

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**O PRECONCEITO NO USO DO PRESERVATIVO MASCULINO NA
POPULAÇÃO 50 +**

Ana Isabel Miranda Soares

Outubro, 2016

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pelo Professor Doutor **Félix Neto** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo deste relatório reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Este relatório pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega.

Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar este relatório, o autor declara que o mesmo é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga no presente relatório quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

AGRADECIMENTOS

É com muito orgulho que concluo este percurso que teve tanto de bom e gratificante como de atribulado, mas que no fim reflete a capacidade daqueles que me rodeiam em apoiar-me. E por esse apoio incondicional presto aqui vários agradecimentos.

Em primeiro lugar, e sem o qual este trabalho não seria possível, agradeço ao Prof. Doutor Félix Neto pelo acompanhamento, pela transmissão de conhecimentos importantes e pela total disponibilidade com que sempre me recebeu no seu gabinete. Mas acima de tudo agradeço por me ter feito acreditar que este trabalho era possível, quando o pior se faziam prever.

À minha mãe, que desde sempre me ensinou importantes valores e princípios e que apoia as minhas decisões. Sem o seu inestimável apoio no meu dia-a-dia teria sido extremamente complicado, se não impossível ser o que sou hoje. A ti te devo tudo!

Ao meu pai, que mesmo ausente fisicamente, está um pouco neste trabalho pelos ensinamentos que me transmitiu enquanto pôde. Sei o quão orgulhoso estaria neste dia e, por isso, este trabalho tem ainda mais força para mim.

Ao João, pelo apoio constante e pela maior prova de amor que me prestou nestes últimos 5 anos. Adiar o seu sonho para que eu pudesse perseguir o meu. É não só uma prova de amor, mas também um sinal de grande caráter. Também tenho que agradecer por todas as horas que “perdeste” comigo, sempre com uma palavra de ânimo e convicção de que era capaz mesmo quando nem eu acreditava em mim própria.

À minha amiga Inês Maia, pelo companheirismo que vivemos desde os primeiros dias de faculdade. A tua perseverância e dedicação são uma inspiração diária para ser melhor.

À minha restante família sem a qual não seria a pessoa que sou hoje. Todos contribuem para a construção daquilo que sou, acredito e defendo. A todos agradeço a compreensão pelo tempo que vos “roubei” para que este trabalho se concluísse e o apoio na disseminação deste estudo.

À Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação Matosinhos na pessoa da Dra. Patricia Santos por, no decorrer do meu estágio curricular, me ter apoiado também neste projeto

através da compreensão e disponibilidade para com o tempo que necessitei para construir este estudo. Sempre que precisei de me ausentar ao serviço devido a esta tese, este nunca me foi negado e só isso foi o bastante para estar prestes a tornar público este trabalho.

E por último, mas não menos importante, agradeço a todos os responsáveis pelas instituições que percorri que não quiseram ficar de “fora” deste pequeno avanço naquilo que conhecemos sobre a fase da vida que mais descuramos.

Não foi fácil pela temática escolhida, pois as pessoas ainda ficam constrangidas quando têm de pensar sequer em sexo. Apesar de este estudo não ter interesse nos comportamentos que assumem, alguns dos inquiridos acreditam que expressar as crenças e pensamentos acerca da sexualidade reproduz também as suas práticas. Pela coragem em mudar aquilo que conhecemos como certo agradeço a todos e a todas que se disponibilizaram para este trabalho sem medos.

Resumo

As grandes alterações mundiais ao nível populacional tem-se repercutido na forma como a sociedade encara o envelhecimento. Se no passado esta fase caracterizava-se pelo definhamento da vida, nos dias de hoje tal não é mais uma verdade. Atualmente, a população mais velha têm uma maior noção do sentido pós-reforma e encara esta nova fase da vida, para a qual não estamos conscientes, de maneira a usufruir da sua vivência. Para tal, torna-se essencial conhecer e compreender o processo de envelhecimento e antever as mudanças de forma a que estas ocorram naturalmente.

Através das mudanças quotidianas que os idosos vão adotando, várias problemáticas tornam-se pertinentes e alvo de aprofundamento. O redescobrir da capacidade para o envelhecimento ativo acarreta consequências para as quais a nossa população não se tinha preparado, que assenta o seu modo de agir em princípios e crenças pouco adequadas à realidade em questão.

Posto isto, ao longo dos últimos anos, alguns trabalhos têm-se debruçado sobre a vida para além da idade ativa, nomeadamente em áreas como a saúde, o envelhecimento ativo e a sociabilidade. Contudo, poucos são os trabalhos que se encarregam de analisar uma vertente “esquecida” por todos, mas que para os mais velhos ainda demonstra ter destaque: a sexualidade.

Neste âmbito, o objetivo principal desta investigação é o de conhecer as variáveis que influenciam diretamente as atitudes face ao uso do preservativo e que se repercutem nos comportamentos sexuais da população idosa. Este interesse surge porque vão sendo dados a conhecer indícios de que esta população desconhece os riscos associados à sexualidade desprotegida. Desta forma, pretende-se dar a conhecer as variáveis que merecem maior atenção pela comunidade científica, no geral, e da comunidade médica e de proximidade desta população no sentido de promover mudança. Para tal, inquiriu-se 61 indivíduos com idade igual ou superior aos 50 anos.

Palavras-Chave: desenvolvimento, envelhecimento, preservativo, preconceito, atitudes.

Abstract

The major global change at the population level has been passed on as a way society views aging. In the past this characterized up phase by languish life, today this is no longer true. Currently, the older populations have a greater sense of post-reform direction and see this new phase of life for which we are not aware as to enjoy their experience. To this end, it is essential to know and understand the process of aging and changes to predict so that they occur naturally.

Through the daily changes that the elderly are adopting several issues become relevant and target of deepening. The rediscovery of the capacity for active aging has consequences for which we had not prepared our population, who often relies on his way of acting on principles and beliefs poorly suited to the reality in question.

That said, over the past few years, some studies have been poring over the life beyond 65 years, particularly in areas such as health, active aging and sociability. However, there are few jobs that are in charge of analyzing a strand "forgotten" by others, but for the older this still demonstrate great importance, sexuality.

In this context, the main objective of this research is to know the variables that directly influence the bias in condom use in relation to sexual behavior of the elderly, as they are being made known evidence that this population is unaware of the risks associated with sexuality. Thus, it is intended to present the variables that deserve greater attention by the scientific community in general and the medical community and proximity of this population in order to promote change. To this end, we questioned 61 individuals aged above 50 years.

Keywords: Aging, condom, preconception, development, attitudes

Resumé:

Les grands changements mondiales au niveau de la population se répercutent dans la façon comme la société envisage le vieillissement. Si dans le passé, cette phase se caractérisait par la longueur de la vie, aujourd'hui cela n'est plus vrai. Actuellement, les plus âgés ont un grand sens en ce qui concerne leur vie pendant la retraite et envisage cette nouvelle phase de leur vie, pour laquelle nous ne sommes pas encore conscient, de façon à profiter de leur expérience. Pour cela, il est très important, même essentiel, de connaître et de comprendre le processus de vieillissement et d'anticiper les changements afin qu'ils se produisent naturellement.

Grâce aux changements quotidiens que les âgés adoptent, il y a plusieurs questions qui deviennent pertinentes et qu'il faut approfondir. La redécouverte des capacités pour un vieillissement actif, nous apporte quelques conséquences pour lesquelles notre population n'a pas été préparée, et qui concerne la façon d'agir sur les principes et croyances peu appropriés à la réalité en question.

Pour cela, au cours des dernières années, quelques études se rapportent sur la vie au-delà de l'âge de travailler, en particulier en ce qui concerne la santé, le vieillissement actif et la sociabilité. Cependant, il y a peu d'études qui se charge d'analyser un côté un "oublié" par tous, que pour les plus âgés, a une grande importance: la sexualité.

Dans ce contexte, l'objectif principal de cette recherche, est de connaître les variables qui influencent directement les attitudes envers l'utilisation du préservatif et qui ont un impacte sur le comportement sexuel de la population plus âgée. Cet intérêt surgit parce qu'il commence à avoir des indices que cette population ne connaît pas les risques associés à la sexualité non protégée. Ainsi, il est destiné à présenter les variables qui méritent une plus grande attention par la communauté scientifique en général et de la communauté médicale et de la proximité de cette population pour promouvoir le changement. Pour cela, on a questionné 61 personnes à l'âge supérieure ou égale à 50 ans.

Mots-clés: le développement, le vieillissement, les préservatifs, les préjugés, les attitudes

Índice Geral

Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico	
1.1. Velhice:última etapa desenvolvimental.....	3
1.2. Envelhecimento Ativo e Participação Social.....	9
1.3.Sexualidade na Velhice.....	13
1.4.Comportamento Sexuais de Risco e Preservativo.....	16
1.5.Influência de Variáveis Psicológicas.....	17
1.5.1. Auto-Eficácia.....	17
1.5.2. Religião.....	19
1.5.3. Atitudes Sexuais.....	21
2. Metodologia	
2.1. Objetivos do Estudo.....	24
2.2. Participantes.....	28
2.3. Instrumentos.....	29
2.3.1. Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo.....	29
2.3.2. Escala de Ideologia dos Papéis de Género.....	30
2.3.3. Escala de Auto-Eficácia Geral.....	30
2.4. Procedimentos.....	31
2.4.1. Procedimentos Estatísticos.....	32
3. Resultados.....	34
4. Discussão.....	41
5. Conclusão.....	45
Bibliografia.....	47
Anexos.....	51

Siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde

SOC – Otimização Seletiva com Compensação

UTI – Universidade da Terceira Idade

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EMARUP – Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo

SRIS – Escala de Ideologia dos Papéis de Género

IP – Iniciação e Persistência

EPA – Eficácia Perante a Adversidade

ES – Eficácia Social

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

Introdução

O fenómeno do envelhecimento da população mundial têm-se mostrado uma problemática preocupante, que coloca em risco o desenvolvimento sustentável dos países. Efetivamente esta situação é vista sob um duplo padrão. De uma perspetiva positiva, este é um indicador do progresso crescente, nomeadamente em áreas sociais e biomédicas que beneficiam diretamente as populações com melhorias na qualidade de vida e na elaboração de políticas públicas que permitam o acesso generalizado e gratuito aos cuidados de saúde (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques, 2013). Contudo, este indicador combinado com a diminuição da fecundidade para valores consideravelmente abaixo do necessário para renovar gerações acarreta consequências gravosas para as quais as sociedades não têm tido solução. Um aspeto importante para uma melhor compreensão do fenómeno é considerar as representações do envelhecimento que se formam através das vivências e atitudes globais geradas na sociedade e que permite ter uma visão otimista ou pessimista acerca do que significa envelhecer na voz dos seus atores (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques, 2013). Contudo o seu crescimento tem sido tão rápido que não permite que qualquer tipo de medida que esteja para entrar em vigor surta efeito a tempo de reverter a situação.

Associando este fenómeno com a crise económica e financeira que tem assolado quase todos os países do mundo, o envelhecimento da população reveste-se de preconceito e estigmas que se refletem na forma como os mais velhos se vêem. Em nome deste preconceito e estigma somente se têm acentuado os aspetos negativos que este fenómeno acarreta. Exemplo desta situação é a grande responsabilidade dos organismos estatais que, para fazer face ao risco crescente de não conseguir cumprir com as suas obrigações para com a população, no que concerne à sustentabilidade do serviço de saúde e de segurança social, necessitam inevitavelmente de rever as políticas sociais em que assentam (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques, 2013).

Esta mudança de paradigma acerca do envelhecimento, revela novas realidades e, conseqüentemente, novas problemáticas.

Uma nova realidade que se evidencia é a participação social dos idosos que representa uma porção importante do seu envelhecimento ativo em que se pressupõe um *continuum* após a reforma, em que o tempo é ocupado por atividades que otimizam as capacidades individuais (Martins, 2010) para além de prolongar nos seus utentes o sentimento de utilidade e participação (Cabral e Ferreira, 2013). Esta participação pode assumir-se sob diversas formas, nomeadamente trocas interpessoais significativas, exercício dos seus direitos e deveres de cidadania e associação a estruturas comunitárias (Pául, 2005).

No entanto, as atividades informais também representam uma parte significativa da participação social dos idosos, principalmente dos indivíduos integrados em redes interpessoais não familiares (Cabral e Ferreira, 2013).

Com a introdução do conceito de envelhecimento ativo na literatura e, conseqüentemente, na prática o paradigma assente no processo de envelhecimento mudou. É nesta transformação que as próximas páginas se irão focar, nomeadamente em relação à dimensão sexual.

Nas últimas décadas o encobrimento do fenómeno do sexo levou os idosos a recusar a sua sexualidade como ativa, dificultando a sua educação para a vivência plena da prática sexual. Dados recentes mostram que a incidência de doenças sexualmente transmissíveis tem crescido exponencialmente junto da população mais velha, de uma maneira geral. Na verdade, os métodos contraceptivos de barreira, nomeadamente o preservativo, são amplamente conhecidos pelos mais jovens que têm uma educação para a sexualidade cada vez mais precoce e aberta, mas que para os nossos idosos usá-lo era considerado uma libertinagem (Souza, 2008).

O preservativo assume-se como o método mais seguro visto que a propagação de doenças venéreas nesta idade tem assumido valores muito preocupante.

Para atingir uma compreensão mais aprofundada destes dados, surge a necessidade deste estudo para que posteriormente este fenómeno se torne mais familiar dos técnicos que apoiam esta população e, conseqüentemente uma realidade normativa para os seus principais atores. É através da compreensão exaustiva da problemática que se torna prudente agir, numa perspetiva de prevenção.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Velhice: última etapa desenvolvimental

O conhecimento generalizado acerca do envelhecimento permite que muita informação vinculada não corresponda à realidade. Antes de tentarmos compreender o envelhecimento nas palavras dos seus atores é importante ressaltar o que o processo de envelhecimento acarreta quer ao nível físico quer ao nível mental, justificando por vezes os comportamentos adotados ou a falta de ação assumida. Posto isto, torna-se fulcral a perspectiva que a Psicologia assume sobre o desenvolvimento e o seu conteúdo ao passo daquilo que as ciências médicas ajudam a decifrar.

Primeiramente, a velhice não era uma área de principal interesse como a conhecemos nos dias de hoje. Esta fase era vista como um produto resultante do processo de desenvolvimento na infância e na adolescência, na qual os autores afirmavam que o desenvolvimento terminava na adolescência e todo este processo culminava no adulto (Baltes & Baltes, 1990).

