

ANA PAULA GONÇALVES MARTINS GARCIA

**PREVENÇÃO DA SIDA NOS “IDOSOS”
APROXIMAÇÃO À INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
O CASO DO CONCELHO DE CASCAIS**

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Rodrigues

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Lisboa

2010

ANA PAULA GONÇALVES MARTINS GARCIA

**PREVENÇÃO DA SIDA NOS “IDOSOS”
APROXIMAÇÃO À INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
O CASO DO CONCELHO DE CASCAIS**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social, no Curso de Mestrado em Serviço Social e Política Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Rodrigues

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Lisboa

2010

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho representa uma fase do meu processo de crescimento pessoal e intelectual, tornado possível porque uma pluralidade de contributos e de encontros se conjugou, transformando-o num percurso permanentemente acompanhado. Seja-me assim permitido contrariar quem afirma que a realização de uma dissertação é feita num profundo isolamento, pelo que expresso a minha gratidão particularmente:

À Professora Fernanda Rodrigues, por me ter dado o privilégio da sua orientação, pela forma como se fez presente neste decurso mostrando-me que se fizemos “não há longe nem distância”, mas acima de tudo, pelo crescimento que as suas críticas e reflexões me possibilitaram.

Às oito assistentes sociais que aceitaram mostrar-me o seu olhar sobre a sua intervenção.

À Dra. Ana Luísa do GADS, responsável pelo projecto *Quebrar Tabus: SIDA e Prevenção*, pela disponibilidade e pelos meios que me proporcionou para a realização deste estudo.

Aos professores do Mestrado em Serviço Social e Política Social da ULHT, particularmente à Professora Maria José, pelo conhecimento transmitido, pela dedicação ímpar aos alunos e pelo empenhamento no sucesso deste Mestrado.

Aos colegas do grupo pelas discussões sobre a pertinência do tema e por me fazerem sentir que é bom “voltar à escola”.

À Doutora Teresa Paixão pelo incentivo que impulsionou a realização deste estudo, por me ter feito sentir que o número de idosos com HIV/SIDA em Portugal merece um olhar atento e medidas de prevenção e pela disponibilidade na (re) actualização dos dados.

A todas as colegas da equipa do Serviço Social que de diferentes formas me apoiaram e se mantiveram presentes, persistentemente, durante estes 3 anos, muito particularmente à Hélia e à Carla, pelas mensagens diárias e palavras de carinho e de incentivo para que o trabalho chegasse ao fim.

À Professora Marília pelo conhecimento que me transmitiu ao longo do tempo e pelo contributo para o meu crescimento intelectual.

À Irene pelo exemplo de rigor, de organização e de persistência e por insistentemente me “avisar” que uma investigação não se pode “perder muito de vista” e pelas críticas que facilitaram a concretização do trabalho.

À Rita pela amizade, pelo estímulo, pelas leituras e correcções do trabalho, pela energia nos momentos menos bons...e pela presença constante.

Àqueles que não mencionei mas que estiveram comigo.

Ao Francisco por tudo o que tem sido ao longo destes anos e agora, pela presença, calma e segurança que durante este processo se mantiveram incondicionais. E aos meus filhos, Filipe e Kiko pelo carinho e estímulo constantes, por compreenderem que há prioridades que são apenas momentâneas e por me “imporem” a finalização do trabalho. Aos três devo o ter chegado aqui e o podermos concluir, no final desta “prova” que somos uma verdadeira Família.

Sozinha, apenas, na responsabilidade pelas visões assumidas e expressas e pelos erros e insuficiências do trabalho efectuado.

Resumo

Os dados estatísticos evidenciam uma tendência para o aumento de casos de HIV/SIDA em indivíduos com mais de 50 anos (OMS, 2008) e apontam a transmissão por via sexual como uma das causas das novas infecções nesta faixa etária.

A inexistência de um tratamento ou de uma vacina para o HIV/SIDA faz com que a alteração de comportamentos de risco seja ainda o único meio disponível e universal de prevenir a doença, independentemente da faixa etária considerada.

Reconhecendo a dimensão social do fenómeno, e a função preventiva e educativa inerente à actividade dos assistentes sociais, constitui-se como principal objectivo deste estudo compreender o papel do Serviço Social na prevenção do HIV /SIDA e dos comportamentos de risco nos idosos frequentadores de centros de convívio e academias. Especificamente pretendemos identificar o entendimento dos assistentes sociais face à SIDA, à sexualidade e aos comportamentos de risco da população idosa; compreender o papel do Serviço Social na prevenção do HIV/SIDA por relação a outros profissionais; identificar que acções de âmbito preventivo são utilizadas e em que nível da prevenção se situa a intervenção dos assistentes sociais e perceber se a mesma contribui para a mudança de comportamentos de risco.

