, A. S., & Corbie-Smith, G. (2004). Older women and HIV: How much do they know and where are they getting their information? *Journal of the American Geriatrics Society, 52* (9), 1549-1553.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of sexual attitudes. *The Journal of Sex Research, 23* (4), 502-526.
- Hendrick, C., Hendrick, S., & Reich, D. A. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of Sex Research, 43* (1), 76-86..

- Hendrick, S., Hendrick, C., Slapion-Foote, M. J., & Foote, F. H. (1985). Gender differences in sexual attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (6), 1630-1641.
- Hillman, J. (2008). Sexual issues and aging within the context of work with older adult patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39 (3), 290-297.
- Howard, J. R., O'Neill, S. O., & Travers, C. (2006). Factors affecting sexuality in older Australian women: Sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric*, 9 (5), 355-367.
- Hu, L.-T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55.
- Im-em, W., VanLandingham, M., Knodel, J., & Saengtienchai, C. (2002). HIV/AIDS-related knowledge and attitudes: A comparison of older persons and young adults in Thailand. *AIDS Education and Prevention*, 14 (3), 246-262.
- Instituto Nacional de Estatística (s.d.). *Indicadores urbanos do continente: Tipologia das áreas urbanas*. [Em linha]. Consultado em 22 de Novembro de 2006 a partir de <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. [Em linha]. Consultado em 22 de Novembro de 2006 a partir de <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas demográficas 2007*. [Em linha]. Consultado em 11 de Julho de 2008 a partir de <http://www.ine.pt>.
- Jeanrie, C., & Bertrand, R. (1999). Translating tests with the International Test Commission's guidelines: Keeping validity in mind. *European Journal of Psychological Assessment*, 15 (3), 277-283.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993a). *PRELIS2: User's reference guide*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993b). *LISREL8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., Sörbom, D., Du Toit, S., & Du Toit, M. (2001). *Lisrel 8: New statistical features*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.

- Karlovsky, M., Lebed, B., & Mydlo, J. H. (2004). Increasing incidence and importance of HIV/AIDS and gonorrhea among men aged ≥ 50 years in the US in the era of erectile dysfunction therapy. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 38 (3), 247-252.
- Karon, J. M., Fleming, P. L., Steketee, R., & DeCock, K. M. (2001). HIV in the United States at the turn of the century: An epidemic in transition. *American Journal of Public Health*, 91 (7), 1060-1068.
- Klein, S. J., Nokes, K. M., Devore, B. S., Holmes, J. M., Wheeler, D. P., & St. Hilaire, M. B. (2001). Age-appropriate HIV prevention messages for older adults: Findings from focus group in New York state. *Journal of Public Health Management and Practice*, 7 (3), 11-18.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Knipper, E., Rhodes, S. D., Lindstrom, K., Bloom, F. R., Leichter, J. S., & Montano, J. (2007). Condom use among heterosexual immigrant latino men in the southeastern United States. *AIDS Education and Prevention*, 19 (5), 436-447.
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2001). Sexual activity among older thais: The influence of age, gender and health. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16 (2), 173-200.
- Knodel, J., & VanLandingham, M. (2002). The impact of the AIDS epidemic on older persons. *AIDS*, 16 (4), 77-83.
- Knodel, J., Watkins, S., & VanLandingham, M. (2003). AIDS and older persons: An international perspective. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndromes*, 33 (2), 153-165.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281 (6), 537-544.
- Le Gall, A., Mullet, E., & Shafiqhi, S. R. (2002). Age, religious beliefs and sexual attitudes. *The Journal of Sex Research*, 39 (3), 207-216.
- Lefkowitz, E. S., Gillen, M. M., Shearer, C. L., & Boone, T. L. (2004). Religiosity, sexual behaviours, and sexual attitudes during emerging adulthood. *The Journal of Sex Research*, 41 (2), 150-159.
- Levine, S. (1998). *Sexuality in mid-life*. New York: Plenum Press.

- Levy-Dweck, S. (2005). HIV/AIDS fifty and older: A hidden and growing population. *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (2), 37-50.
- Levy, J. A., Ory, M. G., & Crystal, S. (2003). HIV/AIDS interventions for midlife and older adults: Current status and challenges. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndromes*, 33 (2), 59-67.
- Li, Z. H., Rahhal, T. A., & May, C. P. (1998). Distractability, circadian arousal, and aging: A boundary condition? *Psychology and Aging*, 4 (13), 574-583.
- Lima, L. P. (2002). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (5^a ed., pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, M. P. (2006). Sexualidade “de terceira” na terceira idade?. *Psychologica*, 41, 83-101.
- Lindau, S. T., Leitsch, S. A., Lundberg, K. L., & Jerome, J. (2006). Older women’s attitudes, behaviour, and communication about sex and HIV: A community-based study. *Journal of Women’s Health*, 15 (6), 747-753.
- Lindau, S. T., Schumm, P., Laumann, E. O., Levinson, W., O’Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357 (8), 762-774.
- Linsk, N. L. (2000). HIV among older adults: Age-specific issues in prevention and treatment. *AIDS Read*, 10 (7), 430-440.
- Longo, B., Camoni, L., Boros, S., & Suligo, B. (2008). Increasing proportion of AIDS diagnoses among older adults in Italy. *AIDS Patient Care*, 22 (5), 365-371.
- Maes, C. A., & Louis, M. (2003). Knowledge of AIDS, perceived risk of AIDS, and at-risk sexual behaviors among older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15 (11), 509-516.
- MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modification in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin*, 111 (3), 490-504.
- Malloy, T. E., Fisher, W. A., Albright, L., Misovich, S. J., & Fisher, J. D. (1997). Interpersonal perception of the AIDS risk potential of persons of the opposite sex. *Health Psychology*, 16 (5), 480-486.
- Manji, A., Peña, R., & Dubrow, R. (2007). Sex, condoms, gender roles and HIV transmission knowledge among adolescents in León, Nicaragua: Implications for HIV prevention. *AIDS Care*, 19 (8), 989-995.

- Marcus, U., & Starker, A. (2006). *Federal health reporting: HIV and AIDS*. Berlin: Robert Koch Institute.
- Margalha, N., Diniz, A. M., & Vaz, I. (2008). Modelos alternativos da Escala de Atitudes Sexuais (EAS): Teste numa amostra de adultos idosos [CD-ROM]. In A. P. Noronha, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XIII conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- McClelland, R. S., Hassan, W. M., Lavreys, L., Richardson, B. A., Mandaliya, K., Ndinya-Achola, J., Jaoko, W., Kurth, A. E., & Baeten, J. M. (2006). HIV-1 acquisition and disease progression are associated with decrease high-risk sexual behaviour among Kenyan female sex workers. *AIDS, 20* (15), 1969-1973.
- Misovich, S. J., Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1997). Close relationships and elevated HIV risk behaviour: Evidence and possible underlying psychological processes. *Review of General Psychology, 1* (1), 72-107.
- Mota, M. (2007). *A infecção VIH nos idosos* [Em linha]. Consultado em 12 de Junho de 2007 a partir de <http://www.aidscongress.net/>.
- Moustaki, I., Jöreskog, K., & Mavridis, D. (2004). Factor models for ordinal variables with covariate effects on the manifest and latent variables: A comparison of LISREL and IRT approaches. *Structural Equation Modeling, 11* (4), 487-513.
- Mucchielli, R. (1979). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale* (6^{ème} éd., rev. et augm.). Paris: Enterprise Moderne d'Édition, Librairies Techniques et Les Éditions E S F.
- Murray, K. M., Ciarrocchi, J. W., & Murray-Swank, N. A. (2007). Spirituality, religiosity, shame and guilt as predictors of sexual attitudes and experiences. *Journal of Psychology and Theology, 35* (3), 222-234.
- Nardone, A. (2005). Transmission of HIV/AIDS in Europe continuing. *Eurosurveillance, 10* (47).
- National Surveillance of Communicable Diseases (2003). *HIV annual report 2002* [On-line]. Retrieved September 2008 from <http://www.ssi.dk>.
- Neto, F. (1998). *Psicologia social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nodin, N., Moreira, S., & Ourô, M. A. (2001). Portugal (República Portuguesa). In R. T. Francoeur, & R. J. Noonan (Eds.), *The internacional encyclopedia of sexuality* (Vol. 4, pp. 502-546). New York: Continuum Publishing Company.

- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oliver, M. B., & Hyde, J. S. (1993). Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (1), 29-51.
- Patel, D., Gillespie, B., & Foxman, B. (2003). Sexual behavior of older women: Results of a random-digit-dialing survey of 2000 women in the United States. *Sexually Transmitted Diseases*, 30 (3), 216-220.
- Pedersen, J. B. (1998). Sexuality and aging. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology* (pp. 141-145). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pitts, M., Grierson, J., & Misson, S. (2005). Growing older with HIV: A study of health, social and economic circumstances for people living with HIV in Australia over the age of 50 years. *AIDS Patient Care*, 19 (7), 460-465.
- Popkin, B. M. (Coord.) (2004). *Monitoring sexual behaviour in the Russian Federation: The Russia longitudinal monitoring survey 1992-2003* [On-line]. Retrieved May 2007 from http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms/papers/sex_03.pdf.
- Public Health Agency of Canada (2007). *HIV/AIDS among older Canadians* [On-line]. Retrieved September 2008 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/>.
- Radda, K. E., Schensul, J. J., Disch, W. B., Levy, J. A., & Reyes, C. Y. (2003). Assessing human immunodeficiency virus (HIV) risk among older urban adults. *Family & Community Health*, 26 (3), 203-213.
- Reimão, C. (1998). Atitude. In J. Colaço, & G. Vicente (Eds.), *Enciclopédia luso-brasileira de cultura* (Vol. 3, pp. 843-847). Lisboa: Editorial Verbo.
- Reiss, I. L., & Leik, R. K. (1989). Evaluating strategies to avoid AIDS: Number of partners vs. use of condoms. *The Journal of Sex Research*, 26 (4), 411-433.
- Roscoe, B., & Kruger, T. L. (1990). AIDS: Late adolescents' knowledge and its influence on sexual behavior. *Adolescence*, 25 (97), 39-48.
- Samuels, H. P. (1997). The relationships among selected demographics and conventional and unconventional sexual behaviors among black and white heterosexual men. *The Journal of Sex Research*, 34 (1), 85-92.

- Santos-Ortiz, M. C., Mattei, H., Correa-Nivar, K., & Pintado-Díaz, E. (2004). HIV/AIDS among middle and older adults in Puerto Rico. *Californian Journal of Health Promotion*, 2 (3), 30-39.
- Sasse, A., Defraye, A., & Buziarsist, J. (2007). *Épidémiologie du SIDA et l'infection à VIH en Belgique: Situation au 31 Décembre 2006*. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variables analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schable, B., Chu, S., & Diaz, T. (1996). Characteristics of women 50 years of age or older with heterosexually acquired AIDS. *American Journal of Public Health*, 86 (11), 1616-1618.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modelling*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Shippy, R. A., & Karpiak, S. E. (2005). Perceptions of support among older adults with HIV. *Research on aging*, 27 (3), 290-306.
- Skrondal, A., Eskild, A., & Thorvaldsen, J. (2000). Changes in condom use after HIV diagnosis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28 (1), 71-76.
- Speer, D. C., Kennedy, M., Watson, M., Meah, J., Nichols, J., & Watson, B. (1999). Ethnic, demographic, and social differences among middle and older adults with HIV/AIDS. *Aids Patient Care*, 13 (10), 615-624.
- Stoff, D. M., Khalsa, J. H., Monjan, A., & Portegies, P. (2004). Introduction: HIV/AIDS and aging. *AIDS*, 18 (1), 1-2.
- Trinitapoli, J., & Regnerus, M. D. (2006). Religion and HIV risk behaviors among married men: Initial results from a study in rural sub-saharan Africa. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45 (4), 505-528.
- Ullman, J. B. (2000). Structural equation modeling. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (pp. 653-771). Boston: Allyn & Bacon.
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1 (2), 89-99.

- Veen, M G., Koedijk, F. D., Broek, I. V., Coul, E. L., Boer, I. M., Sighem, A. I., & Sande, M. A. (2007). *Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2006*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment.
- Williams, E., & Donnelly, J. (2002). Older Americans and AIDS: Some guidelines for prevention. *Social Work, 47* (2), 105-111.
- Wulfert, E., & Wan, C. K. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology, 12* (5), 346-353.
- Zablotsky, D., & Kennedy, M. (2003). Risk factors and HIV transmission to midlife and older women: Knowledge, options and the initiation of safer sexual practices. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 33* (2), 122-130.
- Zelenetz, P. D., & Epstein, M. E. (1998). HIV in the elderly. *AIDS Patient Care, 12* (4), 255-262.

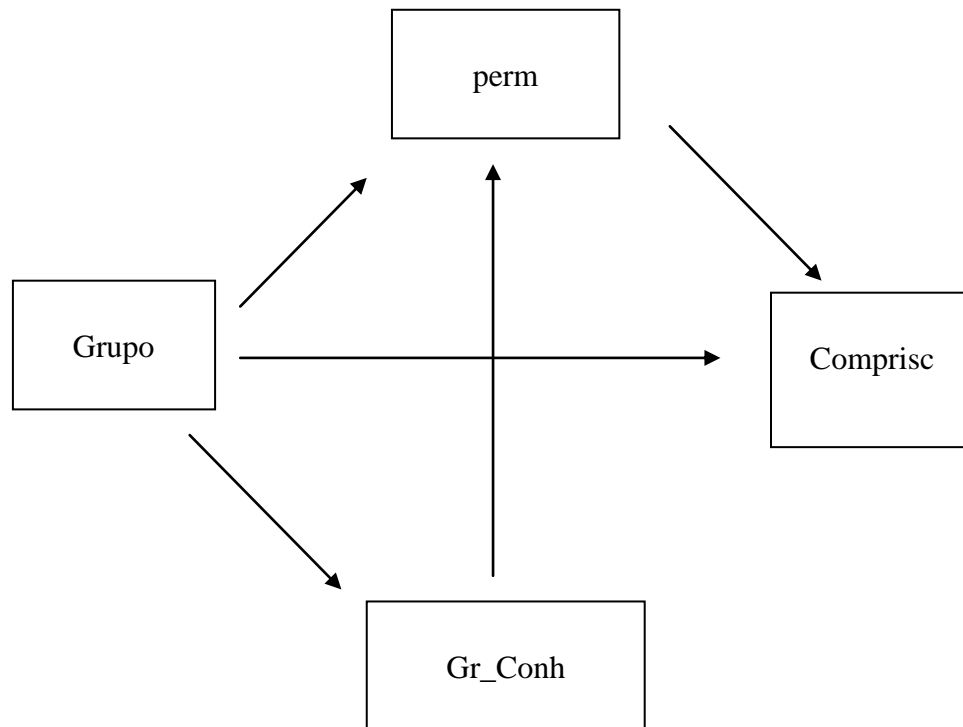


Figura 1. Modelo Multivariado Preditor de Comportamentos Sexuais de Riscos em Adultos Idosos Portugueses. Grupo = Clínico vs. Comunitário; Gr_Conh = Grau de Conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA; Perm = Permissividade; Comprisc = Comportamentos Sexuais de Risco.

Tabela 1. Índices de ajustamento dos modelos factoriais testados para cada subescala da EAS

Modelo (itens)	S-B χ^2 /gl (ratio)	SRMR	CFI	RMSEA (IC 90%)	ECVI (IC 90%)	ECVI Msat.
Mcom (9)	64.91/27 (2.40)	.088	.86	.084 (.058; .11)	.51 (.41; .65)	.45
Mcom (f) (6)	7.49/9 (.83)	.046	.97	.00 (.00; .070)	.17 (.17; .21)	.21
Mperm (21)	402.63/189 (2.13)	.10	.84	.075 (.065; .086)	2.45 (2.17; 2.76)	2.32
Mperm (f) (12)	86.16/54 (1.60)	.061	.95	.055 (.032; .076)	.67 (.57; .82)	.78
Mprat (7)	23.33/14 (1.67)	.090	.86	.058 (.00; .098)	.26 (.21; .35)	.28
Mprat (f) (4)	.019/2 (.0095)	.0029	1	.00 (.00; .00)	.090 (.090; .090)	.10
Minst (6)	18.83/9 (2.09)	.075	.81	.074 (.024; .12)	.22 (.17; .30)	.21
Minst (f) (4)	1.08/2 (.54)	.021	1	.00 (.00; .12)	.090 (.090; .12)	.10

Mcom = modelo subescala Comunhão; Mperm = modelo subescala Permissividade; Mprat = modelo subescala Práticas Sexuais; Minst = modelo subescala Instrumentalidade; (f) = modelo final; IC= intervalo de confiança; Msat. =modelo saturado

Tabela 2. Índices de ajustamento dos modelos factoriais oblíquos da EAS

Modelo (factores; itens)	S-B χ^2 /gl (ratio)	SRMR	CFI	RMSEA (IC 90%)	ECVI (IC 90%)	ECVI Msat.
M1 (4; 26)	519.73/293 (1.77)	.11	.80	.062 (.054; .071)	3.19 (2.89; 3.53)	3.53
M2 (4; 21)	268.43/183 (1.47)	.096	.86	.048 (.035; .060)	1.83 (1.63; 2.07)	2.32
M3 (3;18)	183.59/132 (1.39)	.097	.88	.044 (.028; .059)	1.31 (1.16; 1.51)	1.72
M4 (3;16)	145.30/101 (1.44)	.092	.89	.047 (.028; .063)	1.08 (.94; 1.26)	1.37
M5 (2;13)	90.30/64 (1.41)	.087	.93	.045 (.020; .066)	.73 (.62; .87)	.91