Apesar das conotações negativas, a velhice a partir do século XX, na década de 20 passa a constar no âmbito científico devido às transformações fisiológicas evidentes, através do estudo do Desenvolvimento Humano (Araújo & Carvalho, 2005). Em 1970, Baltes e Goulet definem o Desenvolvimento Humano como um processo através do qual se pretende descrever e explicar as mudanças ontogénicas ao longo do ciclo vital (Baltes e Goulet, 1970 *cit in* Araújo e Carvalho, 2005). Este estudo mais abrangente pretendia incluir as interações contínuas e recíprocas do indivíduo (Riegel, 1976).

Ao longo desta etapa várias são as transformações evidentes no indivíduo tais como mudanças fisiológicas, anatómicas, bioquímicas e hormonais que culminam no declínio do organismo assim como mudanças ao nível dos comportamentos relativamente a si e aos outros que acarretam alterações no seu repertório comportamental (Araújo e Carvalho, 2005). Neste seguimento surgem vários paradigmas que são a base de várias teorias do desenvolvimento. No âmbito deste enquadramento apenas irei focar algumas das teorias mais significativas na literatura.

O paradigma que deu origem a uma das mais importantes teorias do desenvolvimento, a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento de Erikson, denomina-se de organicismo e enfatiza características qualitativas da mudança desenvolvimental e a contribuição do organismo pela integração de novos padrões comportamentais. O contexto pode inibir ou promover a progressão da mudança mas sem alterar o seu curso (Fonseca, 2004). O desenvolvimento ocorre por níveis qualitativamente diferenciados que evoluem através de estruturas, estádios ou períodos, daí ser um paradigma estrutural, mas também assume-se como construtivo na medida em que os seus níveis de desenvolvimento acarretam fases de construção, manutenção e transformação, numa progressão crescente (Sameroff, 1983 *cit in* Fonseca, 2004). Este desenvolvimento gradual é privilegiado pelo papel ativo do indivíduo que acomoda-assimila novas informações nas suas estruturas pré-existentes onde impõe a sua perspectiva sobre o meio (Piaget, 1990).

Este paradigma engloba teorias clássicas como a de Piaget, Gesell e Freud em que inicialmente o foco era a interação entre o desenvolvimento psicológico e os processos maturacionais do organismo. Contudo, posteriormente outros autores focaram a cultura e a relação da pessoa com o meio, dando relevância ao processo desenvolvimental durante a velhice.

Um destes autores foi Erikson que desenvolve a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento, na qual postula que a forma como os indivíduos lidam com as suas experiências molda as suas vidas. O desenvolvimento ocorre por momentos de crise, nos quais são tidos em consideração quer sentimentos positivos (confiança, intimidade, integridade) quer sentimentos negativos (culpa, isolamento, inferioridade) (Fonseca, 2004). De uma maneira geral, estes períodos de crise, segundo o autor, comportam tarefas que este deve resolver. Posto isto, face a um momento de crise são acionadas leis internas desenvolvimentais que têm como objetivo máximo o desenvolvimento psicossocial por interação entre a personalidade e o meio. Desta forma, o indivíduo preenche ou frustra as necessidades que a crise criou. Caso a resolução da tarefa desenvolvimental seja bem-sucedida, ocorre desenvolvimento por adaptação ativa pois surgiram novas modalidades de interação social; caso o sujeito não seja bem-sucedido desenvolve-se um período de estagnação (nos adultos) ou de desespero (nos idosos) por não atingir o esperado.

Dos oito momentos de crise, como o autor designa os estágios, apenas dois são de maior importância nesta temática e, por isso, apenas estes se destacam

pormenorizadamente. O momento da Generatividade vs. Estagnação é característico da meia-idade e é nesta fase que o indivíduo procura deixar um legado quer seja através da herança genética e na passagem de valores e princípios para os seus filhos, mas também pode representar uma herança cultural gerando ideias ou produtos que vinculem a transmissão de algo. Neste período é importante para o sujeito sentir que o esforço acarretado durante a vida não acaba nele mesmo, mas que é passado para gerações vindouras (Erikson, 1964; Veríssimo, 2002). Caso a transmissão não ocorra, o indivíduo estagna por acreditar que o seu histórico de vida não se prolongará no tempo e que terminará nele mesmo quer seja na passagem de pai para filho quer seja através de uma empresa ou pesquisa (Erikson, 1964; Veríssimo, 2002). Inicialmente o autor, Erik Erikson (1963), apontava esta fase como sendo característica até aos 41 anos de vida. No entanto tendo possivelmente em consideração o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, o aumento da longevidade ativa das pessoas, torna-se importante prolongar esta fase e destacá-la como característica da meia-idade, indo até aproximadamente os 60 anos (Fonseca, 2004).

Todavia, um último momento de crise foi pensado, de forma a incluir os restantes anos de vida dos indivíduos, o estágio da Integridade do Eu vs. Desespero. É considerada a fase de reflexão e de integração dos estágios anteriores e dá a conhecer a identidade básica do sujeito, propício à aceitação do *self* (Bee, 1997). De facto, é neste período que os indivíduos atribuem significados aos seus feitos de vida e essa retrospectiva pode assumir duas formas. Por um lado, os indivíduos podem entrar em desespero pelo aproximar do fim de vida, sentir que o seu tempo está prestes a terminar e que mais nada pode fazer pelos seus ente-queridos. Neste sentido, Erikson (1987) aponta que perante esta atitude o sujeito estagna face ao “fim” e permite que o desespero tenha um papel central na sua existência. (Erikson, 1964). Por outro lado, pode ser assumida uma postura positiva, em que o sujeito sente que foi útil e, por isso, divide a sua sabedoria e conhecimento com os outros, experienciando um sentimento de dignidade e integridade (Bee, 1997). Face a isto procura outras formas de estruturar o seu tempo livre, de forma a manter-se ativo e com qualidade de vida até à morte (Erikson, 1964).

Outro paradigma de destaque nesta temática é o contextualismo. Este aponta para a interação organismo e contexto, reciprocamente influenciados. Desta forma privilegia o modo de articulação das interações pessoa-meio e a sua influência no desenvolvimento (Fonseca, 2004). Neste sentido, o desenvolvimento ocorre pelo conceito de “tarefa

desenvolvimental” que surge face a dificuldades do sujeito em ultrapassar determinada fase ou obstáculo por falta de estruturas para o fazer. Caso o sujeito seja bem-sucedido na sua tarefa há motivo para experienciar sentimentos positivos e facilitar o sucesso em tarefas futuras; caso seja mal-sucedido é objeto de reprovação pela sociedade, acarretando constrangimentos e maiores dificuldades em tarefas futuras semelhantes (Havighurst, 1965 *cit in* Fonseca, 2004). O mesmo autor considera que há várias oportunidades desenvolvimentais ao longo da vida, somente é necessário que o indivíduo corresponda às expectativas e papéis de cada idade, cumprindo as tarefas que surgem à medida que desenvolve. Contudo, as tarefas que vão sendo impostas podem divergir em função da cultura ou mesmo épocas históricas (Havighurst, 1965 *cit in* Fonseca, 2004). No âmbito deste paradigma quando se faz referência ao contexto este não é apenas relativo ao externo, mas também ao contexto interno que engloba afetos, motivações, competências e crenças (Lerner, 2002 *cit in* Fonseca, 2004).

Neste paradigma destaca-se a Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano da autoria de Bronfenbrenner. Segundo este autor, o desenvolvimento ocorre através da articulação de várias estruturas repartidas por diferentes níveis (Bronfenbrenner, 1994). Esta abordagem procura explicar o desenvolvimento e o comportamento individual pela interação biologia e sociedade, das características individuais que acarretamos à forma como o mundo as trata (Bronfenbrenner, 1994).

O autor assume que esta teoria assenta em duas grandes proposições que definem as suas principais propriedades (Bronfenbrenner, 1994).

Como dito anteriormente, a primeira proposição aponta que o desenvolvimento ocorre ao longo da vida por interação recíproca progressivamente mais complexa, em que há evolução do organismo humano ativo e das pessoas, objetos e símbolos do seu ambiente imediato e que esta para ser eficaz deve ocorrer numa base estável por períodos temporais prolongados. Neste sentido, estas interações denominam-se por processos proximais (Bronfenbrenner, 1994).

A segunda proposição afirma que a forma, o conteúdo, a direção e a força dos processos proximais variam consoante as características da pessoa em desenvolvimento, considerando quer o ambiente em que ocorrem quer a natureza dos seus resultados (Bronfenbrenner, 1994).

Estas interações ocorrem em diferentes estruturas desenvolvimentais que serão detalhadamente descritas de seguida e devem ser vistas como um conjunto agrupado de estruturas que estão umas dentro das outras.

A estrutura central designa-se de microssistema e diz respeito ao padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais do sujeito em desenvolvimento. É neste nível que ocorrem os processos proximais para produzir e sustentar o desenvolvimento, dependendo da estrutura e conteúdo do microssistema (Bronfenbrenner, 1986, 1988, 1989, 1993 *cit in* Bronfenbrenner, 1994).

O mesossistema, ou seja, a estrutura subsequente ao anteriormente descrito corresponde às interações entre elementos do microssistema e engloba os vínculos e processos entre várias configurações que envolva a pessoa em desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1994).

Seguidamente surge o exossistema onde ocorrem as interações entre duas ou mais configurações em que, pelo menos numa delas, não se encontra diretamente a pessoa em desenvolvimento. Contudo, esta é afetada indiretamente pelos eventos ocorridos nessa configuração onde são influenciados os processos do ambiente imediato da pessoa (Bronfenbrenner, 1994).

Por último, o macrossistema, que consiste num padrão global de micro, meso e exossistema de uma cultura ou subcultura, correspondendo ao sistema de crenças vigente, ao corpo de conhecimentos, os recursos materiais, costumes, estilos de vida, estrutura de oportunidades, riscos e opções de curso de vida (Bronfenbrenner, 1994). Por isso esta estrutura pode ser encarada como um modelo social dependendo a sua constituição da cultura em questão. Como modelo de interação mútua, as características sociais e psicológicas mais específicas do macrossistema afetam as condições e processos particulares do microssistema (Bronfenbrenner, 1986, 1988, 1989, 1993 *cit in* Bronfenbrenner, 1994).

Este modelo destaca-se pela introdução da dimensão temporal referente ao desenvolvimento humano, em que para além da idade cronológica, este representa uma propriedade do ambiente (Baltes e Schaie, 1973; Clausen 1986; Elder, 1974; Elder *et al.* 1993 *cit in* Bronfenbrenner, 1994). Por conseguinte, esta estrutura é responsável pela mudança ao longo do tempo quer das características do indivíduo, quer do ambiente

imediate em que este vive, daí a sua transversalidade a todas as estruturas do modelo, sendo designada por cronossistema (Bronfenbrenner, 1994).

A partir deste modelo, o desenvolvimento ocorre por transações ecológicas, isto é, por mudanças na posição do sujeito no seu ambiente em função da sua alteração de papel, contexto ou ambos (Bronfenbrenner, 1994). Se na infância estas são impulsionadas pelos constituintes do microsistema do indivíduo, a partir da adolescência estas são da responsabilidade do próprio que assume um papel ativo no seu desenvolvimento. Esta orientação responsiva e ativa também está presente na velhice de um modo construtivo (Fonseca, 2004).

Em suma, várias são as teorias explicativas do desenvolvimento que incluem o envelhecimento e cada uma esclarece pontos importantes que vão diferindo em função do papel que desempenham na teoria. Através da compreensão exaustiva dos processos inerentes ao envelhecimento e também da conceção de desenvolvimento ao longo da vida é possível explorar, com vista ao entendimento, as mudanças comportamentais dos idosos. Por um lado, há autores que acreditam em fases desenvolvimentais e, portanto, que a velhice é uma etapa exclusiva para a resolução de determinadas tarefas desenvolvimentais. Por outro lado, há autores que acreditam que o desenvolvimento ocorre ao longo da vida por grande influência do contexto do indivíduo que permite o desenvolvimento de características pessoais, que têm impacto sob o ambiente imediato do sujeito, daí ser um modelo de reciprocidade com complexidade crescente. Neste sentido, torna-se importante destacar que os processos proximais têm maior impacto em contextos mais favorecidos. Em contrapartida, em ambientes pobres, os processos proximais apenas se destacam através dos índices desenvolvimentais disfuncionais (Bronfenbrenner, 1994).

Posto isto, o tempo tem permitido que os idosos criem novos significados e se adaptem à realidade de que atualmente vivem, em média, mais vinte anos do que na década de 60 (PORDATA, 2015). Face a um maior período de reforma, os idosos têm adquirido estratégias necessárias para ocupar o seu quotidiano, promovendo o envelhecimento ativo e bem-sucedido em consequência de um constante desenvolvimento.

1.2. Envelhecimento Ativo e Participação Social

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o envelhecimento ativo designa-se por “um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (Edwards, 2002). Neste âmbito, e seguindo as diretrizes da OMS, o envelhecimento ativo assenta em três pontos essenciais: saúde, segurança e proteção e participação numa interação mútua. Ou seja, a saúde promove a participação e previne a depressão e o isolamento; havendo segurança e proteção previne-se acidentes, violência, maus-tratos, abuso e abandono, evitando assim prejudicar a auto-estima, auto-realização e, mais uma vez a saúde dos indivíduos (Quintela, 2014).

Várias designações são utilizadas atualmente para denominar este fenómeno de envelhecer bem. A OMS (2011), mais uma vez, faz referência ao termo ativo, pois engloba no seu sentido bem-estar a diversos níveis, nomeadamente físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Esta agência especializada assume que a maior abrangência do termo ativo corresponde a uma ideia de participação continuada e relativa a questões de âmbito cultural, cívico, económico, educativo e espiritual, muito para além da principal preocupação com a saúde. Encara o envelhecimento como uma tarefa pró-ativa, que pode assumir diversas formas e na qual todo o idoso tem o direito de participar na comunidade (Edwards, 2002). O envelhecimento ativo pressupõe, uma vez mais, que esta população específica mantenha e procure melhorar as suas competências para melhor controlar o rumo da sua vida e abarca oportunidades desenvolvimentais e aprendizagens ao longo do ciclo vital (Edwards, 2002).

Neste contexto é importante destacar o modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990). Este conceptualiza-se sob três principais eixos, nomeadamente o balanço entre ganhos e perdas, o seu uso como explicação básica do processo adaptativo dos indivíduos e a modificação das modalidades de regulação da identidade pessoal (Baltes & Baltes, 1990).