Situámos o estudo numa abordagem qualitativa, e seguimos uma estratégia indutiva. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a oito assistentes sociais que exercem a sua actividade em Centros de Convívio ou Academias Seniores, no concelho de Cascais.

Pela análise e interpretação dos discursos das entrevistadas verifica-se que, a maioria, têm conhecimentos acerca da sexualidade dos idosos no geral e nas respectivas instituições. Percepcionam a sexualidade como algo existente nos idosos, embora se tenham identificado, concomitantemente alguns preconceitos, não sendo um assunto comumente abordado nas suas acções quotidianas. O conhecimento que revelam relativamente ao HIV/SIDA e à expressão do problema a nível global ou local tem uma relação muito directa com a existência, ou não, de casos concretos na instituição. Constatámos que as acções preventivas sobre os comportamentos sexuais de risco são feitas por profissionais exteriores à instituição e de outras áreas, como a enfermagem e a psicologia.

Face à regularidade e proximidade com os destinatários da intervenção sublinhamos a importância que os assistentes sociais podem ter no âmbito da prevenção primária, promovendo acções que capacitem, eduquem e motivem os idosos para a adopção de comportamentos saudáveis, sendo também condição *sine qua non* que os profissionais se reposicionem e assumam esse papel investindo na sua qualificação e especialização.

Palavras-chave: HIV/SIDA; comportamentos de risco; prevenção; promoção; educação; Serviço Social.

Abstract

The statistical data shows that the number of HIV/AIDS cases in individuals over 50 is rising (OMS, 2008), with the sexual transmission being the prime cause of the new infections in this age group.

The non-existence of a treatment or a vaccine for HIV/AIDS leads the change in risk behaviors to remain the only available and universal method to prevent the spreading of this disease, regardless of the age group we are considering.

Acknowledging the social dimension of the phenomenon and the inherent preventive and educational function of the Social Workers, the main objective of this study is to understand the role of the Social Work in HIV/AIDS prevention and the risk behaviors of the elderly. Specifically we intend to identify the knowledge the social workers have about HIV/AIDS, about the sexuality and risk behaviors of the elderly; understand the role of the social worker in HIV/AIDS prevention by comparison to other professionals; identify which preventive actions are taken in intervention and in which level of prevention the intervention of social workers takes place, and understand if prevention leads to changing the risk behaviors.

We based the study in a qualitative approach, and followed an inductive strategy. The data was gathered by semi-structured interviews, applied to eight Social Workers working in Recreational Centers or Seniors Academies in Cascais' district.

By analyzing and interpreting the interviews we see, that the majority, knows about the sexuality of the elderly in general and in their respective institutions. They see sexuality as something that the elderly possess, although we have also identified some prejudices towards it, and it isn't a theme usually approached in their daily actions. The knowledge that they reveal about HIV/AIDS and the impact of this problem at a global and local level, is directly linked to the existence, or not, of actual cases in the institution they work. We noticed that the preventive actions on sexual risk behaviors are conducted by professionals that don't belong to the institution and of other areas of expertise, as Nursing and Psychology.

Due to the regularity and proximity with whom the intervention is destined to, we emphasize the importance that the social workers may have in primary prevention, promoting actions that enable, educate and encourage the elderly to adopt health promoting behaviors, also being a *sine qua non* condition the professionals must reposition themselves and take that role investing in their qualification and specialization.

Key-words: HIV/AIDS; risk behaviors; prevention; promotion; Social Work

Índice de Siglas e Abreviaturas

CC – Centro Convívio

CD – Centro Dia

CDC- Center of Deasease Control

CMC – Câmara Municipal de Cascais

CNLS – Comissão Nacional de Luta Contra a Sida

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

E – Entrevista

GADS – Grupo Apoio e Desafio à SIDA

GAT – Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA

HAART - Highly Active Antiretroviral Therapy

HIV - Human Immunodeficiency Virus

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INSA – Instituto Nacional da Saúde Dr. Ricardo Jorge

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA

PP – Prevenção Primária

SAD – Serviço Apoio Domiciliário

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ULHT – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

UNAIDS - Joint United Nations Program on HIV/AIDS

ÍNDICE

Introdução ao tema e ao percurso metodológico.....	11
---	-----------

CAPÍTULO I – O HIV/SIDA: “deambulações” sobre o perfil do problema. Do global ao local.....	23
--	-----------

1. A caracterização da doença.....	24
1.1 Desmistificar as formas de transmissão do HIV/SIDA.....	26
1.2 A sua evolução histórica.....	28
2. Breve contextualização espacial.....	33
2.1 A SIDA no Mundo.....	33
2.2 A SIDA em Portugal.....	38
3. A SIDA nos maiores de 55 anos: o caso do concelho de Cascais.....	43
4. A sexualidade nos idosos: de que falamos quando nos referimos a comportamentos de risco nos maiores de 55 anos?.....	45

CAPÍTULO II – SIDA e Idosos: comportamentos de risco e trajectória para a prevenção.....	55
---	-----------