IC= intervalo de confiança; Msat. =modelo saturado

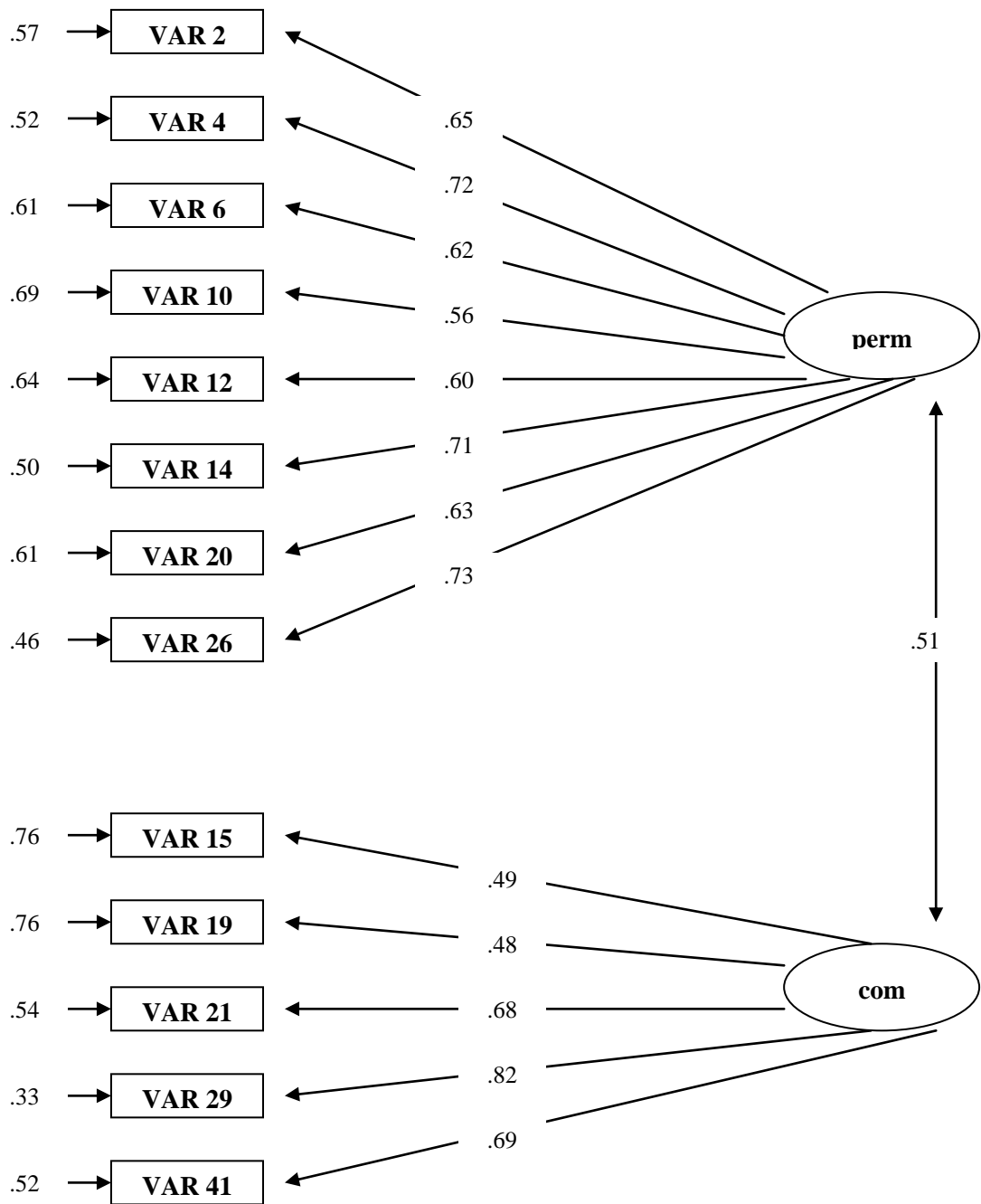
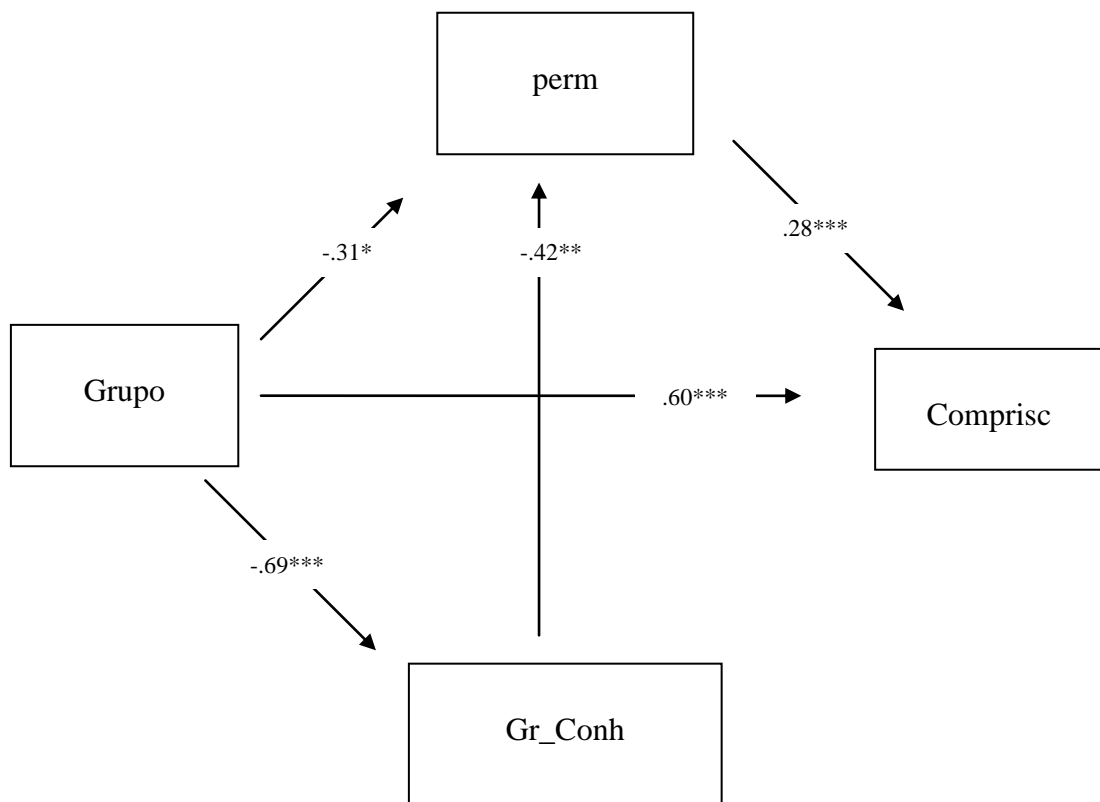


Figura 2. Estrutura Factorial da adaptação para Adultos Idosos da Escala de Atitudes Sexuais. perm = Permissividade; com = Comunhão.



$Ratio\ S-B\chi^2/gf = .065$; $CFI = 1.00$
 $RMSEA = .0$, IC de 90% = .00 ; .12, $p(RMSEA < .05) = .84$
 $ECVI = .103$, IC de 90% = .096 ; .11, $ECVI\ Msat. = .10$
 $SRMR = .0058$

Figura 3. Teste do Modelo Multivariado Preditivo de Comportamentos Sexuais de Riscos em Adultos Idosos Portugueses. Grupo = Clínico vs. Comunitário; Gr_Conh = Grau de Conhecimento face à infecção pelo VIH/SIDA; perm = Permissividade; Comprisc = Comportamentos Sexuais de Risco. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Anexo

O VIH/SIDA em adultos idosos em Portugal e no mundo

Dados epidemiológicos da infecção pelo VIH/SIDA no mundo. A infecção pelo VIH/SIDA é a quarta causa de morte no mundo (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge & Centro de Vigilância Epidemiológica, 2002). Em 2007, registaram-se cerca de 2 milhões de mortes relacionadas com a Sida, e desde o início da infecção já morreram cerca de 25 milhões de pessoas (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007a; United Nations Programme in HIV/AIDS, 2008). Actualmente, o número de pessoas que vivem com VIH no mundo são cerca de 33.2 milhões (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007b; United Nations Programme in HIV/AIDS, 2008; World Health Organization, 2008), das quais 2.7 milhões correspondem a novos casos (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2008). Diariamente 6800 pessoas ficam infectadas pelo vírus da SIDA e 5700 morrem, devido a formas inadequadas de prevenção e tratamento (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007a; United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007b). Ainda que o número de sujeitos infectados tenha vindo a aumentar nos últimos anos, o número de novas infecções tem vindo a diminuir (passou-se de 3 milhões em 2001 para 2.7 milhões em 2007), bem como o número de mortes associadas ao VIH, em parte devido ao maior acesso aos medicamentos antiretrovirais (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007a; UNAIDS, 2008). De salientar que a medicação antiretroviral (HAART) surgiu no final dos anos 90 (Catz, Heckman, Kochman, & DiMarco, 2001) e reduziu drasticamente a morbilidade e mortalidade dos pacientes infectados pelo VIH/SIDA (Gebo, 2006).