Relativamente ao primeiro eixo, ganhos e perdas, este preconiza que nesta fase é importante maximizar os acontecimentos positivos e, conseqüentemente os ganhos e minimizar os acontecimentos negativos como as perdas (Fries, 1990 *cit in* Fonseca, 2004) de forma a manter um equilíbrio. Contudo, é inevitável constatar que com o avançar da

idade este balanço torna-se negativo pelo aumento da frequência e intensidade das perdas, apontando o envelhecimento bem-sucedido como um processo em que também há limites (Fonseca, 2004).

Tendo em consideração estes dados, os autores afirmam ser necessário que os indivíduos estejam conscientes das suas limitações para que possam atempadamente mobilizar recursos e estratégias que atenuem o seu impacto.

Heckhausen, Dixon e Baltes, em 1989 realizaram um estudo em que os indivíduos, a partir de uma lista de atributos relativos a mudanças desenvolvimentais que ocorram entre os 20 e os 90 anos, procuravam estabelecer uma relação entre comportamentos e crenças subjetivas acerca do envelhecimento e da capacidade para controlar mudanças. Os resultados apontam que os sujeitos têm consciência das mudanças ao longo do curso de vida e que progressivamente há mais perdas (até aos 70), podendo sobreporem-se aos eventuais ganhos (a partir dos 80). Uma das crenças que mais se destacou foi de que o envelhecimento providencia um dos principais ganhos, o aumento da sabedoria. Porém, os sujeitos mantêm o otimismo e a convicção nas potencialidades individuais para lidar com a mudança (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989).

O modelo SOC, como o segundo eixo indica, potencializa a adaptação dos indivíduos e a reorganização dos recursos pessoais para o equilíbrio entre ganhos e perdas. Se numa primeira fase da vida o investimento é feito nos recursos dirigidos para os ganhos desenvolvimentais, numa segunda fase é feito um investimento de recursos com vista à manutenção dos ganhos e reparação das perdas (Fonseca, 2004).

O terceiro eixo remete-nos para a regulação da identidade pessoal que, segundo a perspectiva da ação e de controlo pessoal, preconiza os objetivos como fundamental na economia individual do bem-estar psicológico. Estes dão sentido à vida, repercutindo-se em qualidade de vida psicológica (Brandtstadter & Renner, 1990 *cit in* Fonseca, 2004). Neste domínio, os idosos apresentam maior flexibilidade quanto à reformulação de objetivos, apresentando maior capacidade de acomodar os seus às circunstâncias presentes nas suas vidas (Lachman & Baltes, 1994 *cit in* Fonseca, 2004). Este processo denomina-se de co-ajustamento permanente de objetivos-recursos e deve ser entendido como fonte de resiliência do *self* (Fonseca, 2004).

A regulação da identidade pessoal pressupõe que diferentes estilos de identidade corresponde a diferenças acentuadas quantos aos estilos de *coping* adotados e às estratégias adquiridas para lidar com a mudança que provoca definições do *self* muito distintas entre si, umas mais ligadas à idade cronológica ao passo que outras definem-se independentemente da idade (Whitbourne, 1987 *cit in* Fonseca, 2004). Considerando Cross e Markus (1991) o *self* é um script que facilita a mudança e adaptação a novos papéis em função dos acontecimentos de vida (Cross & Markus, 1991).

De acordo com o modelo de Otimização Seletiva com Compensação, a velhice bem-sucedida tem como finalidade a manutenção de elevados níveis de funcionamento e evitar comportamentos de riscos (Baltes & Baltes, 1990). Para isso postula a coordenação dinâmica entre os processos de seleção, otimização e compensação. Neste âmbito, a seleção diz respeito à orientação individual para o desenvolvimento em que se definem objetivos para o mesmo; a otimização é o mecanismo de aquisição, manutenção e aperfeiçoamento de meios e recursos para atingir os objetivos já definidos e evitar possíveis constrangimentos que possam surgir; e, por último, a compensação que corresponde ao processo de produção de resposta face às perdas que coloquem em risco a obtenção dos objetivos desenvolvimentais anteriormente elaborados. (Freund & Baltes, 1998).

Apesar da definição destes mecanismos cada pessoa deve coordena-los de forma pessoal e criativa, devido aos seus padrões individuais de funcionamento, com vista ao envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990).

No que concerne ao envelhecimento ativo, as variáveis intraindividuais e psicológicas têm um papel muito importante na forma como os indivíduos encaram esta fase do ciclo vital, todavia as variáveis sociais permitem uma boa interação da pessoa com o meio, colocando em prática o produto de todo o trabalho das restantes variáveis. Partindo desta premissa surge a necessidade de manter uma participação social ativa com vista à manutenção das relações sociais e à prática de atividades produtivas para que os indivíduos perpetuem a qualidade de vida na reforma, o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida (Cameron, 1975 *cit in* Fontaine, 1996). Kaufman (1986) mostrou que o sujeito que mantiver atividades produtivas não é considerado um “velho”, no entanto destas atividades destacam-se as remuneradas que são postuladas quer pelos países quer pelas instituições

supranacionais como uma forma altamente viável de envelhecimento ativo (Mendes, 2013).

Na verdade, a participação social faz parte de um conceito mais amplo de cidadania ativa que envolve o exercício de poder, a capacidade de decisão, a participação na comunidade e uma voz ativa nos domínios económicos, sociais e políticos. A promoção da participação social deve, no entanto, respeitar as preferências individuais (Mendes, 2013). Como resultado do nível de participação social dos indivíduos surge na literatura outro conceito, o de capital social, que é compreendido como um recurso simbólico utilizado pelos indivíduos de forma diferenciada (Cabral, 2008; Cabral *et al.*, 2011 *cit in* Cabral & Ferreira, 2013).

Neste domínio, com vista à promoção de um envelhecimento ativo e, conseqüentemente, numa preparação para o inevitável declínio fomentado por perdas substanciais comparativamente aos ganhos, a participação social assume um carácter prioritário. De forma a fazer face a esta problemática vários projetos têm sido lançados ao longo das décadas, com maior ênfase e importância na atualidade devido à melhoria significativa das condições de vida em que envelhecem as populações.

Torna-se evidente na literatura a correlação positiva entre a participação social e os níveis de bem-estar dos idosos (Kohli, Hank & Künemund, 2009 *cit in* Cabral & Ferreira, 2013). Contudo, este fenómeno é alvo do efeito da idade cronológica, na medida em que os idosos mais velhos (75 anos ou mais) apresentam níveis de participação menores que os idosos mais novos (60-75 anos). Tal dado é justificado pela necessidade dos mais novos reestruturarem o seu quotidiano, devido à disponibilidade emergente que a saída do mercado de trabalho proporciona (Cabral & Ferreira, 2013).

Estas mudanças têm ocorrido gradualmente face às alterações demográficas sentidas. Gaullier (1988) considerou que estamos perante uma Idade Nova a partir do fim da vida profissional em que os indivíduos se mantêm saudáveis e autónomos. Neste sentido, o autor aponta que pode ocorrer a existência de uma segunda carreira, devido à disponibilidade dos sujeitos para a participação social (Gaullier, 1988 *cit in* Martins, 2010). Contudo, estas alterações não se revestem exclusivamente de aspetos positivos. Estas repercutem-se nos comportamentos da população-alvo, que pela alteração das conceções de velhice, pode acarretar problemas de ordem social e de saúde, nomeadamente comportamentos de risco.

1.3. Sexualidade na Velhice

A sexualidade é uma das variáveis relevantes para o bem-estar subjetivo dos indivíduos (Marsiglio & Donnelly, 1991). Na velhice, apesar das várias alterações que ocorrem ao nível físico e, conseqüentemente ao nível psicológico e emocional, é frequente vermos conservada a necessidade psicológica de manter uma sexualidade ativa (López & Fuertes, 1989 *cit in* Pinto, 2012). É importante definir que a sexualidade não se restringe exclusivamente ao sexo, este é apenas uma parte. A sexualidade inclui a busca de prazer (Rodrigues, 2008), não só pela penetração como também através do abraçar, beijar e acariciar (Clarke, 2006), mas também inclui a manutenção de necessidades emocionais como a admiração, o companheirismo e amizade (Rodrigues, 2008).

Evidentemente, o senso comum aponta que com o envelhecimento perde-se a expressividade sexual (Bennaton, 2007), tornando-nos seres assexuados quando atingimos a maturidade da velhice.

No entanto, a OMS contraria esta crença popular através de relatos provenientes dos idosos, reconhecendo que a sexualidade é um fator importante para a manutenção do seu bem-estar (Dias, 2009). Na verdade entender a sexualidade, principalmente na vida dos mais velhos, como uma necessidade que contribui também para a manutenção do seu estado geral sadio, não se afigura como uma questão socialmente compreendida e aceite (Souza, 2014). Esta questão social da vida assexuada influencia negativamente vários aspetos psicológicos dos idosos, nomeadamente a auto-estima e auto-confiança, o rendimento físico, social e espiritual (Almeida & Lourenço, 2008). Nesta linha de ação são os próprios a permitir e sustentar os preconceitos existentes, pois ignoram aquilo que sentem e comportam-se de acordo com as expectativas sociais, de forma a evitar a sua rotulagem como depravados, libidinosos ou indecentes (Almeida, 2008 *cit in* Souza, 2014).

No que concerne a esta temática, áreas como a medicina e a psicologia têm unido esforços para desmistificar o fenómeno. Efetivamente, na literatura são apontados alguns fatores que influenciam o comportamento e a resposta sexual em qualquer idade e que devem ser tomados em consideração nesta explicação, tais como a saúde física, os

preconceitos sociais, a auto-estima, os conhecimentos acerca da sexualidade e o estado civil.

Autores como Masters e Johnson (1970) apontam a saúde física como promotora da sexualidade ativa, por contraponto à doença que pode ser um fator impeditório de interesse sexual (Masters e Johnson, 1970). Kaplan, mais tarde, afirma que os processos biológicos de obtenção de prazer são dos últimos a deteriorar-se no decurso do envelhecimento (Kaplan, 1990).

A Psicogerontologia aponta os preconceitos sociais como fator determinante na experiência subjetiva do envelhecimento, na medida em que estes se regem pelos princípios culturais vigentes (Vasconcellos *et al.*, 2004). Esta fase do ciclo vital é propícia a dificuldades em manter a integridade da identidade pessoal e de alguns papéis sociais, sobretudo aqueles que são relativos à sexualidade (Vasconcellos *et al.*, 2004). O impacto dos preconceitos sociais na identidade do sujeito levanta dificuldades para o mesmo em lidar com as alterações inerentes a esta fase.

Quanto às mudanças fisiológicas relativas ao envelhecimento a sua compreensão permite que os idosos não as interpretem como sintomatologia de disfunção sexual (Masters & Johnson, 1970). Devido a essa confusão muitos homens passaram a evitar relações sexuais, para não serem confrontados com a frustração de não conseguirem ereção como anteriormente (Vasconcellos *et al.*, 2004).

Por último, o estado civil pode ser determinante na prática sexual nesta faixa etária. Tal acontece devido à necessidade dos idosos terem um parceiro disponível. Por vezes, a morte do cônjuge, leva ao desinteresse pela sexualidade e, conseqüentemente à cessação da sua prática. Como não têm parceiro e vê pouca probabilidade de ter outra pessoa na sua vida, abdicam da sexualidade como forma de proteção perante a frustração e/ou depressão (DeLamater & Sill, 2005)

Efetivamente, os idosos perpetuam as crenças e estereótipos acerca da sexualidade na sua vida pública, mas vários estudos apontam que na esfera privada os adultos mais velhos mantêm uma sexualidade ativa. Menezes, Rossi e Kude (2005) estimam que aproximadamente 70% dos homens e 20% das mulheres afirmam ser sexualmente ativos (Menezes, Rossi & Kude, 2005 *cit in* Dias, 2009). Em 2004, outro estudo mostra dados reveladores sobre a sexualidade da população portuguesa. Através de um inquérito

autoadministrado Baltes (1995) constatou-se que 38% das mulheres e 75% dos homens têm relações sexuais uma vez por mês, mas 20% das mulheres e 46% dos homens apontam para relações sexuais uma vez por semana (Vasconcellos *et al.*, 2004). Corroborando estes dados, num Congresso de Sexologia, realizados nos Estados Unidos da América, os diretores de uma residência para idosos relataram uma experiência que colocaram em prática na sua instituição. Permitiram na sua residência que os idosos se acomodassem conforme a sua vontade, permitindo as relações amorosas entre utentes. Na verdade, algumas semanas depois, a maioria dos idosos tinham mudado de quarto para formar casais. Esta mudança revelou-se positiva e satisfatória, pois diminuí as queixas psicossomáticas dos utentes, assim como melhorou o seu estado emocional, substituindo a tristeza por alegria e animação (Vitiello & Conceição, 1993).

Mais recentemente, um estudo realizado em Portugal pela Fundação Francisco Manuel dos Santos constatou que 53,9% dos inquiridos considera a prática sexual Importante ou Muito Importante, contrariamente a 37,4% que afirma considerar a sexualidade Pouco ou Nada Importante. Complementarmente, verificaram que entre a população idosa também existem diferenças que merecem atenção. No que concerne à idade dos sujeitos é óbvia a tendência para uma diminuição da prática sexual em consonância com o aumento da idade, ou seja, entre os 50 e os 64 anos de idade, 72,2% dos inquiridos afirma que teve relações sexuais nos últimos três meses, entre os 65 e os 74 anos apenas 44,5% afirmam o mesmo e idosos com idade igual ou superior aos 75 anos apenas 15,6% se mantêm ativo. Face ao género também se verificam diferenças significativos, na medida em que os 70% dos homens aponta para a manutenção da atividade sexual contra apenas 38% das mulheres (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques, 2013). Esta diferença pode ser justificada pela discrepância dos papéis de género assumidos, em que o esperado é uma mulher submissa, passiva e reservada quanto à sua sexualidade (Foucault, 1984 *cit in* Rodrigues, 2008).

Posto isto, conclui-se que a sexualidade é uma realidade cada vez mais presente na vida dos idosos, apesar dos impeditivos sociais. Desta forma, é importante combater o preconceito e educar a comunidade para a sexualidade saudável.

1.4. Comportamentos Sexuais de Risco e Preservativo

Ao longo dos anos vários estudos sob diversas perspetivas têm enfatizado o estudo dos comportamentos sexuais de risco e a sua relação com a utilização do preservativo em populações mais jovens. Neste sentido, o conhecimento sobre esta temática tem crescido. Contudo, urge a necessidade de descentralizar o tema dos jovens e passar a conhecer o fenómeno dos comportamentos sexuais de risco e a adoção de medidas contraceptivas na população mais velha.

O preconceito na utilização do preservativo, neste âmbito, está relacionado a vários fatores. Na verdade, o preconceito é um constructo relativo a atitudes positivas ou negativas face à pertença a determinado grupo (Allport, 1954 *cit in* Neto, 1999). Quando, neste trabalho, é referenciado o preconceito face ao uso do preservativo este deve ser interpretado como a atitude dos idosos face à utilização ou não utilização deste método relativamente às suas crenças.

No que concerne à utilização do preservativo masculino face a situações sexuais potencialmente perigosas constata-se que o uso é uma realidade, mas sob várias condicionantes, tornando-o um método utilizado de forma pouco consistente. Primeiramente, para os idosos o uso do preservativo não é uma prática recorrente, pois ao longo da sua vida não foram educados para a sexualidade segura (Gorinchteyn, 2005 *cit in* Gomes & Silva, 2008). Aliás, a educação rígida imposta durante décadas em Portugal, impunha vários tabus e preconceitos derivados das imposições e proibições impostas que ditavam como os indivíduos se deviam comportar relativamente ao sexo e à sua prática (Bennaton, 2007). A constante demonização de qualquer método contraceptivo, principalmente pela Igreja, influenciou negativamente a população pois estes acreditavam que o seu uso era um atentado à lei divina (Sarkar, 2008). Paralelamente, o desenvolvimento de medicamentos para a disfunção sexual permitiu que os indivíduos se tornassem sexualmente ativos novamente (Older people, HIV and AIDS, 2002 *cit in* Gomes & Silva, 2008), sem que estes tivessem em consideração os riscos. Neste aspeto os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na divulgação de informação, em consequência da prescrição destes fármacos (Gomes & Silva, 2008). No entanto estes desvinculam-se desse papel, pois são influenciados pelos estereótipos e crenças sociais. Estes profissionais julgam não ser importante discutir com os pacientes mais velhos

questões de carácter sexual, assim como não é comum incluir análises para despiste de doenças sexualmente transmissíveis aquando dos exames de rotina (Janssen, 2005 *cit in* Gomes & Silva, 2008). Os idosos também relatam sentir medo e vergonha de falar com o seu médico de família acerca do que o preocupa no âmbito sexual (Gott, Ahmed, McKee, Morgan, Riley & Rogstad, 1998; Pitts, Woolliscroft, Cannon, Johnson & Singh, 2000 *cit in* Gott, 2001).

Relativamente à prática sexual, um estudo realizado no Brasil mostra que numa amostra de 45 idosos, somente 24% nega a prática sexual. Dos restantes, a grande maioria admite conhecer o preservativo masculino, com 66.7%. Contrariamente 33% afirma não o conhecer. No entanto face a estes números apenas 22% responde que utiliza sempre o preservativo e 11% só utiliza quando o parceiro assim exige (Araújo & Monteiro, 2011).

Estes dados podem ser explicados pelo facto desta população não se considerar em risco de contágio, isto porque todas as campanhas de prevenção e promoção do preservativo são direccionadas para as camadas mais jovens, negando a criação de uma consciência sobre os fatores de risco para e sobre idosos (Older people, HIV and AIDS, 2002; Older people, HIV and AIDS, 2007 *cit in* Gomes & Silva, 2008). Da mesma forma, estes encaram o preservativo essencialmente como um método contraceptivo e, por isso, a menopausa nas mulheres é encarado como um marco que determina o fim do uso de métodos que evitem a gravidez (Batista, Marques, Leal, Marino & Melo, 2011).

A associação entre estes fatores é determinante para a perpetuação de comportamentos sexuais de risco de forma continuada, promovendo a não utilização do preservativo masculino.

1.5. Influências de Variáveis Psicológicas

1.5.1. Auto-Eficácia

O constructo da auto-eficácia surge na literatura como um forte preditor comportamental relacionado com a saúde sexual (Santos, 2011).

Este designa-se como uma convicção pessoal de que se é capaz de executar com sucesso determinadas tarefas de forma a atingir os resultados esperados (Bandura, 1977).

Bandura, posteriormente afirma que a auto-eficácia pode diferir em função das várias áreas do desenvolvimento, ou seja, um indivíduo pode ter um elevado nível de auto-eficácia nas relações interpessoais e revelar um baixo nível de auto-eficácia no âmbito laboral (Bandura, 1977). Tal diferenciação deve-se aos diferentes níveis de investimento do indivíduo.

De forma a explicar sucintamente a influência deste constructo no funcionamento psicológico dos indivíduos não basta explicá-lo. Para tal, é importante explicar a Teoria que fundamenta a sua construção: a Teoria Cognitiva Social. Esta teoria aponta que novos comportamentos são aprendidos por imitação de comportamentos alheios ou por experiência direta. Segundo esta teoria, o comportamento humano é composto por três componentes essenciais: o comportamento, os fatores pessoais e fatores do contexto (Bandura, 1977). Considerando os seus principais constituintes, Bandura (1982) aponta a auto-eficácia como uma variável cognitiva com funções motivacionais que se repercute na motivação, padrão de pensamento e reações emocionais, culminando no comportamento do indivíduo (Santos, 2011).

No entanto, o autor afirma que, tendo em consideração este constructo, não basta que o indivíduo possua competências, é necessário que este saiba utilizá-las em situações adversas, denominando este processo de auto-eficácia percebida (Bandura, 1977).

Resumidamente, a auto-eficácia é um constructo que se baseia na crença pessoal do indivíduo de que é capaz de realizar determinado comportamento, que terá um resultado esperado. Ao longo deste processo, o indivíduo avalia sistematicamente a causa-efeito entre o comportamento escolhido para atingir determinado resultado e o resultado conseguido (Salvetti, Pimenta, Lage, Oliveira Júnior & Rocha, 2007). Neste sentido, a teoria distingue as expectativas de eficácia e de resultado.

A expectativa de eficácia representa a convicção do indivíduo da sua capacidade para, com sucesso, executar determinado comportamento em função do resultado (Bandura, 1977). A expectativa de resultado foca nas crenças pessoais acerca dos resultados esperados daquela ação (Nunes & Noronha, 2009).

Esta variável surge em vários estudos associada à saúde, quer na promoção de comportamentos saudáveis, quer na modificação comportamental, sendo que indivíduos com elevada perceção de auto-eficácia aderem mais e melhor à manutenção ou mudança (Ribeiro, 1995). Neste domínio destaca-se a importância deste constructo no controlo do comportamento sexual (O’leary, 1992 *cit in* Ribeiro, 1995), na adoção de comportamentos protetores de saúde, nomeadamente o uso de contraceptivos (Mullen *et al*, 1988 *cit in* Ribeiro, 1995), assim como na proteção de doenças sexualmente transmissíveis (Basen-Engquist & Parcel, 1992).

Posto isto, alguns autores conceptualizam, no âmbito da sexualidade, a auto-eficácia sexual como a crença que o indivíduo tem na sua capacidade de agir, com sucesso, numa situação de cariz sexual (Reissing, Laliberte & Davis, 2005). No que concerne à prática de comportamentos sexuais de risco, Bandura (2007) refere que é necessário um nível de auto-eficácia que permita ao indivíduo comunicar abertamente com o parceiro acerca das suas preocupações e, conseqüentemente a negociação de métodos contraceptivos para a sua futura utilização (Bandura, 2007 *cit in* Santos, 2011).

A auto-eficácia sexual é apontada em vários estudos como um preditor para comportamentos sexuais seguros ou inseguros. Coulter (2007) realizou um estudo em que mulheres com elevado nível de auto-eficácia relatam menos comportamentos sexuais de risco (Coulter, 2007).

1.5.2. Religião

Ao longo da História da Humanidade, a religião assume um papel de grande relevo na construção societal. A sua grande influência ocorre ao nível comportamental, levando os indivíduos a agir de acordo com os preceitos defendidos.

Através desta influência a religião marca terreno relativamente à sexualidade humana. Neste domínio várias religiões operam de forma semelhante, apontando alguns temas como discordantes.

Os princípios regentes da Igreja apontavam que os primeiros cristãos tinham como principal preocupação a repressão dos seus impulsos biológicos, de forma a cumprir as escrituras que apregoavam a castidade e a virgindade como formas de atingir a plenitude

da vida moral (Cherulli, 2007). Neste sentido, a sexualidade era entendida como pecado e apenas era admitida no matrimónio com intuito de procriar (Pernica, 2014).

Atualmente, a Igreja Católica apresenta-se, na voz do seu representante máximo, o Papa Francisco, como defensora da moralidade sexual numa necessidade para os seus fiéis e, conseqüentemente, do sexo como forma de procriação dentro do matrimónio. Em contrapartida é contra relações sexuais antes do casamento, o aborto, o uso de métodos contraceptivos artificiais e a pesquisa de células-tronco, pois considera que o seu uso é equivalente ao aborto na medida em que defende o início da vida a partir da fecundação (Pernica, 2014).

Efetivamente são várias as religiões que apresentam fortes posições face a estes temas fraturantes. O Protestantismo Evangélico também é contra sexo antes do casamento, o adultério, o aborto e a homossexualidade. Relativamente ao uso de métodos contraceptivos como forma de planeamento familiar este é aceitável. Os Protestantes Pentecostais, por sua vez, suportam os mesmos postulados à exceção da masturbação que não é pecado, mas é altamente desaconselhada (Cherulli, 2007).

O Judaísmo condena o casamento com crentes de outras religiões, o adultério e os métodos contraceptivos artificiais. Quanto ao sexo antes do casamento tem uma posição de neutralidade e liberaliza a masturbação (Cherulli, 2007).

No que concerne ao Islamismo, esta tem crescido em número de crentes nos últimos anos, sendo atualmente a segunda maior religião do mundo. Neste âmbito proíbe o sexo antes do casamento, quer para homens, quer para mulheres. Esta religião impede o aborto, métodos contraceptivos, o adultério e a masturbação (Cherulli, 2007).

Contrariamente, o Budismo defende que a prática sexual deve ser baseada na confiança e respeito mútuo, em que tudo é permitido desde que não haja prejuízo físico. Neste seguimento, as relações sexuais não são exclusivas da reprodução. Relativamente ao aborto, não existe uma norma explícita, somente é apontada a importância da vida (Cherulli, 2007).

Como podemos verificar, o uso de métodos contraceptivos artificiais, nomeadamente o preservativo é, de um ponto de vista global, uma prática censurada pelas várias religiões, independentemente da fé professada. Esta questão, amplamente discutida, levanta problemas ao nível da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST's).

O flagelo das DST's tem atingido todo o mundo. Em Portugal, entre 2006 e 2013 estavam contabilizadas através de notificação 2491 pessoas com mais de 55 anos (Martins & Shivaji, 2014). Na verdade, entre 2006 e 2013, os valores absolutos relativamente a estas notificações não demonstram uma correlação regular, ou seja, verificamos valores elevados, a rondar as duzentas pessoas com várias oscilações, quer no sentido de aumentar, quer no sentido contrário. Tal pode ser verificado pela seguinte tabela:

Tabela 1: Número de notificações de indivíduos com DST's com mais de 55 anos entre 2006 e 2013.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
55-59	106	88	115	113	122	112	101	80	837
60-64	64	64	77	78	68	65	66	45	527
>= 65	78	86	79	85	78	69	94	63	632
Total	248	238	271	276	268	246	261	188	

Uma das explicações para este fenómeno que apresenta valores alarmantes é a não utilização do preservativo. É importante considerar que esta população específica teve uma educação baseada na religião, a mesma que aponta os métodos contraceptivos como um atentado à lei de Deus. Aliás alguns estudos qualitativos apontam que a religião e espiritualidade aumentam proporcionalmente com as mudanças relacionadas com a saúde, funcionamento, perdas sociais e o reconhecimento crescente da mortalidade (Dalby, 2006).

Desta forma constatamos a importância que a religião pode assumir na vida dos adultos idosos e, conseqüentes repercussões ao nível da saúde. Dados referentes ao período 1993-2002 indicam que adultos religiosos que nunca contraíram matrimónio relatam menos parceiros sexuais que os seus homólogos não religiosos (Barkau, 2006 *cit in* McFarlan, Uecker, Regnerus, 2011).

1.5.3. Atitudes Sexuais

As atitudes são esquemas mentais que orientam o nosso comportamento e definem, em parte, como pensamos, agimos e sentimos, pois permitem o tratamento de *inputs* do meio, dando-lhes sentido e coerência (Neto, 1998).

Mais uma vez, estas desempenham múltiplas funções das quais se destacam os vários contributos quer para a definição de grupos sociais, quer no estabelecimento da identidade

individual, e por último mas não menos importante, a forma como contribui para o pensamento e comportamento (Schlenker, 1982; Pratkanis e Greenwald, 1989 *cit in* Neto, 1998). Este autor defende também que as atitudes se formam ao longo do tempo e por contato com outros agentes de socialização, nomeadamente os pais, pares e restante meio envolvente (Neto, 1998).

Relativamente às atitudes sexuais, assistimos nas últimas décadas a mudanças fundamentais, transitando de atitudes mais tradicionais ou conservadoras para atitudes mais liberais (Oliveira, 2012). Esta mudança deve-se à designada “Revolução Sexual”, ocorrida nas décadas de 60, 70 e 80 em que passa a haver maior permissividade nas atitudes sexuais (Neto, 2000) período este marcado pelo lançamento da pílula contracetiva.

Posto isto é importante destacar que o liberalismo sexual pressupõe um posicionamento social de aceitação e afirmação da liberdade individual, no que concerne à sexualidade. Desta forma, o sexo não pode ser encarado somente com a finalidade de reprodução, mas uma forma de proporcionar a ambas as partes prazer, afetividade e ternura. Por outro lado, o conservadorismo sexual promove a aceitação e afirmação das normas sociais relativamente à sexualidade destacando-se a sua finalidade para procriar e que só deve ter lugar no matrimónio, de forma a manter a tradição. (Guerra e Gouveia, 2007).