A epidemia não afecta todas as zonas do globo de igual modo. A África sub-sahariana continua a ser a zona do globo mais afectada pela infecção, sendo que, em 2007, registavam um total de 22.5 milhões de pessoas a viver com o VIH/SIDA, ou seja, 68% de todas as pessoas que vivem com a infecção e 72% das mortes associadas à SIDA, em 2007, ocorreram nesta zona geográfica (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007a; United Nations Programme in HIV/AIDS, 2008; World Health Organization, 2008). No sul e no sudeste da Ásia 4 milhões vivem com a infecção e na Europa oriental e na Ásia central 1.6 milhões (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007a; World Health Organization, 2008). No continente asiático vivem 4.9 milhões de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. Verifica-se uma

descida na taxa de incidência da infecção em países como o Camboja, Myanmar e Tailândia, ao passo que na Indonésia e no Vietname regista-se um aumento (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007a). Em 2007, morreram 300 000 pessoas na Ásia por doenças relacionadas com a SIDA (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007a). Nas Caraíbas estima-se que 230 000 estejam infectadas pelo VIH/SIDA, nos países da América Latina cerca de 1.6 milhões e nos países da América do Norte e da Europa Ocidental e Central cerca de 2.1 milhões (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007a). Nos Estados Unidos, no final de 2003, estimava-se que vivessem entre 1 039 000 e 1 185 000 sujeitos com VIH/SIDA (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). No Médio Oriente e no Norte de África calcula-se que cerca de 380 000 pessoas estejam infectadas pelo VIH/SIDA. Por último, na Oceânia estima-se um total de infecções pelo VIH/SIDA de cerca de 75 000 (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2007a).

Inicialmente era considerada uma infecção exclusiva dos grupos de risco como os toxicod dependentes, os homossexuais e as prostitutas (Mota, 2007). Contudo, a infecção em consumidores de droga por via endovenosa, por exemplo, tem vindo a diminuir nos últimos anos, sobretudo se considerarmos os novos casos (EuroHIV, 2007; Nardone, 2005). Nos países pertencentes à União Europeia, sabe-se que a principal via de transmissão dos novos casos de infecção é a heterossexualidade (56%) (Nardone, 2005).

Dados epidemiológicos da infecção pelo VIH/SIDA em Portugal. O primeiro caso conhecido de um português infectado, terá sido o de um imigrante em França em meados dos anos sessenta que tinha vivido em África. Mesmo em território nacional o primeiro caso diagnosticado foi só em 1983 (Barros, 2007). Desde 1984 que se regista em Portugal os novos casos de infecção pelo VIH, ainda que só em 2005, à semelhança de outros países da União Europeia, se tornasse obrigatória a notificação da infecção VIH (Alvarez, 2005; Barros, 2007). Até 31 de Dezembro de 2007 tinham sido notificados 32 491 casos de infecção pelo VIH/SIDA nas suas diferentes fases, especificamente, 3 072 casos sintomáticos de não-SIDA, 15 224 casos de portadores assintomáticos e 14 195 casos de SIDA (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge & Centro de Vigilância Epidemiológica, 2008). O maior número de casos notificados refere-se a sujeitos que consomem drogas por via endovenosa (43.9%), seguindo-se os infectados por via heterossexual (38.8%), a transmissão homossexual apresenta 12% dos casos e as restantes formas de transmissão referem-se a 5.3% do total

(Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge & Centro de Vigilância Epidemiológica, 2008). De referir, porém, que actualmente se regista um aumento do número de casos infectados por via heterossexual e uma diminuição no número de casos associados à toxicoddependência, sendo que no segundo semestre de 2007, o número de casos por transmissão heterossexual correspondia a 57.2% do total de casos notificados (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge & Centro de Vigilância Epidemiológica, 2008). A mortalidade por VIH/SIDA em Portugal aumentou nos últimos anos, verificando-se que no ano de 1988 se registaram 62 óbitos passando para 1111 em 1996 (Instituto Nacional de Estatística, 2003).

A infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos. Ainda que os adultos idosos não representem o maior número de casos de infecção pelo VIH/SIDA, tem-se verificado um progressivo aumento de casos nesta faixa etária, como melhor representa a literatura norte-americana. Sabe-se, que a principal via de transmissão nesta faixa etária, na maioria dos países, é a heterossexual (Knodel, Watkins & VanLandingham, 2003; United Nations Programme in HIV/AIDS, 2002). Várias têm sido as causas apontadas para o aumento do número de novos casos de infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos, entre elas: a baixa taxa de utilização do preservativo (Abel & Werner, 2003; Bankole, Darroch & Singh, 1999; Godkin & Stoff; Maes & Louis, 2003; Patel, Gillespie & Foxman, 2003; Schable, Chu & Diaz, 1996), o recurso à prostituição (Knodel et al., 2003), o baixo grau de conhecimento acerca da infecção (Abel & Werner, 2003; Henderson et al., 2004; Zablotsky & Kennedy, 2003) (descritas anteriormente na Revisão de Literatura), o diagnóstico tardio e a baixa taxa de realização do teste de despistagem do VIH/SIDA.

De facto, uma preocupação fundamental é a tendência para a infecção pelo VIH/SIDA não ser reconhecida em adultos idosos (Nichols et al., 2002; Peate, 2007; Shippy & Karpiak, 2005). Como tal, o resultado é o diagnóstico tardio da infecção nesta camada da população (Chiao, Ries & Sande, 1999; Grabar, Weiss & Costagliola, 2006; Lekas, Schrimshaw & Siegel, 2005), o que fará com que esta seja detectada numa fase já mais avançada, atrasará o tratamento por antiretrovirais, podendo comprometer a eficácia destes (Grabar et al., 2006). O diagnóstico tardio coloca em risco tanto o próprio sujeito infectado (que diminui, assim, o tempo de sobrevivência) como o seu ou os seus parceiros sexuais (Williams & Donnelly, 2002). De facto, os adultos idosos tendem a ser diagnosticados mais tardiamente do que os jovens

(Longo, Camoni, Boros & Suligoi, 2008). Num estudo realizado em Portugal com uma amostra de 38 pacientes infectados pelo VIH/SIDA com mais de 60 anos, constatou-se que estes tinham sido tardiamente diagnosticados e já numa fase avançada da doença (Gomes, Poço, Lima-Alves & Mota-Miranda, 2002). Várias explicações têm sido apontadas para o diagnóstico tardio da infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos. As doenças crónicas próprias da velhice como a artrite, a osteoporose, os problemas cardio-vasculares, podem “mascarar” os sintomas da infecção pelo VIH/SIDA (Anderson, 1998; Chiao et al, 1999; Grabar et al., 2006; United Nations Programme in HIV/AIDS, 2002). Fowler (2003) transcreve as palavras da sua médica acerca da dificuldade em estabelecer um diagnóstico correcto perante sintomas dúbios: “we do not always know the answer, because this question – is it HIV or it is aging – is complex. For example, is one person’s mental confusion a sign of old age senility or is it AIDS dementia? (Fowler, 2003, p. 168).

Também os adultos idosos não se percebem como estando em risco para a infecção pelo VIH/SIDA (Grabar et al., 2006; Maes & Louis, 2003; Radda, Schensul, Disch, Levy & Reyes, 2003; Williams & Donnelly, 2002). Note-se que num estudo realizado em Portugal acerca das perspectivas dos portugueses sobre a SIDA, em 2006, apurou-se que 17% dos sujeitos com idade superior a 64 anos da amostra se preocupa “pouco” ou “nada” com o problema da SIDA, verificando-se, ainda, que esta faixa etária foi a que revelou menor preocupação, quando comparada com pessoas mais jovens (Marktest & Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2006). Um estudo realizado na Tailândia apurou que os homens adultos idosos percebem-se como tendo um risco menor para a infecção pelo VIH/SIDA do que os jovens do sexo masculino, verificando que esta percepção de vulnerabilidade decresce com idade – 29% dos jovens da amostra preocupa-se com a infecção, já no grupo etário dos 50 aos 59 anos apenas 16% se preocupa e 12% para os sujeitos entre os 60 e os 74 anos. As mulheres revelaram este mesmo padrão, ainda que tivessem registado percentagens mais elevadas (Im-em, VanLandingham, Knodel & Saengtienchai, 2002). Num estudo conduzido por Maes e Louis (2003), apenas 28% dos inquiridos com idade superior a 50 anos considerou a SIDA como uma ameaça para os mais velhos.

Outra razão apontada para o diagnóstico tardio é a falha dos profissionais de saúde ao não explorarem os comportamentos sexuais dos seus pacientes mais velhos, considerando que estes não reúnem condições para contrair o vírus (Anderson, 1998; Chiao et al., 1999; United

Nations Programme in HIV/AIDS, 2002). Também os adultos idosos tendem a não conversar, por sua iniciativa, com os médicos acerca dos seus comportamentos de risco (Godkin & Stoff, 2008). Num estudo realizado por Lindau e colaboradores (2007) apurou-se que numa amostra de 3005 indivíduos com idades compreendidas entre os 57 e os 85 anos, 38% dos inquiridos do sexo masculino e 22% das mulheres falaram com o seu médico acerca de problemas relativos à sexualidade. Outro estudo revelou que 75% das adultas idosas inquiridas consideravam que os médicos deviam falar com os seus doentes sobre sexualidade, 55% afirmou que tinha discutido o assunto com o seu médico desde os 60 anos e constatou-se, ainda, que as mulheres casadas conversam mais com os seus médicos acerca de sexualidade do que as não casadas (Lindau, Leitsch, Lundberg & Jerome, 2006).