Os idosos da atualidade foram educados, na sua maioria, de forma a manter a sexualidade restrita ao casamento, com a finalidade de procriar. Logo, o preservativo não era uma prática socialmente aceite na sua juventude, pois os casais não deveriam contrariar a vontade divina de ter filhos, não se justificando então o uso de anticoncetivos. Por outro lado, nem solteiros nem viúvos devem ter contatos sexuais pois estes eram restritos, como já anteriormente referido, ao matrimónio. No entanto, a religião face ao aumento do número de divórcios, foi impelida a aceitar os seus crentes que se encontravam neste estado civil, pelo seu aumento exponencial (Pacheco, 2003). Perante estas mudanças, a Igreja teve de assumir uma postura mais tolerante, proporcionando uma diminuição do impacto negativo que alguns destes princípios defendidos suscitaram no passado (Vance, Brennan, Enah, Smith e Kanr, 2011 *cit in* Pinto, 2012), promovendo algum espaço para a mudança. Paralelamente a este fenómeno, e apesar de a literatura apontar esta faixa etária como pouco flexível face às suas atitudes sexuais, estes também vivenciaram os processos inerentes à Revolução Sexual da década de 60 e estiveram expostos às mudanças

ideológicas que esta causou. Por isso a sexualidade passou a ser vista de uma forma menos puritana ao longo dos anos, afetando não só a educação que se transmitia mas mudando mentalidades transversalmente no tempo. Assim se justifica que indivíduos sujeitos aos mesmos princípios morais desenvolvam atitudes sexuais mais conservadoras e outras mais liberais (Pascual, 2002 *cit in* Oliveira, 2012).

Estas mudanças de atitude não se afiguraram como efetivas na medida em que a sua existência não depende somente das crenças dos indivíduos, mas também sofre influência dos papéis de género prevalentes na sociedade, que determinam um duplo padrão sexual (Lefkowitz, Shearer, Gillen & Espinosa-Hernandez, 2014).

Este duplo padrão sexual, estudado por vários autores, determina diferenças acentuadas entre ser homem e ser mulher. Segundo um estudo de Lefkowitz, Shearer, Gillen e Espinosa-Hernandez (2014) na população americana os resultados evidenciam que os homens relatam mais parceiros sexuais (Centers of Disease Control, 2000; Petersen & Hyde, 2011 *cit in* Lefkowitz, Shearer, Gillen & Espinosa-Hernandez, 2014), fazem uso do preservativo masculino de forma mais consistente, têm pensamentos sexuais mais frequentemente, são mais permissivos e revelam mais auto-eficácia acerca do preservativo. Por contraponto, as mulheres apresentam maior conformidade sexual e menor capacidade de introduzir o preservativo num encontro (Marston & King, 2006).

A sociedade tem aprovado a existência de papéis de género diferenciados, levando a que relacionalmente esta situação crie um diferencial de poder nas interações (Jenkins, 2000 *cit in* Lefkowitz, Shearer, Gillen & Espinosa-Hernandez, 2014; Yoder & Kahn, 1992). Este diferencial aponta numa predominância masculina, levando a que as mulheres com atitudes mais convencionais utilizem menos o preservativo e percecionem mais barreiras ao seu uso (Lefkowitz, Shearer, Gillen & Espinosa-Hernandez, 2014). Os homens, contrariamente são mais propensos a usar preservativo e consequentemente, a encarar menos situações como barreira ao seu uso. Tal acontece porque ter e comprar preservativos faz parte do comportamento esperado para um homem, daí nenhuma destas situações ser vista como um constrangimento (Shearer, Hosterman, Gillen & Lefkowitz, 2005).

II Parte – Estudo Empírico

2. Metodologia

2.1 Objetivos do Estudo

Com vista ao contexto deste estudo foram delimitados objetivos gerais. Destes é importante ressaltar os seguintes: apurar de que forma variáveis sociodemográficas como idade, religião e estado civil e psicológicas, nomeadamente atitudes sexuais, papéis de género e percepção de auto-eficácia influenciam as atitudes que determinam o preconceito na utilização do preservativo masculino. Através do conhecimento acerca das relações existentes entre estas variáveis é esperado compreender que variáveis trabalhar para que a população idosa aprenda a viver a sexualidade em pleno sem constrangimentos.

Os objetivos específicos estão delimitados nas hipóteses que serão seguidamente apresentadas.

Hipótese 1: Espera-se que as mulheres tenham menos iniciativa na negociação e uso do preservativo comparativamente aos homens.

A literatura refere, no que diz respeito ao uso do preservativo, que há fatores sociais preponderantes para a tomada de decisão. Destes fatores destaca-se a influência que os papéis de género assumem na vida quotidiana da população e, em particular, no domínio da sexualidade. Neste âmbito é importante realçar que os papéis de género ditam os comportamentos que são esperados pelos outros em função de ser homem ou mulher pois estes pressupõem a existência de crenças e expectativas associadas a cada género e, por isso, cada individuo deverá agir em consonância com o seu (Neto, 2000).

Na nossa sociedade, apesar da evolução quanto a uma maior igualdade entre ser homem e ser mulher, no que diz respeito à sexualidade estes ainda não atingiram níveis satisfatórios de equidade. Na prática esta questão traduz-se numa mulher submissa, que não tem direito a opiniões ou a práticas consideradas como mais ousadas por iniciativa

própria ao contrário do homem que é encarado como dominador na relação, sendo o único responsável pela alteração dos comportamentos sexuais do casal.

Numa revisão da literatura relativa aos anos entre 1993 e 2007 constatou-se que há relatos de mulheres que sentem dificuldades de dialogar sobre questões sexuais com os seus parceiros, pois esse princípio é contrário ao seu papel de submissão em que deve deixar o companheiro decidir. Também evidenciam que não usam nem negociam o uso de preservativo na relação, pois encaram esse pedido com receio de que o companheiro suspeite de infidelidade da parte delas, levando à separação. Um outro motivo que dificulta a negociação e o uso de preservativo por parte da mulher é a percepção de que nas relações estáveis e contínuas não há risco e, portanto, não é necessária proteção (Sarkar, 2008).

Hipótese 2: Espera-se que os idosos “mais novos” (50-65 anos) tenham uma atitude mais positiva quanto ao uso do preservativo em comparação com os idosos “mais velhos” (mais de 66 anos).

O preconceito quanto ao uso do preservativo está fortemente ligado à educação sexual que algumas gerações passadas tinham. Para eles a sexualidade traduzia-se no coito e tinha objetivos muito concretos de procriação (Almeida e Patriota, 2009). Contudo, as crenças enraizadas na educação para a sexualidade também tem sofrido mudanças à medida que as gerações envelhecem. Neste sentido, percebe-se que o puritarismo sexual foi sendo eliminado da educação dos jovens ao longo do tempo e que os idosos correspondentes aos jovens da década de 70 já não terão sido educados para encarar o sexo de maneira punitiva. Portanto, este fenómeno já é visível atualmente mas será evidenciado com o passar dos anos em que a educação dos futuros idosos incluirá a sexualidade e passaremos de uma visão reducionista do sexo, em que este servia unicamente para procriar, para uma perspetiva do prazer (Gott, 2001). Devido a esta mudança de paradigma quanto à educação sexual que os idosos mais novos tiveram enquanto jovens permite aferir que atualmente estes sejam uma parte da população idosa que encara o uso do preservativo com menor constrangimento.

Hipótese 3: Espera-se que os idosos praticantes (dimensão religiosa) aceitem menos usar preservativo do que os idosos não praticantes.

As entidades responsáveis pela prevenção da propagação de doenças sexualmente transmissíveis tem mantido o debate aberto com os sucessivos responsáveis máximos da Igreja Católica, o Papa, acerca da posição assumida pela Igreja relativamente à utilização de métodos contraceptivos, nomeadamente o preservativo. A sua posição publicamente conhecida e transmitida aos seus fiéis assume a proibição do uso do preservativo pois este interfere diretamente na vontade de Deus (Sarkar, 2008). Dados recentes revelam que esta posição religiosa tem assumido contornos prejudiciais junto das faixas etárias mais velhas, nomeadamente no aumento de contágios de DST's na terceira idade (Público, 2007). Tal situação advém da dificuldade em assumir os idosos como sexualmente ativos, pois a religião assume a sexualidade nesta fase da vida como negativa e demoníaca, em que o coito e o desejo sexual não são permitidos (Almeida e Patriota, 2009).

Embora seja a Igreja Católica a frente mais visível desta luta ideológica, também outras religiões se opõem ao uso do preservativo. As igrejas protestantes admitem o controlo da natalidade mas este tem de assentar na responsabilidade dos indivíduos e não no uso de barreiras contraceptivas; por outro lado, a lei islâmica proíbe o seu uso pois encara a procriação e as crianças como uma dádiva de *Alla* (Sarkar, 2008).

Hipótese 4: Espera-se que os idosos com maior perceção de auto-eficácia tenham uma atitude mais positiva relativamente ao uso do preservativo do que os idosos com baixa perceção de auto-eficácia.

O constructo de auto-eficácia surge através do trabalho de Bandura, em 1977 e designa-se por uma convicção pessoal de que se é capaz de executar com sucesso determinadas tarefas de forma a atingir os resultados esperados (Bandura, 1977). Este autor aponta este constructo como elemento-chave para a motivação (Bandura, 1977).

A perceção de auto-eficácia permite ao indivíduo avaliar qual a melhor opção a tomar, o tempo que deve despende na sua execução e a disponibilidade que coloca para resolução de problemas e obstáculos. A crença pessoal acerca da sua capacidade individual para a realização, em consonância com a motivação, determina o nível de compromisso que este assume perante comportamentos preventivos, nomeadamente o uso de preservativo ou a resistência a sexo não seguro (Bryan *et al*, 1997 *cit in* Alvarez, 2005).

O'Leary (1992 *cit in* Ribeiro, 1995) demonstra que a auto-eficácia tem influência sob a saúde, em particular na promoção de comportamentos saudáveis ou na mudança comportamental, sendo que indivíduos com elevada percepção de auto-eficácia aderem mais e melhor à manutenção ou mudança comportamental. Numa revisão da literatura, Holden (1991 *cit in* Ribeiro, 1995) procurou relacionar este constructo com a noção de saúde e, efetivamente encontrou uma relação consistente entre estes, nomeadamente em comportamentos específicos, tais como, controlo do comportamento sexual (O'Leary, 1992 *cit in* Ribeiro, 1995), adoção de comportamentos protetores da saúde (Mullen *et all*, 1988 *cit in* Ribeiro, 1995), proteção de doenças sexualmente transmissíveis (Basen-Engquist & Parcel 1992; Kaemingk, & Bootzin 1990 *cit in* Ribeiro, 1995) entre outros.

Como neste estudo o comportamento preventivo em análise é o uso do preservativo é meu objetivo compreender em que medida este constructo influencia quer comportamentos, quer atitudes da população idosa, visto que esta relação já foi previamente estabelecida.

Hipótese 5: Espera-se que os idosos com uma atitude mais conservadora, ao nível dos papéis de género, sejam menos recetivos ao uso do preservativo que os idosos mais liberais.

Para uma melhor compreensão acerca da influência das atitudes sexuais face ao uso do preservativo é importante definir claramente em que se baseia este constructo. Posto isto, segundo o dicionário de Língua Portuguesa, atitude é uma forma de agir, um procedimento (INFOPÉDIA). Apesar de um significado não técnico, como constructo psicológico, este não se encontra longe daquilo que a ciência determina como atitude. Sob a perspetiva da Psicologia Social este define-se como uma predisposição do indivíduo ou grupo social para responder de determinada maneira face a um objeto social. Este constructo deriva da interação social, dos processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que permitem ao indivíduo assumir uma posição face aos outros num dado momento. (Farinha, 2006).

As atitudes são expressas em afeto positivo ou negativo, que leva o sujeito a aproximar-se do objeto social se este for desencadear afeto positivo, caso haja afastamento do objeto então estamos perante um afeto negativo. (Farinha, 2006). É este constructo

psicológico que afeta o comportamento manifesto, mas não só pois afeta também os processos psicológicos internos, tais como a aprendizagem e a percepção (Farinha, 2006).

É nesta relação complexa atitude/comportamento manifesto que assenta a hipótese 5, pois as atitudes mais conservadoras ou liberais relativamente à utilização do preservativo terão uma resposta comportamental que se pretende compreender neste estudo através do posicionamento dos idosos face a esta temática.

Neste contexto estudado as atitudes sexuais denotam as formas de agir e pensar da população em estudo permitindo que sejam conhecidas as crenças e atitudes que alteram o comportamento de proteção sexual dos idosos. Como constructo influenciado pelo meio, as atitudes mais conservadoras são resultado de um controlo social da sexualidade como mecanismo de opressão (Guimarães, 1996 *cit in* Souza, 2008).

Devido às várias mudanças ocorridas aquando da revolução na autonomia sexual feminina, produto da Revolução Sexual na década de 60, os nossos idosos foram expostos a diversas influências. Estas determinaram a co-ocorrência de correntes conservadoras que existiam na sociedade portuguesa e também de correntes liberalistas que foram chegando ao nosso país. Daí pessoas da mesma faixa etária apresentarem diferenças quanto às crenças e atitudes face à sexualidade e, conseqüentemente quanto aos comportamentos de proteção, nomeadamente o uso do preservativo masculino (Oliveira, 2012).

2.2 Participantes

O estudo contou com a participação de 61 sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos, residentes no distrito do Porto e Coimbra. Inicialmente o critério de inclusão situava a idade mínima de participação nos 65 anos, contudo no desenrolar da recolha de dados e no contacto com as Universidades Sêniores percebemos que há um leque alargado de idades nestas instituições. Por isso, consideramos que uma população “cinquenta mais” dá-nos maior amplitude de opiniões, considerando também que estes serão os idosos de um futuro próximo. Desta forma, é possível estabelecer um padrão de atitudes da terceira idade

das próximas décadas, permitindo, em parte, antever o trabalho a ser feito com estes sujeitos. A amostra usada foi de conveniência, uma vez que quer as instituições, quer os restantes participantes foram escolhidos em função da sua aceitação. Muitas instituições recusaram participar e alguns indivíduos interpelados também não quiseram responder.

2.3 Instrumentos

Para a realização deste trabalho foi utilizado um inquérito para levantamento das características sociodemográficas da população, de forma a obter um perfil da amostra. Com vista à recolha de informação mais detalhada foram utilizadas três escalas que representam variáveis pertinentes para a temática, nomeadamente a Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo, a Escala da Ideologia do Papel Sexual e a Escala de Auto-Eficácia Geral.

Visto que a formulação e adaptação das escalas teve como população-alvo os jovens, foi necessário neste estudo testar a compreensão dos itens pela população idosa. Após um pré-teste de aplicação a 10 pessoas com idade superior a 65 anos, podemos constatar que este é aplicável no âmbito desta investigação.

Em suma, o questionário apresentado aos participantes era constituído por um inquérito com variáveis sociodemográficas, tais como sexo, idade, estado civil, religião, habilitações literárias e participação social, assim como as escalas definidas. Seguidamente são apresentadas as escalas supramencionadas.

2.3.1. Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo

A Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo (EMARUP) foi adaptada à população portuguesa por Neto (2002). É constituída por 26 itens agrupados por cinco subescalas, nomeadamente 1) Fiabilidade e Eficácia; 2) Prazer Sexual associado ao uso do preservativo, 3) Estigma associado ao Utilizador de Preservativo; 4) Constrangimento associado à negociação e uso de preservativo; 5)

Constrangimento na Compra de preservativos. Cada item é avaliado numa escala de *Likert* com 7 pontos, em que 1 corresponde ao discordo totalmente e 7 ao concordo totalmente. Esta adaptação mostra características psicométricas semelhantes à escala original, quanto à consistência interna e à validade de constructo estas demonstraram ser adequadas.

2.3.2. Escala da Ideologia do Papel Sexual

De forma a avaliar em que medida os papéis de género influenciam as atitudes dos idosos face ao preservativo, utilizou-se a Escala da Ideologia dos Papéis de Género (SRIS) da autoria de Kalin e Tilby (1978). No trabalho dos autores da escala estes concebem que a ideologia dos papéis sexuais é um sistema formado por duas dimensões opostas: a tradicional e a feminista (Kalin & Tilby, 1978). Esta escala apresenta 30 itens, contudo devido à ambiguidade relativa à sua estrutura fatorial foi desenvolvida uma forma breve unidimensional que contém apenas 14 itens (Neto, 1998). A sua adaptação à população portuguesa, pelos motivos já mencionados, também foi da sua forma breve e da responsabilidade de Neto em 1998. É de ressaltar que apesar de abreviada a escala mantém o significado da pontuação global. Posto isto, esta avalia as crenças que os indivíduos têm acerca dos papéis de género com base em cinco domínios: 1) papéis no trabalho; 2) responsabilidades parentais; 3) relações interpessoais (sempre comparando homens e mulheres nestas três áreas); 4) papéis específicos da mulher; 5) outras questões específicas (e.g. maternidade, aborto e homossexualidade). Cada item é avaliado numa escala de *Likert* com sete pontos em que 1 representa Fortemente em Desacordo e 7 Fortemente de Acordo. A pontuação total desta escala obtém-se através da inversão dos itens tradicionais para posterior soma do conjunto de itens (Neto, 1998).

2.3.3. Escala de Auto-Eficácia Geral

Por último, para avaliar a auto-eficácia, será utilizada a Escala de Auto-Eficácia Geral, tendo em conta a sua influência na adoção de comportamentos preventivos de saúde, no geral, e no uso do preservativo, em particular. Efetivamente, numa revisão da literatura através de uma meta-análise, Holden (1991) estudou a relação entre este constructo e a saúde. Verificou a sua importância na predição do controlo no comportamento sexual (O'Leary, 1992), na adoção de comportamentos protetores de saúde

(Mullen *et al.*, 1988) e proteção de doenças sexualmente transmissíveis (Basen Engquist & Parcel 1992; Kaemingk, & Bootzin 1990), concluindo que este construto se encontra correlacionado com variáveis de promoção da saúde e estilo de vida saudável (Holden, 1991, Mullen *et al.*, 1988, Basen Engquist & Parcel, 1992, O'Leary, 1992 *cit in* Ribeiro, 1995). Esta versão adaptada, por Luís Pais Ribeiro, é constituída por 15 itens divididos por três fatores que explicam 52.9% da variância total. Cada item é avaliado numa escala de *Likert* de sete pontos. Quanto aos fatores estes denominam-se de "iniciação e persistência" (IP) que inclui seis itens, o segundo, "eficácia perante a adversidade" (EPA) constituído por cinco itens e o terceiro "eficácia social" (ES) com quatro itens; as subescalas definidas por cada um dos fatores dizem respeito à avaliação que o sujeito faz acerca da sua vontade para iniciar a ação e conseqüentemente a concluir, a capacidade que acredita ter para fazer frente aos obstáculos impostos pela realização da ação e as expectativas de auto-eficácia perante situações sociais, respetivamente. O *alpha de Cronbach* da escala total é de 0.87.

2.4 Procedimento

Os questionários foram auto-preenchidos de forma a evitar o enviesamento das respostas no sentido da desajustabilidade social. Desde cedo nesta investigação foi perceptível a relutância de alguns indivíduos em preencher o instrumento, mesmo com a salvaguarda do anonimato. Por isso, e de forma a dar espaço para partilhar ideias relativamente à temática foram incluídas três perguntas de resposta aberta, que como se veio a verificar na análise dos dados só alguns participantes sentiram necessidade de expressar opiniões através das mesmas. Os restantes limitaram-se a responder às escalas, não estando disponíveis para revelarem mais do que o estritamente necessário.

A recolha de dados decorreu durante o ano letivo 2015/2016, de forma intermitente consoante os contactos com as instituições surtiam efeito e eram aceites. Dado o carácter do preenchimento dos questionários e a sensibilidade do tema, estes foram aplicados maioritariamente no domicílio dos participantes para, mais uma vez, assegurar a veracidade das respostas. Contudo, também houve participantes que procediam ao preenchimento em lugares públicos, dado o carácter em que o mesmo se proporcionava.

Inicialmente o questionário era acompanhado de consentimento informado escrito, no entanto a resistência dos participantes aumentava. Conforme apurei com os primeiros sujeitos, o facto de assinar o consentimento comprometia o anonimato do questionário, deixando-os desconfortáveis. Por isso, decidi para bem da investigação, não manter o procedimento de facultar o consentimento informado escrito, mantendo o consentimento oral, que consiste num procedimento de expor e explicar em que consistia a investigação e questionar a disponibilidade do indivíduo para responder ao questionário.

Relativamente às instituições estas foram contactadas via e-mail que se encontra em anexos, em que era explicado numa primeira fase o objetivo do estudo e em que consistia o questionário. Após aprovação da participação, o investigador dirigiu-se às instalações e procedeu à explicação da aplicação dos mesmos diretamente com os responsáveis. Visto ser uma estrutura em que ocorriam diversas atividades, após a explicação detalhada os questionários eram deixados com os responsáveis para posteriormente, em tempo oportuno serem distribuídos pelos alunos.

Os participantes “convidados” foram interpelados em espaços públicos, onde rapidamente lhes era dada toda a informação sobre o estudo e o preenchimento ocorria no momento.

2.4.1. Procedimentos Estatísticos

Para fazer a análise estatística dos dados foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24. A análise estatística efetuada vai ao encontro dos objetivos gerais deste estudo, nomeadamente perceber de que forma variáveis sociodemográficas e psicológicas podem influenciar as atitudes face ao uso do preservativo.

Focado neste objetivo principal decompôs-se a problemática em hipóteses mais específicas, que foram depois analisadas estatisticamente. Para a caracterização da amostra realizou-se uma análise descritiva simples com o objetivo de resumir a informação recolhida sobre a amostra sem distorção nem perda de informação (Huot, 2002 *cit in* Morais, 2005).

Considerando o tamanho da amostra, superior a 30 participantes, vários autores assumem que desta forma está assegurada a distribuição normal das variáveis. Contudo, de

forma a assegurar a homogeneidade da amostra, a mesma foi testada através do teste de aderência Kolmogorov-Smirnov que apresenta $p < 0.05$ em todas as variáveis em estudo. Desta forma, constatamos que a distribuição dos dados não apresenta uma distribuição normal, por isso não estão assegurados os pressupostos exigidos aos testes paramétricos, logo a análise estatística foi feita através dos testes não-paramétricos. Neste sentido, foi utilizado para testar as primeiras hipóteses o teste de U Mann-Whitney para testar dois grupos independentes numa variável ordinal, comparando o centro de localização das duas amostras (Pinto & Costa, 2011). Nas restantes hipóteses, como as variáveis são métricas e utilizam os mesmos sujeitos face a diferentes construtos, optou-se pelo teste de correlação ordinal de Spearman.

3. Resultados

Inicialmente será realizada uma caracterização da amostra quanto à participação social, sexo, estado civil, habilitações literárias e religião através de medidas de frequência. De seguida serão apresentados os resultados referentes a cada hipótese formulada.

A amostra é constituída por 61 indivíduos, sendo que aproximadamente 16% (n=10) encontravam-se institucionalizados em Lares ou similares, contra os restantes 80% (n=49). Deste universo, os participantes foram maioritariamente do sexo feminino, com cerca de 59% (n= 36) e o sexo masculino atingiu os 41% (n= 25). A média de idades dos participantes é de aproximadamente 61 anos (DP= 8.115), compreendidas entre os 50 e os 78. Quanto ao estado civil, na sua maioria, os inquiridos são casados, com 61% (n= 37), seguidamente aparece os divorciados com 20% (n=12). Os viúvos, solteiros e em união de facto aparecem no fim da tabela com 10% (n=6), 5% (n=3) e 5% (n=3), respetivamente. Relativamente às habilitações literárias, no topo da tabela surge o 1º ciclo, com 30% (n=18), seguido do ensino secundário, com 25% (n= 15). O 3º ciclo surge logo depois com 20% (n=12). Quanto à frequência do 2º ciclo e ensino superior apresentamos valores que rondam os 12% (n=7) e 13% (n=8), respetivamente. No que apuramos quanto à religião, a grande maioria é crente, apontando para aproximadamente 90% (n= 52) dos inquiridos. Destes 90%, a maioria afirma não ser praticante com 66% (n= 40) e 31% (n=19) afirma ser. De seguida segue-se a tabela com a análise descritiva da escala EMARUP e as suas subescalas para verificar a distribuição dos dados relativos à atitude dos participantes quanto ao uso do preservativo.

Tabela 2: Estatística Descritiva da escala EMARUP e as suas subescalas.

Escalas e Subescalas	N	Média	Desvio-padrão
EMARUP Total	61	122.59	29.189
Fiabilidade e Eficácia	61	28.34	7.355
Prazer ao Uso	61	18.48	6.326
Constrangimento à Compra	61	23.41	8.941
Constrangimento Negociação	61	25.41	8.273
Estigma ao Utilizador	61	26.95	7.455

No que concerne à Hipótese 1 e à análise feita entre o género dos participantes e a atitude que estes afirmam relativamente à negociação e uso do preservativo, constatamos que os resultados mostram diferenças significativas no que diz respeito ao género relativa à subescala “Prazer Sexual Associado ao Uso” ($U= 303.5$, $p =.031$). Quanto à subescala “Constrangimento na Negociação” o teste não aponta diferenças estatisticamente significativas ($U=347.5$, $p =.132$). No entanto, verifica-se uma tendência para as mulheres apresentarem valores médios superiores aos homens em ambas as subescalas, mostrando que as diferenças encontradas podem ser entendidas como as mulheres apresentarem uma atitude mais positiva relativamente ao uso. Esta tendência pode ser verificada através da seguinte tabela:

Tabela 3: Valores Médios e Desvios padrão quanto ao género em cada uma das subescalas.

Subescalas Emarup	Participantes			
	Feminino		Masculino	
	M	DP	M	DP
Prazer Sexual associado ao Uso do Preservativo	20,06	5,985	16,20	6,218
Constrangimento associado à Negociação	26,78	7,510	23,44	9,056

Relativamente à Hipótese 2, em que são comparados os grupos idosos “mais novos” e idosos “mais velhos” quanto à sua atitude face ao preservativo constatou-se que os resultados mostram que não há diferenças significativas entre os dois grupos relativamente aos valores totais do “EMARUP” ($U= 384.5$, $p=.607$). Contudo, quando testados nas várias subescalas que o constituem, apuramos que apenas ao nível do “Estigma Associado ao Utilizador” há diferenças significativas entre os grupos ($U= 266.5$, $p =.019$). Neste sentido, quando analisados os valores relativos à média e desvio-padrão evidencia-se uma tendência para que os “mais novos” tenham valores mais elevados nesta subescala,

traduzindo-se por uma atitude mais positiva neste subdomínio. Mais uma vez, a tabela que se segue demonstra os valores que suportam esta tendência:

Tabela 4: Valores Médios e Desvios padrão quanto à idade em cada uma das subescalas.

Escala/Subescalas	Idosos “mais novos”		Idosos “mais velhos”	
	M	DP	M	DP
EMARUP Total	126.16	22.335	114.86	37.573
Fiabilidade e Eficácia	27.68	7.140	29.32	7.894
Prazer ao Uso	19.50	5.574	16.55	7.295
Constrangimento na Compra	23.79	7.953	22.32	10.553
Constrangimento na Negociação	26.79	5.978	22.59	10.791
Estigma ao Utilizador	28.39	6.656	24.09	8.082

Na Hipótese 3 pretendemos analisar a atitude dos idosos em função da sua prática religiosa. Neste sentido, verificamos que não há diferenças significativas no que diz respeito à escala total do “EMARUP” ($U= 281, p=.108$). Ao detalhar as subescalas apenas o “Constrangimento Associado à Compra” mostra diferenças estatisticamente significativas ($U= 213, p=.006$). Ao analisar os valores médios desta subescala parece que os participantes não praticantes têm valores superiores aos praticantes nesta subescala, traduzindo-se numa atitude mais positiva por parte destes como se constata na seguinte tabela:

Tabela 5: valores médios e desvios padrão quanto à prática religiosa nas subescalas do EMARUP

Escala/Subescalas	Prática Religiosa			
	M	Sim DP	M	Não DP
EMARUP	113.26	31.852	125.83	27.569
Fiabilidade e Eficácia	27.84	7.328	28.25	7.362
Prazer ao Uso	18.42	5.928	18.53	6.544
Constrangimento	19.00	9.586	25.08	8.011

à Compra				
Constrangimento à Negociação	22.26	9.717	26.58	7.296
Estigma Utilizador	25.74	8.013	27.40	7.390

Através destes resultados tornou-se importante explorar a variável Religião nos domínios estudados neste estudo, por isso estendeu-se a hipótese também à crença religiosa e na forma como esta pode repercutir-se na atitude face ao uso do preservativo. Nesta segunda análise constatou-se que há diferenças significativas na escala total do “EMARUP” (U= 118, p=.018) assim como nas subescalas “Fiabilidade e Eficácia” (U=124.500, p=.026), “Constrangimento Associado à Compra” (U= 90.500, p=.003) e “Constrangimento Associado à Negociação” (U= 136.500, p=.047). Estes valores assumem a tendência de os não crentes apresentarem uma atitude mais positiva perante o uso do preservativo como se comprova pela tabela seguinte:

Tabela 6: Valores médios e desvio-padrão relativo à crença religiosa quanto à atitude face ao uso do preservativo.