Os *Centers for Disease Control and Prevention* (2008), nos E.U.A., recomendaram em 2006 que o teste de despistagem do VIH/SIDA fosse implementado nos *check-up* médicos em sujeitos com idades compreendidas entre os 13 e os 64 anos. Na verdade, verifica-se uma menor tendência para a realização do teste de despistagem do VIH/SIDA em adultos idosos, ao contrário das camadas mais jovens da população que aderem ao mesmo com mais frequência ou é-lhes mais solicitado (Chiao et al., 1999; Im-em et al., 2002; Maes & Louis, 2003). De facto, o teste de despistagem do VIH/SIDA é geralmente solicitado a indivíduos que têm assumidamente comportamentos de risco (como sejam, os homossexuais, os bissexuais e os toxicodependentes, sujeitos que têm múltiplos parceiros sexuais), a sujeitos que apresentem sintomas característicos da infecção ou em situações de rastreio. Esta estratégia tem obtido resultados positivos na população jovem, como revelam os dados epidemiológicos, no entanto, não abrange a população adulta idosa que pratica comportamentos sexuais de risco. A corroborar estes dados está um estudo realizado em Portugal que apurou que 97% dos sujeitos que constituíam a amostra com idade igual ou superior a 65 nunca tinham realizado o teste de despistagem do VIH/SIDA. Dos que realizaram o teste (1.8%), 33.3% fez por prescrição médica e os restantes (66.7%) por iniciativa própria (Marktest & Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2006). Como não se percebem nem são vistos como estando em risco para o VIH, os adultos idosos raramente são testados (Karlovsky, Lebed & Mydlo, 2004). O estudo de Akers, Bernstein, Henderson, Doyle e Corbie-Smith (2007) aponta como razões para o pouco interesse das mulheres adultas idosas em realizar o teste de despistagem HIV/SIDA, o baixo conhecimento acerca da infecção e a baixa percepção de vulnerabilidade à doença. Note-se

que o atraso na realização deste teste poderá infectar outros sujeitos e privará o sujeito infectado do tratamento na fase inicial da doença (Lekas et al., 2005). Os estudos acerca das motivações dos adultos idosos para efectuarem o teste do VIH/SIDA, ainda que raros, são muitos úteis para analisar os obstáculos e quais os factores que facilitam os sujeitos com mais de 50 anos a realizarem o teste (Lekas et al, 2005). Dentre as razões referidas pelas adultas idosas que participaram no estudo de Schable e colaboradores (1996) destacam-se as seguintes motivações: ter um encontro sexual com alguém infectado pelo VIH, começar a ficar doente, percepcionarem-se como estando em risco e um médico recomendar o teste. Já Lekas e colaboradores (2005) analisaram os impasses que se colocam à realização do teste VIH/SIDA e constataram que para uma amostra de participantes adultos idosos homossexuais e bissexuais o atraso no teste devia-se ao medo, ao desespero, à negação de que estivessem expostos ao vírus; para os participantes adultos idosos heterossexuais e toxicodependentes as razões para este adiamento na realização do teste, apesar de reconhecerem o risco em que incorriam, era atribuível à falta de conhecimento sobre a doença e aos seus riscos, às barreiras psicológicas e ao consumo de drogas; e, por último, os heterossexuais não toxicodependentes que não reconheciam os seus riscos perante a infecção. Flowers, Knussen e Church (2003) apuraram que dentre os sujeitos com elevado número de comportamentos de risco, o maior obstáculo para a realização do teste era o medo do resultado positivo. Num outro estudo realizado por Akers e colaboradores (2007) com 514 mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 95 anos de idade, constatou-se que aquelas que revelaram baixo interesse em realizar o teste de despistagem do VIH/SIDA eram mais velhas, afro-americanas, tinham um fraco conhecimento acerca da infecção e consideravam-se como não estando em risco para a infecção. Mesmo as mulheres consideradas como tendo risco moderado ou elevado para contrair a infecção, poucas já tinham sido testadas e quase nenhuma se mostrou interessada em realizar o teste. Também os médicos não solicitam, com frequência, o teste de despistagem do VIH/SIDA aos seus pacientes adultos idosos.

Dados epidemiológicos da infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos no mundo. A infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos tem diferentes características e níveis de prevalência consoante a zona do globo a que nos referimos. No continente africano⁴, 5.6% dos casos de SIDA correspondem a sujeitos com mais de 50 anos, dos quais 25.4% têm 60 ou mais anos

⁴ Dados relativos a 26 países africanos, sendo que 65% dos casos pertencem à Costa do Marfim e à Tanzânia.

(Knodel et al., 2003). Ainda que 83% das mortes associadas à SIDA se verifiquem na África sub-sahariana, pouco se sabe acerca da infecção em adultos idosos nesta região (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2002). O número de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos com SIDA no continente asiático⁵ equivale a 4.5% do total de casos de SIDA, sendo que 32.1% destes casos têm 60 anos ou mais (Knodel et al., 2003). A principal via de transmissão nos dois continentes é a heterossexual (Knodel et al., 2003). Na América Latina⁶ os sujeitos com mais de 50 anos infectados representam 7.4% do total de casos de SIDA, dos quais 75.8% têm idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos (Knodel et al., 2003). Em Porto Rico, de todos os casos declarados, até 2004, 38.7% referiam-se a sujeitos com idade superior a 40 anos, sendo que 34.8% dos casos correspondiam a sujeitos com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos (Santos-Ortiz, Mattei, Correa-Nivar & Pintado-Díaz, 2004). Relativamente à América do Norte salienta-se o caso dos Estados Unidos e do Canadá. Em 1996, 11% dos casos de sujeitos a viverem com SIDA nos E.U.A. correspondiam a indivíduos com 50 ou mais anos, dos quais 48% tinham idades compreendidas entre 50 e 56 anos, 26% entre 55 e 59 anos, 14% entre 60 e 64 e 12% mais de 65 anos (Centers for Disease Control and Prevention, 1998). Os novos casos de SIDA cresceram ao dobro da velocidade em adultos a partir dos 50 anos do que na população mais jovem (Centers for Disease Control and Prevention, 1998). Em 2005, as pessoas com idade igual ou superior a 50 anos a viverem nos E.U.A. representavam 15% do total de novos diagnósticos de infecção pelo VIH/SIDA, 24% do total de pessoas a viverem com VIH, 19% do total de diagnósticos de SIDA, 29% do total de pessoas que vivem com SIDA e 35% de todas as mortes relacionadas com a SIDA (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). No estado de Ohio, 15% dos sujeitos declarados a viver com a infecção pelo VIH/SIDA têm idade igual ou superior a 50 anos (Ohio Department of Health HIV/AIDS Surveillance Program, 2001). No estado de São Francisco do total de casos de SIDA no género masculino desde 1980 a 2008, 12% referem-se a sujeitos com 50 ou mais anos e do total de mulheres declaradas no mesmo período com SIDA, 14.8% representam a população com idade igual ou superior a 50 anos (San Francisco Department of Public Health, 2008). Para 2015 os *Centers for Disease Control and Prevention* prevêem que 50% dos casos de VIH/SIDA sejam em sujeitos com idade superior a 50 anos (Heckman et al., 2001). Até 30 de Junho de 2002, de todos os casos declarados no Canadá, ao *Centre for Infectious Disease Prevention and*

⁵ Dados relativos a 10 países asiáticos, sendo que 96% dos casos são relativos à Tailândia.

⁶ Dados relativos a 7 países sul-americanos, sendo que 91% dos casos pertencem ao Brasil e ao México.

Control, 11.6% correspondiam a sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos e a principal via de transmissão é, também, a sexual. Em 2006, a população com mais de 50 anos já representava mais de 12% do total de casos declarados, dos quais 9% são homens e 3.3% são mulheres (Public Health Agency of Canada, 2007).

Entre 1997 e 2000, 10% dos novos casos de infecção pelo VIH/SIDA na Europa Ocidental referiam-se a sujeitos com 50 ou mais anos (United Nations Programme in HIV/AIDS, 2002). No período entre 2001 e 2005, na Europa Ocidental, cerca de 16.5% dos casos de SIDA correspondiam a sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos (EuroHIV, 2007). Em Espanha, do total de casos declarados de SIDA até 31 de Dezembro de 2007, cerca de 7.6% correspondiam a sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos (Centro Nacional de Epidemiologia del Instituto de Salud Carlos III, 2007). Em França, o número de pessoas infectadas com 50 anos ou mais equivale a 12.9% do total de casos, sendo que 36.5% corresponde a sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos (Knodel et al., 2003). Em Itália verifica-se, também, um aumento no número de casos de adultos idosos infectados pelo VIH/SIDA, sendo que a proporção de casos de SIDA de sujeitos com mais de 50 anos triplicou nas duas últimas décadas, atingindo 16% dos casos no período entre 2000 e 2005 (Longo et al., 2008). Em 1999, 14.5% dos casos já eram referentes a sujeitos com mais de 50 anos e 5.2% correspondia a pessoas com mais de 60 anos (Manfredi, 2002). De referir que 80% dos casos de infecção em adultos idosos são por via sexual (Longo et al., 2008). A 31 de Dezembro de 2002, o número cumulativo de casos de VIH/SIDA na Grécia em sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos correspondia a 15.7% do total. Especificamente os novos casos de sujeitos da referida faixa etária notificados só no ano de 2002 equivalem a 17.4% do total (Arvanatis, 2002). Até 2000, 18% dos casos declarados de VIH/SIDA ao *Swiss Federal Office of Public Health* representavam os sujeitos com mais de 45 anos a viver na Suíça (Abel & Werner, 2003). Do total de pessoas diagnosticadas com a infecção VIH na Bélgica entre 2004 e 2006, ao *Institut Scientifique de Santé Publique*, 10.6% equivale a sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos (Sasse, Defraye & Buziarsist, 2007). Na Holanda 10% do total dos casos de infecção pelo VIH/SIDA pertencem à faixa etária acima dos 50 anos, sendo que no ano de 2006, 13% dos novos casos notificados são referentes a sujeitos com mais de 50 anos (Veen et al., 2007). Na Dinamarca do total de casos notificados, entre 1990 e 2002, cerca de 14% referem-se a sujeitos com mais de 50 anos (National Surveillance of Communicable Diseases, 2003). Do total de casos de SIDA existentes na Alemanha, 16.4%