Escala/Subescalas	Crença Religiosa					
	M	Sim	DP	M	Não	DP
EMARUP	120		30.072	137.33		18.385
Fiabilidade e Eficácia	27.48		7.448	33.33		4.387
Prazer no Uso	18.52		6.551	18.22		5.142
Constrangimento à Compra	22.27		8.885	30		6.305
Constrangimento na Negociação	24.60		8.481	30.11		5.061
Estigma Utilizador	27.17		7.369	25.67		8.276

Na hipótese 4 pretendemos conhecer a relação entre a perceção de auto-eficácia dos participantes e a atitude relativa à utilização do preservativo. Para isso utilizou-se a correlação ordinal de Spearman que demonstrou os seguintes resultados:

Tabela 7: Valores de correlação de Spearman e significância entre as escalas e subescalas da EMARUP e AE.

	EMARUP	Fiabilidade e Eficácia	Prazer no Uso	Constrangimento na Compra	Constrangimento na Negociação	Estigma Utilizador
AETotal	.511***	.336**	.172	.528***	.532***	.252
Subescala IP	.381**	.224	.074	.462***	.455***	.081
Subescala EPA	.513***	.245	.143	.507***	.545***	.320*
Subescala ES	.333**	.263*	.145	.359**	.380**	.119

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

Como podemos verificar, a associação entre a escala EMARUP e a Escala de Auto-Eficácia assim como as suas respetivas subescalas indica que há correlações positivas e estatisticamente significativas. Este resultado indica que a atitude em relação ao preservativo parece associar-se, de forma moderada, à escala de Auto-Eficácia Geral, assim como à subescala “Eficácia Perante a Adversidade” ($r=.511$, $p<.001$; $r=.513$, $p<.001$, respetivamente). Quanto às restantes subescalas, “Iniciação e Persistência” assim como “Eficácia Social”, estas parecem apenas associar-se, de forma fraca, com a escala EMARUP ($r=.381$, $p=.002$; $r=.333$, $p=.009$, respetivamente). Estes valores traduzem que quanto mais elevada a atitude em relação ao preservativo é esperado que os valores de auto-eficácia também sejam maiores.

No que diz respeito às subescalas do EMARUP apenas o “Constrangimento Associado à Compra” e “Constrangimento Associado à Negociação” apresentam correlações positivas significativas em todas as subescalas da “Auto-Eficácia”. Estes parecem associar-se, de forma moderada a fraca. Conclui-se, mais uma vez, que conforme os valores de “Constrangimento Associado à Compra” e os de “Constrangimento Associado à Negociação” são mais elevados, os valores de Auto-eficácia Geral também devem aumentar ($r=.528$, $p<.001$; $r=.532$, $p<.001$, respetivamente) de forma moderada assim como os valores de “Eficácia Perante a Adversidade” ($r=.513$, $p<.001$). É esperada a mesma relação relativamente à associação face à “Iniciação e Persistência” ($r=.381$, $p=.002$) e a “Eficácia Social” ($r=.333$, $p=.009$) mas de forma fraca. No que concerne às restantes subescalas do EMARUP, podemos constatar que “Prazer Associado ao Uso” não

é estatisticamente significativo com nenhuma das subescalas de Auto-Eficácia. Quanto à “Fiabilidade e Eficácia do Preservativo” apenas estabelece relação com a escala total de Auto-Eficácia, sendo significativa e, de forma fraca ($r=.336$, $p=.008$), mostrando que perante valores altos de Auto-Eficácia é esperado que os de “Fiabilidade e Eficácia” também cresçam ligeiramente. Por último, a subescala “Estigma Associado ao Utilizador”, que apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a escala total de Auto-Eficácia ($r=.252$, $p=.050$) e a subescala “Eficácia Perante a Adversidade” ($r=.320$, $p=.012$). Contudo, esta relação associa-se de forma fraca, traduzindo-se num ligeiro aumento dos valores de Auto-Eficácia quando aumentam os valores relativos a uma atitude mais positiva face ao uso do preservativo.

A hipótese 5 pretende conhecer a relação entre a ideologia dos papéis de género e a atitude face à utilização do preservativo numa população 50 +. Para isso apontamos na tabela que se segue os coeficientes de correlação que permitem analisar de que forma se relacionam estas variáveis.

Tabela 8: Valores do Coeficiente de Spearman e significância relativamente à escala de Ideologia dos Papéis de Género e EMARUP.

	EMARUP	Fiabilidade e Eficácia	Prazer no Uso	Constrangimento Compra	Constrangimento Negociação	Estigma Utilizador
SRIS	.421**	.157	.241	.399**	.487***	.385**

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

Como podemos apurar, a associação entre a escala EMARUP e a escala SRIS indica uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($r=.421$, $p=.001$). Este resultado indica que a atitude em relação à utilização do preservativo parece associar-se, de forma moderada, com a ideologia dos Papéis de Género, concluindo que quanto mais elevados os valores de EMARUP maior será os valores relativos à ideologia. Isto significa que parece existir uma relação positiva entre variáveis. Quanto às restantes subescalas apenas o “Constrangimento à Compra” ($r=.399$, $p=.001$), “Constrangimento Perante a Negociação” ($r=.487$, $p<.001$) e “Estigma Face ao Utilizador” ($r=.385$, $p<.001$) apresentam uma relação estatisticamente significativa, assim como positiva. Contudo, quanto à força desta associação constatamos que oscila entre o moderado e fraco. Desta forma, verificamos que

quando uma destas subescalas apresenta valores mais elevados, os resultados da escala de ideologia dos papéis de género também vão apresentar uma ligeira subida.

4. Discussão dos Resultados

Mais uma vez é importante ressaltar o objetivo geral deste estudo que pretende apurar de que forma as variáveis sociodemográficas e psicológicas influenciam as atitudes que determinam o uso ou não do preservativo masculino. Com o foco no pretendido, o objetivo geral foi decomposto em pequenos objetivos que abrangem parte da complexidade do tema. Devido à estrutura deste estudo a discussão dos resultados será feita também por hipóteses.

A hipótese 1, “Espera-se que as mulheres tenham menos iniciativa na negociação e uso do preservativo comparativamente aos homens” não foi confirmada, aliás os resultados apontam no sentido contrário, ou seja, as mulheres apresentam uma atitude mais positiva quanto ao uso do preservativo. Relativamente à negociação do uso do preservativo, este estudo não apresenta significância estatística. Também na investigação que validou esta escala para a população portuguesa os resultados foram consistentes com os apresentados neste estudo. Verificou-se que as mulheres sentiam mais prazer sexual no uso do preservativo do que os homens e, mais uma vez, quanto à subescala “constrangimento na negociação” não foram encontradas diferenças significativas (Neto, 2004). Outros estudos demonstram que as mulheres têm comportamentos recetivos ao relacionamento afetivo e sexual. Numa amostra exclusivamente feminina, com idades compreendidas entre os 59 e os 77 anos, 77% da amostra afirma ser saudável uma aproximação afetivo-sexual entre idosos e mais de 50% manifestou apreciar e receber demonstrações de carinho e a maioria gostaria de experimentar um novo namorado, companheiro ou marido (Reis *et al.*, 2002 *cit in* Carreira, 2011). Efetivamente, esta diferença entre homens e mulheres também se deve em parte ao predomínio do sexo feminino na população a partir dos 60 anos, pois os homens têm uma esperança média de vida inferior às mulheres, logo em determinado momento há mais mulheres em estudo do que homens (Romero, 2002 *cit in* Aguiar, 2013).

Na hipótese 2, “espera-se que os idosos “mais novos” (50-65 anos) tenham uma atitude mais positiva quanto ao uso do preservativo em comparação com os idosos “mais velhos” (mais de 66 anos), apenas foi possível confirmar parte da hipótese. Considerando que relativamente à atitude face ao uso do preservativo este surge repartido em subescalas,

verificou-se que os idosos na faixa etária dos 50-65 anos têm uma atitude mais positiva perante os indivíduos que utilizam e propõe o preservativo. Esta consideração dos resultados permite-nos perceber que as mudanças que têm ocorrido desde que a mulher se emancipou repercutiram-se na educação das gerações e começa aos poucos a surtir alguns efeitos. Com efeito, numa atividade educativa organizada com 25 idosos constatou-se a necessidade que estes apresentam quanto a programas educativos sobre a sexualidade, de forma a sensibilizar quanto a questão sobre o tema, mas também na construção de novos conceitos que permeabilize a questão sexual na velhice. Os autores sugerem que este trabalho deve ser feito com um público-alvo idoso, mas também com uma população não idosa, para desta forma, educar para a vida sexual os futuros idosos, assim como educar as gerações mais novas para aceitar e respeitar a sexualidade dos seus pais e/ou avós (Alencar, Marques, Leal &Vieira, 2014).

Relativamente à hipótese 3, “espera-se que os idosos praticantes (dimensão religiosa) aceitem menos usar o preservativo do que os idosos não praticantes” esta foi confirmada apenas no domínio do “Constrangimento Associado à Compra”. Contudo, é importante ressaltar que esta escala é uma das subescalas medida em sentido negativo, ou seja, quanto mais elevado o seu valor mais positiva a atitude e não maior o constrangimento. Posto isto, no que concerne à prática religiosa, percebemos que ainda não é significativa a sua influência na atitude perante a utilização do método contraceptivo. Apenas constatamos que os não praticantes, em caso de necessidade, estariam dispostos a adquiri-lo sem constrangimentos. Contudo, outros estudos apontam os tabus e preconceitos como uma influência negativa à prática sexual mais presente em idosos que praticam qualquer religião quando comparados com indivíduos que não professam nenhuma doutrina (Esterle, Sastre, Mullet, 2011). Todavia, quando analisada a crença religiosa percebemos que os não crentes apresentam, de uma maneira geral, uma atitude mais positiva em relação ao preservativo, e particularmente quando têm que negociar com o(a) parceiro(a) a sua utilização, quando têm necessidade de os comprar e quanto à eficácia e fiabilidade inerente ao preservativo. Esta tendência, em parte, demonstra a mudança que a própria religião, nomeadamente o catolicismo, foi forçada a fazer. Se alguns anos antes havia uma grande rigidez quanto ao valores defendidos pela Igreja, hoje os princípios regentes assentam na tolerância e na temperança que acabam por minorar o efeito negativo de alguns princípios que continuam a defender (Vance, Brennan, Enah, Smith & Kaur, 2011 *cit in* Pinto, 2011). Através destas

ligeiras mudanças podemos sugerir que a tendência é de aproximar as atitudes, nomeadamente relativas à utilização do preservativo, entre os crentes e os não crentes.

Perante a hipótese 4, “espera-se que os idosos com maior perceção de auto-eficácia tenham uma atitude mais positiva relativamente ao uso do preservativo do que os idosos com baixa perceção de auto-eficácia” verificamos que esta foi confirmada, pois prevê-se que consoante haja um aumento da perceção de auto-eficácia também há uma atitude mais positiva. Contudo, quando relacionamos as subescalas da escala EMARUP, apenas o constrangimento à compra e negociação, assim como o estigma associado ao utilizador mostram valores mais elevados quanto maior for a perceção de auto-eficácia. Desta forma, conclui-se que, de uma maneira geral ambas as escalas totais se relacionam positiva e ligeiramente, todavia quando analisada em áreas mais específicas estas não são totalmente concordantes como anteriormente apontado. Perante esta diferença, Bandura considerou que o sistema de crenças de auto-eficácia não é uma característica global, mas deve ser encarado com um sistema de auto-crenças ligadas a diferentes áreas de funcionamento (Bandura, 2006 *cit in* Santos, 2011). Vários estudos têm relacionado este construto com comportamentos de sexo seguro, nomeadamente a capacidade de comunicar e negociar o uso do preservativo (O’Leary & Jemmott, 1995 *cit in* Costa, 2006). Mais uma vez, algumas pesquisas têm associado baixos níveis de perceção de auto-eficácia com a prática de comportamentos sexuais de risco (Reissing et al., 2005). Da mesma forma, um estudo realizado com adolescentes mostrou a tendência que o presente estudo apresenta, ou seja, um dos preditores significativos de intenção do uso do preservativo foi a auto-eficácia geral, sugerindo que este construto está associado à intenção comportamental para praticar sexo seguro (Baele, Dusserdorf & Maes, 2001 *cit in* Costa, 2006).

Por último, a hipótese 5 “espera-se que os idosos com uma atitude mais conservadora, ao nível dos papéis de género, sejam menos recetivos ao uso do preservativo que os idosos mais liberais” também foi parcialmente confirmada, pois efetivamente ambas as escalas, EMARUP e SRIS, se correlacionam. De forma ligeira um indivíduo na nossa amostra com uma atitude mais positiva no uso do preservativo vai apresentar uma ideologia de papéis de género mais igualitária. Segundo alguns autores, os idosos apresentam atitudes mais positivas face à sua sexualidade, contudo esta tendência não se espelha em comportamentos que a acompanhem (Trudel, Turgeon & Piché, 2000). Na literatura é reiterado que os idosos, para além de considerarem o sexo como vital, também apresentam atitudes positivas face à sexualidade. Esta atitude reproduz também uma

atitude mais positiva em relação à utilização do preservativo. Todavia, estas atitudes são influenciadas por fatores psicológicos, socioculturais e e biológicos que potenciam maior conservadorismo (Gott e Hinchcliff, 2003).

5. Conclusão

Como os resultados e a discussão apontam as hipóteses formuladas não foram totalmente comprovadas apesar do suporte literário, o que mais uma vez aponta a falta de conhecimento científico acerca da sexualidade na terceira idade. Durante muitas décadas, apesar de ser uma realidade para muitos indivíduos, a sexualidade nesta faixa etária era como se inexistente e, por isso, não era nem pertinente nem aceite o seu estudo. Atualmente também é importante considerar que a deseabilidade social adquire proporções superiores ao desejado, levando esta população a negar a sua sexualidade publicamente, mesmo quando na esfera privada mantêm uma vida sexualmente ativa, que não assumem. Por sua vez, o receio de serem identificados como promíscuos sem moral acarreta constrangimentos a dados recolhidos para estudo.