corresponde a sujeitos com 50 ou mais anos, ainda que a maioria (79.8%) se situe na faixa etária dos 50 aos 59 anos (Knodel et al., 2003). Até 31 de Dezembro de 2004, do total de homens com SIDA declarados ao *Robert Koch Institute*, 17.4% tinha idade igual ou superior a 50 anos e do total de mulheres, 10.1% tinha 50 ou mais anos (Marcus & Starker, 2006). No Reino Unido a percentagem de pessoas infectadas com idade igual ou superior a 50 anos, desde que há registo até Dezembro de 2007, equivale a 7.4% do total de infectados, sendo que destes 25.7% têm 60 anos ou mais (Health Protection Agency Centre for Infections, 2008).

Refira-se, ainda, o caso da Austrália, em que do total de casos de SIDA, 9.3% correspondem a sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos, dos quais 38.6% têm mais de 60 anos (Knodel et al., 2003).

No panorama geral, as mulheres com idade igual ou superior a 50 anos apresentam taxas de infecção inferiores aos homens da mesma idade (Knodel et al., 2003)

Dados epidemiológicos da infecção pelo VIH/SIDA em adultos idosos em Portugal. Em Portugal, Dias, Silva, Fonseca e Renca, alertaram, em 2005, para a nova realidade emergente: o aparecimento de novos casos de infecção pelo VIH/SIDA na população adulta idosa. Este número crescente de casos tem sido acompanhado pelo envelhecimento da população (Instituto Nacional de Estatística, 2008), à semelhança do que acontece com outros países desenvolvidos.

Analisando o relatório do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e do Centro de Vigilância Epidemiológica (2005), constata-se que 12.4% dos casos notificados desde 1993, em Portugal, correspondem a indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos. Verifica-se, ainda, que onde são notificados mais casos de SIDA é na faixa etária com idade superior a 45 anos. O género masculino apresenta um maior número de casos quando comparado com o género feminino, nos grupos etários superiores (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge & Centro de Vigilância Epidemiológica, 2005). No relatório dos dados epidemiológicos de VIH/SIDA até Dezembro de 2007, verifica-se que dos “casos de SIDA” notificados no período entre 1983 e 2007, 13.6% correspondem a indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, dos quais 81.3% são do sexo masculino; 15.5% dos “casos sintomáticos de Não-SIDA” declarados, para o mesmo período de tempo, são de sujeitos com 50 ou mais anos, sendo que 75.8% pertencem ao género masculino; e dos “casos de portadores assintomáticos” 9.4% pertencem à referida faixa etária, sendo que 65.8% são

homens (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge & Centro de Vigilância Epidemiológica 2008).

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

Influência das variáveis socio-demográficas nas atitudes e comportamentos sexuais

Apesar do estereótipo do idoso assexuado, a literatura comprova que um elevado número de idosos possui ainda interesse, capacidade e desejo pela actividade sexual, e que, por isso, são indivíduos sexualmente activos até uma idade tardia da sua vida (Addis et al., 2006; Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Gott, 2001; Lindau et al., 2006; Steinke, 1994). Sabe-se que variáveis como a idade, o género, a posição social, o estado civil e a religião influenciam as atitudes e os comportamentos sexuais dos sujeitos.

Idade. No relatório de Kinsey (in Lima, 2006), a idade foi considerada como um dos 11 factores preponderantes no estudo e compreensão da sexualidade humana. À medida que os sujeitos envelhecem relatam mais problemas ao nível do desejo sexual (Bee, 1997; Levine, 1998). De facto, vários estudos apontam para a diminuição do interesse e actividade sexuais à medida que se envelhece (Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Howard, O'Neill & Travers, 2006; Knodel & Chayovan, 2001; Lindau et al., 2007; Patel et al., 2003; Pedersen, 1998). Contudo, “o aumento da idade não justifica a inactividade na maior parte das situações pois não há contra-indicações para uma vida sexual activa” (Moreira & Côrte-Real, 1999, p.207). Já os autores do relatório Starr-Henry (in Santos & Marques, 2006) verificaram que a vida sexual se mantém relativamente estável ao longo do período de envelhecimento.

No estudo de Le Gall, Mullet e Shafighi (2002), verificou-se que comparativamente com os jovens, os adultos idosos revelaram-se menos permissivos e instrumentais. No entanto, as mulheres jovens revelaram-se mais responsáveis face à sexualidade do que os adultos idosos (homens e mulheres). Os autores apontam o facto das jovens terem mais preocupações com a gravidez, preocupação que desaparece com o aparecimento da menopausa. Os homens adultos idosos revelaram pontuações mais elevadas na Comunhão do que os jovens e do que as mulheres, o que poderá ser explicado, como referem os autores, pelo declínio da actividade sexual com a idade.

Género. Outra variável a ter em consideração no estudo das atitudes e comportamentos sexuais em adultos idosos é o género. Alguns estudos apontam para diferenças significativas entre géneros, com os homens a revelarem mais actividade sexual (Knodel & Chayovan, 2001; Lindau et al., 2007; Vasconcellos et al., 2004), ainda que o interesse pela sexualidade seja elevado em ambos os sexos (O'Donohue, 1987). No estudo de Bergström-Walan e Nielsen (1990), apesar das diferenças entre géneros não terem sido estatisticamente significativas, os homens revelaram mais interesse e actividade sexuais.

Hendrick, Hendrick, Slapion-Foote e Foote (1985) constataram diferenças de género face às atitudes sexuais, sendo que as mulheres demonstraram ser mais responsáveis e convencionais do que os homens, e consideravam a Comunhão como uma via para a sexualidade. Já os homens revelaram-se mais permissivos e instrumentais e revelaram um maior controlo sexual quando comparados com o género feminino (Eisenman & Dantzker, 2006; Hendrick et al., 1985; Le Gall et al., 2002; Oliver & Hyde, 1993).

Especificamente, em Portugal, as diferenças de género reflectem-se ao nível dos papéis sociais, sendo que às mulheres é “exigido” que sejam mais repressivas e conservadoras, no respeitante à sexualidade, e aos homens são “admitidas” atitudes mais permissivas face à sexualidade (Nodin, Moreira & Ourô, 2001). O estudo de Hendrick, Hendrick e Reich (2006) foi no mesmo sentido, ao constatar que os homens são mais permissivos e instrumentais do que as mulheres. Também Alferes (1994), verificou que as mulheres são sexualmente mais responsáveis do que os homens e que os homens são mais permissivos do que as mulheres. O autor demonstrou, ainda, que não existiam diferenças entre os géneros quanto à Comunhão e ao prazer físico.

Posição Social. Relativamente à posição social um estudo realizado na Suécia com 509 indivíduos com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos, não encontrou qualquer relação entre a actividade profissional dos sujeitos e a importância dada à sexualidade, com excepção do grupo das domésticas que revelou pouco interesse pela sexualidade (Bergström-Walan & Nielsen, 1990). Quanto ao nível de escolaridade verificou-se, no mesmo estudo, que os sujeitos com escolaridade equivalente ao 1º ciclo tinham menos interesse pela sexualidade do que os sujeitos com formação secundária ou universitária. Também no estudo de Addis e colaboradores (2006), constatou-se que mulheres com um grau mais elevado de escolaridade e maiores rendimentos revelavam mais actividade sexual. Samuels (1997) demonstrou que o estatuto socio-económico era um bom preditor de atitudes e comportamentos sexuais, sendo que pessoas com um estatuto sócio-económico elevado têm atitudes sexuais mais liberais e menos conservadoras.

De salientar, que em Portugal o nível de instrução da população idosa é baixo, sendo que em 2001 mais de metade dos adultos idosos (55.1%) não apresentava qualquer nível de escolaridade (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Estado Civil. A presença ou ausência de parceiro sexual na vida do adulto idoso é outro dos factores determinantes para a prática de relações sexuais (Fernandes, 2006; Lima, 2003, 2006; Santos & Marques, 2006; Vasconcellos et al., 2004). Estudos recentes revelam que a presença dum parceiro sexual é crucial. Tal como constataram Ginsberg, Pomerantz e Kramer-Feeley (2005) a ausência de parceiro parece ser o principal entrave referido pelos adultos idosos para a ausência de actividade sexual.