Os resultados mostram que homens e mulheres têm desenvolvido a ritmos diferentes as suas concepções acerca da sexualidade. Apesar de neste estudo, os resultados não terem força suficiente para tirar conclusões com significado generalizado, é possível perceber uma tendência global para o que parece ser a mudança paradigmática efetiva esperada. Mais do que mudar mentalidades no sentido de aceitar e compreender a vivência sexual também numa fase alargada da vida de qualquer ser humano é necessário intervir naquilo que cada indivíduo entende por sexualidade. Vários autores apontam que numa altura em que os filhos estão criados e as dificuldades inerentes à vida conjugal e familiar estão ultrapassadas, criam-se condições para aumentar a disponibilidade do casal para fomentar e favorecer o seu desejo sexual (Carreira, 2011). No entanto, devemos entender esta sexualidade muito para além do coito, pois outros estudos demonstram que os idosos mantêm interesse sexual, mas que quando o sexo está ausente das suas relações interpessoais, o namoro e o companheirismo são substitutos da relação física (Alencar, Marques, Leal & Vieira, 2014).

Embora as pressões e constrangimentos culturais impostos ainda prevaleçam na nossa sociedade, cada vez mais se constata que a atividade sexual se mantém tardia. Prova disso, é um estudo realizado com sujeitos com idades compreendidas entre os 80 e os 102 anos, onde é demonstrada que a atividade sexual envolvendo não só o coito, mas também carícias e a masturbação, se mantém até ao fim da vida. Foi possível concluir que 83% dos

homens e 30% das mulheres ainda se relacionavam intimamente para além da cópula e 72% dos indivíduos masculinos e 40% dos femininos tinham como prática habitual a masturbação (Garry *et al.*, 2001 *cit in* Carreira, 2011). Desta forma, ganha cada vez mais força a tese de que o declínio sexual percebido pelas pessoas parece estar mais relacionado com aspetos psico-sociais do que fisiológicos (Lima, 2003; Butler & Lewis, 1985; Capodieci, 2000 *cit in* Carreira, 2011).

Com o fim desta investigação outras questões parecem surgir como propostas de investigação futura. Percecionando uma tendência de resultados torna-se pertinente extrapolar os dados para a população, através do aumento da amostra e da sua aleatoriedade. Desta forma, pretende-se reforçar as medidas de atuação de todos e, em particular, dos profissionais que desempenham um papel fundamental na instrução dos mais velhos, para que estes não tenham preconceito em assumir a sua vivência sexual, mas também dos mais novos, para que aceitem e respeitem a intimidade de todos. Também é evidenciado na literatura a influência da patologia em todos os seus domínios, incluindo também a sexualidade. Outra variável que revela pertinência neste âmbito é o impacto do contexto família na abordagem da sexualidade. Por vezes, os filhos e netos são fatores repressivos no quotidiano em simples ações, como comentar e condenar comportamentos alheios ou assumir uma posição que subentenda a assexualidade dos seus ascendentes.

Em suma, compreendemos que variáveis como crença e prática religiosa, sexo, idade, perceção de auto-eficácia e ideologia dos papéis de género exercem influência no domínio atitudinal em relação à utilização do preservativo. No entanto, neste estudo não é possível determinar com exatidão a direção dessa influência, mas aponta numa tendência para que os idosos “mais novos”, não crentes e com maior perceção de auto-eficácia, que foram “apanhados” na mudança de paradigma relativamente à sexualidade, tenham uma atitude mais positiva e uma ideologia de papéis de género mais igualitária.

Referências Bibliográficas

- Alencar, D. L., Marques, A.P.O., Leal, M.C.C. & Vieira, J.C.M. (2014). Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (8), 3533-3542.
- Almeida, L. A. & Patriota, L. M. (2009). Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do programa saúde da família do bairro das cidades – Campina Grande/PB. *Qualitas*, 8 (1), 1-20.
- Almeida, T. & Lourenço, M. L. (2008). Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. *Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano*, vol.5, 1, 130-140.
- 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.
- Araújo, C. L. O. & Monteiro, A. C. S. (2011). Qual a perspectiva da pessoa idosa em relação ao HIV/AIDS? *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14 (5), 237-250.
- Araújo, L. F. & Carvalho, V. A. M. L. (2005) Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Mneme Revista de Humanidades*, 6 (13), 228-236.
- Baltes, P. B & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Canadá: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall inc, Englewood Cliffs.
- Basen-Engquist, K. & Parcel, G. S. (1992). Attitudes, norms and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19, 263-277.
- Batista, A. F. O., Marques, A. P. O., Leal, M. C. C., Marino, J. G. & Melo, H. M., A. (2011). Idosos: associação entre o conhecimento da AIDS, atividade sexual e condições sociodemográficas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14 (1), 39-48.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto: Artmed.
- Bennaton, M. C. M. (2007). *O desejo na terceira idade: amor e sexualidade a partir dos 60 anos*. Unpublished master's thesis, Centro Universitário Salesiano de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education* (2nd edition, vol.3, pp. 37-43) Oxford: Elsevier.
- Cabral, M.V. & Ferreira, P.M. (2013). *O envelhecimento activo em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. E. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Carreira, C. J. L., (2011). *Sexualidade na terceira idade – um estudo comparativo*. Unpublished master's thesis, Universidade Lusófona de humanidades e tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Cherulli, K. C. B. (2007). *Sexo e religião*. Consultado em Agosto, 30, 2015 em www.historiadalsexualidade.com/sexo_religiao.html.
- Clarke, L. H. (2006) Older women and sexuality: experiences in marital relationships across the life course. *Canadian Journal on Aging*, 25 (2), 129-140.
- Costa, E. C. V. (2006). *Avaliação da eficácia relativa de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção de saúde em mulheres com risco para o VIH*. Unpublished doctoral dissertation, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Coulter, A. (2007). *Sexual sensation seeking and self-efficacy's relationship to sexual risk taking behavior*. Unpublished master's thesis, Humboldt State University, California, Estados Unidos da América.
- Cross, S. & Markus, H. (1991). Possible selves across the life span. *Human Development*, 34, 230-255.
- Dalby, P. (2006). Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical reviews of research. *Aging and Mental Health*, 10, 4-12.
- DeLamater, J. & Sill, M. (2005). Sexual Desire in Later Life. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 138-149.
- Dias, J. P.B. M. (2009). *A satisfação conjugal, a depressão e a sexualidade na terceira idade*. Unpublished master's thesis, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Edwards, P. (2002). Active ageing: a policy framework. *World Health Organization – ageing and life course programme*.
- Erikson, E. (1964). *Insight and responsibility*. Nova Iorque: Norton.
- Esterle, M., Sastre, M. T. & Mullet, E., (2011). Acceptability of sexual relationships between elderly people residing in nursing homes. *Sex Disabil, 29, 157-164*.
- Farinha, J. (2006). *Psicologia Social II*. Consultado em Julho, 27, 2016 em http://w3.ualg.pt/~jfarinha/activ_docente/psi_social/projec/PS2_2_atitudes_0506.pdf.
- Fonseca, A. M. (2004) *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (1996). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Freund, A. & Baltes, P. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management. Correlations with subjective indications of successful aging. *Psychology and Aging, 13, 531-543*.
- Gomes, S. F. & Silva, C. M. (2008). Perfil dos idosos infetados pelo HIV/AIDS: uma revisão. *Vitalle, 20 (1), 107-122*.
- Gott, C. M. (2001) Sexual activity and risk-taking in later life. *Health and Social Care in the Community, 9 (2), 72-78*.
- Gott, M. & Hinchcliff, S. (2003). How important is sex in later life. The views of old people. *Social Science & Medicine, 36 (8), 1617-1628*.
- Guerra, V. M. & Gouveia, V. V. (2007). Liberalismo/conservadorismo sexual: proposta de uma medida multifatorial. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (1), 43-53*.
- Heckhausen, J., Dixon, R. A. & Baltes, P.B. (1989). Gains and losses in development through adulthood as perceived by different adult age group. *Developmental Psychology, 25, 109-121*.
- Kalin, R. & Tilby, P. J. (1978). Development and validation of a sex-role ideology scale. *Psychological Reports, 42, 731-738*.
- Kaplan, H. (1990). Sex, intimacy and the aging process. *Journal of American Academy, 18, 185-205*.
- Lefkowitz, E. S., Shearer, C. L., Gillen, M. M. & Espinosa-Hernandez, G. (2014). How gendered attitudes relate to women's and men's sexual behaviors and beliefs. *Sexuality & Culture, 18, 833-846*.
- Lima, M. (2003). A sexualidade na terceira idade. In C. E. Sá. *Quero-te! Psicologia da Sexualidade* (pp. 109-115). Coimbra: Quarteto.
- Marsiglio, W. & Donnelly, D. (1991). Sexual relations in later life: a national study of married persons. *Journal of Gerontology: social sciences, 46 (6), 338-344*.
- Masters, W. & Johnson, V. (1972). *A inadequação sexual*. Lisboa: Editora Meridiana.
- Martins, H.C & Shivaji, T. (2014). Infecções VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro e 2013. *Relatórios Científicos e Técnicos, 145*.
- Martins, M. I. R. (2010) *Capital social, envelhecimento activo e dinâmicas de liderança: um estudo sobre as organizações sociais de apoio à população idosa em Oeiras*. Unpublished master's thesis, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Marston, C. & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behavior: a systematic review. *Lancet, 368, 151-186*.
- McFarland, M. J., Uecker, J. E. & Regnerus, M. D. (2011). The role of religion in shaping sexual frequency and satisfaction: evidence from married and unmarried older adults. *Journal of Sex Research, 48(2-3), 297-308*.
- Mendes, F. R. (2013). Active ageing: a right or a duty? *Health Sociology Review, 22 (2), 174-185*.
- Morais, C.M. (2005). *Escala de medida, estatística descritiva e inferência estatística*. Unpublished master's thesis, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal.
- Neto, F. (1998). *Ideologia do papel de género*. In Ensaio em Homenagem a Joaquim Ferreira Gomes (pp. 541-549). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura, 3(2), 297-322*.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social – volume II*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. (2004). Escala multidimensional de atitudes em relação à utilização do preservativo. *Psicologica, 36, 219-234*.
- Nunes, M. & Noronha, A. (2009). Auto-eficácia para actividades ocupacionais e interesses profissionais em estudantes do ensino médio. *Psicologia, Ciência e Profissão, 29 (1), 102-115*.

- Oliveira, L. S. P. (2012). *Atitudes sexuais e idadismo na terceira idade*. Unpublished master's thesis, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Pacheco, J. (2003) Sexualidade e religiões. In: L. Fonseca, & J. M. Vaz, (coord.) *A sexologia –perspectiva multidisciplinar, vol. II* (pp. 45-51). Coimbra: Quarteto.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coords). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pernica, F. Q. (2014). *Religião, Moral, Cultura, Política e Sexualidade*. Consultado em Junho, 24, 2015 em <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-social/religiao-moral-cultura-politica-e-sexualidade>.
- Piaget, J. (1990). *Seis estudos de psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Pinto, A. L. S. (2012) *A sexualidade nos idosos: contributo para a avaliação das atitudes face à sexualidade nos idosos e a sua relação com a religião e nível cognitivo*. Unpublished master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Pinto, I. R. & Costa, P. (2012). *Testes t de student para comparação de médias*. Consultado em Setembro, 15, 2016 em https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/conteudos_geral.ver?pct_pag_id=1009119&pct_parametros=pv_ocorrencia_id=148486&pct_grupo=6895#6895.
- PORDATA (26-06-2015). Índice de envelhecimento segundo os censos – por municípios. Consultado em Junho, 23, 2015 em www.pordata.pt/municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento+segundo+os+censos-348.
- Quintela, M. J. (2014). *Promover o envelhecimento activo: um objectivo da SPGG*. Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.
- Reissing, E. D., Laliberte, G. M. & Davis, H. J. (2005). Young women's sexual adjustment: the role of self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. *Canadian Journal of Human Sexuality, 14*, 77-85.
- Ribeiro, J. L. P. (1995) *Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral*. Consultado em Maio, 14, 2014, em <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>.
- Riegel, K. F. (1976). The dialectics of human development. *American Psychologist, 31*, 689-700.
- Rodrigues, L. C. B. (2008) *Vivências da sexualidade de idosos (as)*. Unpublished master's thesis, Universidade do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.
- Salveti, M.G., Pimenta, C. A. M., Lage, L. V., Oliveira Junior, J. O., & Rocha, R. O. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Revista Psiquiatria Clínica, 34* (3), 111-117.
- Santos, T. R. P. (2011). *Promoção da sexualidade saudável: relação entre satisfação sexual, assertividade e auto-eficácia em jovens adultos universitários*. Unpublished master's thesis, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Sarkar, N. V. (2008) Barriers to condom use. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 13* (2), 114-122.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995). *Self-efficacy and health behaviours*. Consultado em Junho, 20, 2015 em <http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/publicat/conner9.htm>.
- Shearer, C.S., Hosterman, S. J., Gillen, M. M. & Lefkowitz, E.S. (2005). Are traditional gender role attitudes associated with risky sexual behavior and attitudes about condom use? *Sex Roles, 52*, 311-324.
- Souza, C. F. (2008) *O uso/não uso de preservativo entre mulheres residentes em Belo Horizonte e Recife, 2002: um estudo de fatores associados*. Unpublished master's thesis, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil.
- Souza, M. P. (2014). *A sexualidade do idoso: uma revisão sistemática da literatura*. Unpublished master's thesis. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Trudel, G., Turgeon, L. & Piché, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy, 15*, 381-406.
- Vasconcellos, D., Novo, R. F., Castro, O. P., Vion-Dury, K., Ruschel, A., Couto, M. C. P. P., Colomby, P. & Giani, A. (2004). A sexualidade no processo de envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. *Estudos de Psicologia, 9* (3), 413-419.
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.

- Vitiello, N. & Conceição, I. S. C. (1993). Manifestações da sexualidade nas diferentes fases da vida. *Revista Brasileira da Sexualidade Humana*, 4 (1), 47-59.
- Yoder, J. D. & Kahn, A. S. (1992). Toward a feminist understanding of women and power. *Psychology of women quarterly*, 16,381-388.

Anexos

Anexo 1 – E-mail enviado para instituições com proposta de colaboração neste estudo

Boa tarde,

Venho por este meio fazer um pedido de colaboração por parte da vossa instituição. O meu nome é Ana Isabel Miranda Soares, sou aluna de Mestrado em Psicologia, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo como orientador o Professor Doutor Félix Neto. Neste âmbito necessito de entrar em contato com indivíduos com mais de 60 anos. Em linhas gerais a tese terá como objetivo analisar o preconceito vivido, ou não, pela população mais velha em relação ao uso do preservativo. Para que tal seja possível apenas necessito que estes preencham um questionário subordinado ao tema.

Posto isto, gostaria de saber a disponibilidade da instituição em contribuir para este estudo. Caso estejam suscetíveis para tal terei todo o gosto em explicar pessoalmente e em pormenor todo o projeto.

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Os melhores cumprimentos,

Ana Soares