Na verdade, a investigação revela que os indivíduos casados ou que vivem em união de facto revelam uma frequência de actividade sexual mais elevada do que os indivíduos que vivem sozinhos (Addis et al., 2006; Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Gott & Hinchliff, 2003; Lima, 2006; Patel et al., 2003; Steinke, 1994; Vasconcellos et al., 2004). Também Lindau e colaboradores (2006) constataram que as mulheres casadas da sua amostra ($M = 71$ anos) eram mais activas sexualmente do que as não casadas.

Da população com mais de 55 anos residente em Portugal, destaque-se que 6.4% são solteiros, 68.8% casados, 22% viúvos, 7% separados e 2.1% divorciados (Instituto Nacional de Estatística, 2002). De referir, ainda, que a viuvez afecta mais as mulheres adultas idosas portuguesas do que os homens adultos idosos portugueses, devido à sobremortalidade

masculina. Aquando a viuvez, os adultos idosos do sexo masculino optam com maior frequência e rapidez pela “reconstituição familiar” e as adultas idosas pelo celibato. Assim, tendencialmente, os homens adultos idosos vivem com um cônjuge e as mulheres adultas idosas sozinhas (Gonçalves & Silva, 2004).

Religião. Os valores religiosos não devem ser descurados quando se reflecte acerca da sexualidade nos mais velhos. O estudo de Lefkowitz, Gillen, Shearer e Boone (2004) mostrou que o comportamento religioso era o preditor mais forte do comportamento sexual. Davidson, Moore e Ullstrup (2004) demonstraram que níveis elevados de religiosidade estavam associados com um menor número de parceiros sexuais e menor frequência de actividade sexual. Quanto mais religioso é o sujeito, mais atitudes restritivas tem face à sexualidade (Samuels, 1997). No estudo de Lefkowitz e colaboradores (2004), verificou-se que a ausência de actividade sexual, o reduzido número de parceiros sexuais e atitudes conservadoras face à sexualidade estavam relacionados com níveis mais elevados de religiosidade. Beckwith e Morrow (2005) encontraram relações significativas entre o nível de religiosidade e as atitudes sexuais, especificamente com a Permissividade, as Práticas Sexuais e a Instrumentalidade, pelo que quanto mais elevado o nível de religiosidade, menores as pontuações nas dimensões atitudinais mencionadas. Não se encontrou qualquer relação entre a religião e o factor Comunhão. Le Gall e colaboradores (2002) constataram que as adultas idosas crentes eram menos instrumentais do que as adultas idosas não religiosas. Não obstante, outros estudos demonstram que não existem diferenças significativas quanto à frequência de actividade sexual entre sujeitos religiosos e não religiosos (Bergström-Walan & Nielsen, 1990; Lefkowitz et al., 2004). Nodin e colaboradores (2001) referem a influência da igreja na sexualidade nos adultos idosos actuais, dado que até meados de 1960, em Portugal, a educação e a informação sobre sexualidade era da responsabilidade da igreja. No respeitante aos papéis sociais quer do homem quer da mulher, a igreja também teve uma forte influência nesta época. De salientar, que em Portugal 84.5% da população residente são católicos, sendo que apenas 3.9% revela não ter qualquer religião (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Referências

- Abel, T., & Werner, M. (2003). HIV risk behaviour of older persons. *European Journal of Public Health, 13* (4), 350-352.
- Addis, I. B., Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C. L., Vittinghoff, E., Brown, J. S., & Thomm D. H. (2006). Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics & Gynecology, 107* (4), 755-764.
- Akers, A., Bernstein, L., Henderson, S., Doyle, J., & Corbie-Smith, G. (2007). Factors associated with lack of interest in HIV testing in older at-risk women. *Journal of Women's Health, 16* (6), 842-858.
- Alferes, V. (1994). Dos comportamentos sexuais à encenação do sexo: Contributos para uma psicologia social da sexualidade. Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- 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.
- Anderson, G. (1998). Providing services to elderly people with HIV. In D. M. Aronstein, & B. J. Thompson (Eds.), *HIV and social work: A practitioner's guide* (pp. 443-450). New York: The Haworth Press.
- Arvanatis, M. (2002). *HIV/AIDS surveillance in Greece*. Athens: Hellenic Centre for Infectious Diseases Control.
- Bankole, A., Darroch, J. F., & Singh, S. (1999). Determinants of trends in condom use in the United States, 1988-1995. *Family Planning Perspectives, 31* (6), 264-271.
- Barros, H. (2007). *Sida*. Lisboa: QUIDNOVI.
- Beckwith, H. D., & Morrow, J. A. (2005). Sexual attitudes of college students: The impact of religiosity and spirituality. *College Student Journal, 39* (2), 357-366.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergström-Walan, M. & Nielsen, H. H. (1990). Sexual expression among 60-80-year-old men and women: A sample from Stockholm, Sweden. *The Journal of Sex Research, 27* (2), 289-295.
- Campos, M. A. (2006). A mortalidade por VIH/SIDA em Portugal: Alterações da estrutura etária. *Revista de Estudos Demográficos, 38*, 67-78.

- Catz, S. L., Heckman, T. G., Kochman, A., & DiMarco, M. (2001). Rates and correlates of HIV treatment adherence among late middle-aged and older adults living with HIV disease. *Psychology, Health & Medicine*, 6 (1), 47-58.
- Centers for Disease Control and Prevention (1998). AIDS among persons aged greater than or equal to 50 years – United States, 1991-1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47, 21-27.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008). Persons tested for HIV, United States, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57 (31), 845-849.
- Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (2007). Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro nacional de SIDA: Situación a 31 de Diciembre de 2007 [En línea]. Obtenido a 2 de Octubre en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp.
- Chiao, E. Y., Ries, K. M., & Sande, M. A. (1999). AIDS and the elderly. *Clinical Infectious Disease*, 28 (4), 740-745.
- Davidson, J. K., Moore, N. B., & Ullstrup, K. M. (2004). Religiosity and sexual responsibility: Relationships of choice. *American Journal of Health Behavior*, 28 (4), 335-346.
- Dias, A., Fonseca, S., Renca, P., & Silva, E. (2005). *A infecção VIH/SIDA na população com +50 anos: Análise estatística da população com +50 anos infectada em Portugal* [Em linha]. Consultado em 22 de Novembro de 2006 a partir de <http://www.aidscongress.net/>.
- Eisenman, R., & Dantzker, M. L. (2006). Gender and ethnic differences in sexual attitudes at a Hispanic-Serving University. *The Journal of General Psychology*, 133 (2), 153-162.
- EuroHIV (2007). *HIV/AIDS surveillance in Europe: Mid-year report 2007* [On line]. Retrieved June 2008 from <http://www.eurohiv.org/>.
- Fernandes, L. (2006). A sexualidade do idoso. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 11 (4), 225-231.
- Flowers, P., Knussen, C., & Church, S. (2003). Psychosocial factors associated with HIV testing amongst Scottish gay men. *Psychology and Health*, 18 (6), 739-752.
- Fowler, J. P. (2003). Aging with HIV: One woman's story. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33 (2), 166-168.
- Gebo, K. A. (2006). HIV and aging: Implications for patient management. *Drugs Aging*, 23 (11), 897-913.

- Ginsberg, T. B., Pomerantz, S. C., & Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: Behaviors and preferences. *Age and Ageing, 34*, 475-480.
- Godkin, K., & Stoff, D. (2008). Older age and HIV infection. In M. A. Cohen, & J. M. Gorman (Eds), *Comprehensive textbook of AIDS psychiatry* (pp. 357-376). Oxford: University Press.
- Gomes, H., Poço, J., Lima-Alves, C., & Mota-Miranda, A. (2002). Infecção pelo VIH em idosos. *Arquivos de Medicina, 16* (1), 37-40.
- Gonçalves, C., & Silva, C. (2004). Pobreza e exclusão social nas famílias de idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos, 35*, 143-169.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in late life? The views of older people. *Social Science & Medicine, 56* (8), 1617-1628.
- Grabar, S., Weiss, L., & Costagliola, D. (2006). HIV infection in older patients in the HAART era. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 57* (1), 4-7.
- Health Protection Agency Centre for Infections (2008). *New HIV diagnoses surveillance tables: UK data to the end of December 2007* [On-line]. Retrieved September 2008 from <http://www.hpa.org.uk>.
- Heckman, T. G., Kochman, A., Sikkema, K. J., Kalichman, S. C., Masten, J., Bergholte, J., & Catz, S. (2001). A pilot coping improvement intervention for late middle-aged and older adults living with HIV/AIDS in the USA. *AIDS Care, 13* (1), 129-139.
- Henderson, S. J., Bernstein, L. B., St. George, D. M., Doyle, J. P., Paranjape, A. S., & Corbie-Smith, G. (2004). Older women and HIV: How much do they know and where are they getting their information? *Journal of the American Geriatrics Society, 52* (9), 1549-1553.
- Hendrick, C., Hendrick, S., & Reich, D. A. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of Sex Research, 43* (1), 76-86.
- Hendrick, S., Hendrick, C., Slapion-Foote, M. J., & Foote, F. H. (1985). Gender differences in sexual attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology, 48* (6), 1630-1641.
- Howard, J. R., O'Neill, S. O., & Travers, C. (2006). Factors affecting sexuality in older Australian women: Sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric, 9* (5), 355-367.
- Im-em, W., VanLandingham, M., Knodel, J., & Saengtienchai, C. (2002). HIV/AIDS-related knowledge and attitudes: A comparison of older persons and young adults in Thailand. *AIDS Education and Prevention, 14* (3), 246-262.

- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Recenseamento da população e da habitação – Censos 2011* [Em linha]. Consultado em 22 de Novembro de 2006 a partir de <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Dia Mundial da SIDA* [Em linha]. Consultado em 22 de Novembro de 2006 a partir de <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas demográficas 2007*. [Em linha]. Consultado em 11 de Julho de 2008 a partir de <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, & Centro de Vigilância Epidemiológica (2002). *Sida: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2001* [Em linha]. Consultado em 22 de Novembro de 2006 a partir de <http://www.insarj.pt>.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, & Centro de Vigilância Epidemiológica (2005). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 30 de Junho de 2005* [Em linha]. Consultado em 2 de Maio de 2007 a partir de <http://www.insarj.pt>.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, & Centro de Vigilância Epidemiológica (2008). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2007* [Em linha]. Consultado em 11 de Julho de 2008 a partir de <http://www.insarj.pt>.
- Karlovsky, M., Lebed, B., & Mydlo, J. H. (2004). Increasing incidence and importance of HIV/AIDS and gonorrhoea among men aged ≥ 50 years in the US in the era of erectile dysfunction therapy. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 38 (3), 247-252.
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2001). Sexual activity among older thais: The influence of age, gender and health. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16 (2), 173-200.
- Knodel, J., Watkins, S., & VanLandingham, M. (2003). AIDS and older persons: An international perspective. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndromes*, 33 (2), 153-165.
- Le Gall, A., Mullet, E., & Shafiqhi, S. R. (2002). Age, religious beliefs and sexual attitudes. *The Journal of Sex Research*, 39 (3), 207-216.
- Lefkowitz, E. S., Gillen, M. M., Shearer, C. L., & Boone, T. L. (2004). Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *The Journal of Sex Research*, 41 (2), 150-159.
- Lekas, H. M., Schrimshaw, E. W., & Siegel, K. (2005). Pathways to HIV testing among adults fifty and older with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 17 (6), 674-687.
- Levine, S. (1998). *Sexuality in mid-life*. New York: Plenum Press.

- Lima, M. P. (2003). Sexualidade na terceira idade. In E. Sá (Coord.), *Quero-te: Psicologia da sexualidade* (pp. 109-115). Coimbra: Quarteto.
- Lima, M. P. (2006). Sexualidade “de terceira” na terceira idade? *Psychologica*, 41, 83-101.
- Lindau, S. T., Leitsch, S. A., Lundberg, K. L., & Jerome, J. (2006). Older women’s attitudes, behavior, and communication about sex and HIV: A community-based study. *Journal of Women’s Health*, 15 (6), 747-753.
- Lindau, S. T., Schumm, P., Laumann, E. O., Levinson, W., O’Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357 (8), 762-774.
- Longo, B., Camoni, L., Boros, S., & Suligoj, B. (2008). Increasing proportion of AIDS diagnoses among older adults in Italy. *AIDS Patient Care*, 22 (5), 365-371.
- Maes, C. A., & Louis, M. (2003). Knowledge of AIDS, perceived risk of AIDS, and at-risk sexual behaviors among older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15 (11), 509-516.
- Manfredi, R. (2002). HIV disease and advanced age: An increasing therapeutic challenge. *Drugs Aging*, 19 (9), 647-669.
- Marcus, U., & Starker, A. (2006). *Federal health reporting: HIV and AIDS*. Berlin: Robert Koch Institute.
- Marktest, & Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2006). *Perspectivas dos portugueses sobre a SIDA* [Em linha]. Consultado em 15 de Novembro de 2007 a partir de <http://www.portaldasaude.pt>.
- Moreira, A. M., & Côrte-Real, A. (1999). Uma abordagem CL da sexualidade do idoso. In G. Lopes (Ed.), *Temas CL de psiquiatria, psicossomática e psicologia* (pp. 205-213). Lisboa: Consiliar Ligação Portuguesa.
- Mota, M. (2007). *A infecção VIH nos idosos* [Em linha]. Consultado em 12 de Junho de 2007 a partir de <http://www.aidscongress.net/>.
- Nardone, A. (2005). Transmission of HIV/AIDS in Europe continuing. *Eurosurveillance*, 10 (47).
- National Surveillance of Communicable Diseases (2003). *HIV annual report 2002* [On-line]. Retrieved September 2008 from <http://www.ssi.dk>.

- Nichols, J. E., Speer, D. C., Watson, B. J., Watson, M. R., Vergon, T. L., Valee, C. M., & Meah, J. M. (2002). *Aging with HIV: Psychological, social and health issues*. San Diego, CA: Academic Press.
- Nodin, N., Moreira, S., & Ourô, A. M. (2001). Portugal (República Portuguesa). In R. T. Francoeur, & R. J. Noonan (Eds.), *The international encyclopedia of sexuality* (Vol. 4, pp. 502-546). New York: Continuum Publishing Company.
- O'Donohue, W. T. (1987). The sexual behaviour and problems of the elderly. In L. Carstein & B. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 66-75). New York: Pergamon.
- Ohio Department of Health HIV/AIDS Surveillance Program (2001). *HIV/AIDS among Ohioans aged 50 and older* [On-line]. Retrieved May 2007 from <http://www.odh.ohio.gov/>
- Oliver, M. B., & Hyde, J. S. (1993). Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (1), 29-51.
- Patel, D., Gillespie, B., & Foxman, B. (2003). Sexual behavior of older women: Results of a random-digit-dialing survey of 2000 women in the United States. *Sexually Transmitted Diseases*, 30 (3), 216-220.
- Peate, I. (2007). Human immunodeficiency virus and the older people. *British Journal of Nursing*, 16 (10), 606-610.
- Pedersen, J. B. (1998). Sexuality and aging. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology* (pp. 141-145). Washington, DC: American Psychological Association.
- Public Health Agency of Canada (2007). *HIV/AIDS among older Canadians* [On-line]. Retrieved September 2008 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/>
- Radda, K. E., Schensul, J. J., Disch, W. B., Levy, J. A., & Reyes, C. Y. (2003). Assessing human immunodeficiency virus (HIV) risk among older urban adults: A model for community-based research partnership. *Family and Community Health*, 26 (3), 203-213.
- Samuels, H. P. (1997). The relationships among selected demographics and conventional and unconventional sexual behaviors among black and white heterosexual men. *The Journal of Sex Research*, 34 (1), 85-92.

- San Francisco Department of Public Health (2008). *Quarterly AIDS surveillance report: AIDS cases reported through June 2008* [On-line]. Retrieved July 2008 from <http://www.sfdph.org/>.
- Santos, G., & Marques, T. R. (2006). Sexualidade do idoso. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (pp. 95-106). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Santos-Ortiz, M. C., Mattei, H., Correa-Nivar, K., & Pintado-Díaz, E. (2004). HIV/AIDS among middle and older adults in Puerto Rico. *Californian Journal of Health Promotion*, 2 (3), 30-39.
- Sasse, A., Defraye, A., & Buziarsist, J. (2007). *Épidémiologie du SIDA et l'infection à VIH en Belgique: Situation au 31 Décembre 2006*. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie.
- Schable, B., Chu, S., & Diaz, T. (1996). Characteristics of women 50 years of age or older with heterosexually acquired AIDS. *American Journal of Public Health*, 86 (11), 1616-1618.
- Shippy, R. A. & Karpiak, S. E. (2005b). The aging HIV/AIDS population: Fragile social networks. *Aging and Mental Health*, 9 (3), 246-254.
- Steinke, E. E. (1994). Knowledge and attitudes of older adults about sexuality in ageing: A comparison of two studies. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (3), 477-485.
- United Nations Programme in HIV/AIDS (2002). *Impact of AIDS on older populations* [On-line]. Retrieved September 2007 from <http://www.unaids.org/en/>.
- United Nations Programme in HIV/AIDS (2007a). *AIDS epidemic update* [On-line]. Retrieved July 2008 from <http://www.unaids.org/en/>.
- United Nations Programme in HIV/AIDS (2007b). *UNAIDS annual report: Knowing your epidemic*. [On-line]. Retrieved July 2008 from <http://www.unaids.org/en/>.
- United Nations Programme in HIV/AIDS (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. [On-line]. Retrieved September 2008 from <http://www.unaids.org/en/>.
- Vasconcellos, D., Novo, R. F., Castro, O. P., Vion-Dury, K., Ruschel, A., Couto, M. C., & Giami, P. C. (2004). A sexualidade no processo de envelhecimento: Novas perspectivas – Comparação transcultural. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 413-419.
- Veen, M G., Koedijk, F. D., Broek, I. V., Coul, E. L., Boer, I. M., Sighem, A. I., & Sande, M. A. (2007). *Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2006*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment.

- Williams, E., & Donnelly, J. (2002). Older Americans and AIDS: Some guidelines for prevention. *Social Work, 47* (2), 105-111.
- World Health Organization (2008). *World health statistics 2008* [On-line]. Retrieved July 2008 from www.who.int.
- Zablotsky, D., & Kennedy, M. (2003). Risk factors and HIV transmission to midlife and older women: Knowledge, options and the initiation of safer sexual practices. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 33* (2), 122-130.