1. <i>Praevenire</i> e <i>pro-movere</i> : dois verbos que se complementam.....	56
1.1 Da prevenção à promoção da saúde.....	56
1.2 Prevenção em cinco níveis.....	61
2. A dimensão educativa na prevenção dos comportamentos de risco dos idosos.....	65
3. A prevenção da SIDA na população idosa: estratégias de intervenção.....	67
4. A importância do Serviço Social na prevenção: relação interdisciplinar para uma mudança consciente.....	74

CAPÍTULO III – Apresentação e interpretação de resultados: O olhar de oito assistentes sociais sobre o HIV/SIDA e os comportamentos de risco nos idosos.....	80
---	-----------

1. Escolha do objecto empírico, contexto espacial, o perfil das entrevistadas.....	80
1.1. Do problema à escolha do objecto empírico.....	80
1.2. O contexto geográfico, as instituições e os destinatários.....	85
1.3. O perfil das profissionais entrevistadas.....	88
2. A sexualidade nos idosos.....	93

2. 1. Manifestação da sexualidade dos idosos.....	94
2.2. Vivência da sexualidade.....	95
2.3. Natureza das relações.....	98
2.4. Significações atribuídas.....	99
3. Os comportamentos sexuais de risco nos idosos.....	103
3.1. Os idosos e “grupo de risco”.....	103
3.2. Identificação dos comportamentos de risco.....	105
4. HIV/SIDA nos idosos: percepção e conhecimento.....	108
4.1. Importância atribuída ao problema pelas assistentes sociais.....	108
4.2. Conhecimento do problema a nível local e na instituição.....	111
4.3. Atitude face a situações concretas na instituição.....	112
5. Abordagem sobre a Intervenção do Serviço Social: que particularidades?.....	115
5.1. A sexualidade como tema.....	116
5.2. Procedimentos face a situações concretas de HIV/SIDA.....	118
5.3. Estratégias utilizadas na intervenção.....	120
6. A Prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco dos idosos: Práticas de cruzamento ou de anulação?.....	129
6.1. Lugar/papel do Serviço Social na prevenção.....	129
6.2. Tipo de acções preventivas desenvolvidas pelas assistentes sociais.....	133
6.3. Iniciativa das acções realizadas.....	135
6.4. Adesão dos idosos às acções.....	138
6.5. Efeito das acções.....	140
Conclusões.....	144
Bibliografia.....	153

Índice de Apêndices

Apêndice I – Guião da Entrevista.....	i
Apêndice II – Grelha da Entrevista.....	iv
Apêndice III – Quadro referencia das Entrevistas.....	viii
Apêndice IV – Caracterização sócio profissional das Assistentes Sociais.....	x
Apêndice V – O lugar do Serviço Social na instituição.....	xiv
Apêndice VI – Sinopses das Entrevistas	xix

Apêndice VII – Grelhas de análise das entrevistas.....	liii
Apêndice VIII – Categorização das unidades de conteúdo....	lx

Índice de Quadros

Quadro 1 – Estimativa de adultos e crianças a viver com HIV no mundo em 2008.....	35
Quadro 2 – Sumário global da epidemia da SIDA....	36
Quadro 3 – Distribuição dos casos por categoria de transmissão e ano de diagnóstico em Portugal.....	40
Quadro 4 – Distribuição dos casos por sexo > 55 anos (dados nacionais).....	41
Quadro 5 – Distribuição nacional de casos por data de notificação.....	42
Quadro 6 – Distribuição de casos no grupo etário > = 55 – 59 e > 65 anos segundo o sexo (Cascais).....	44
Quadro 7 – Distribuição de casos grupo etário > = 55-59 e > 65 e categorias de transmissão (Cascais).....	44
Quadro 8 – Centros Convívio e Academias no concelho de Cascais.....	86
Quadro 9 – Freqüentadores de equipamentos sociais por grupo etário (2009).....	87
Quadro 10 – Caracterização sócio profissional das assistentes sociais entrevistadas (2009).....	88
Quadro 11 – Manifestação da sexualidade nos idosos.....	94
Quadro 12 – Vivência da sexualidade nos idosos.....	96
Quadro 13 – Natureza das relações.....	98
Quadro 14 – Significações atribuídas à sexualidade.....	100
Quadro 15 – Importância atribuída ao problema pelas assistentes sociais.....	108
Quadro 16 – Abordagem ao tema da sexualidade.....	116
Quadro 17 – Estratégias utilizadas na intervenção.....	121
Quadro 18 – Lugar/ papel do Serviço Social na prevenção.....	129
Quadro 19 – Tipo de acções preventivas desenvolvidas pelas assistentes sociais.....	133
Quadro 20 – Iniciativa das acções realizadas.....	136
Quadro 21 – Adesão dos idosos às acções.....	138
Quadro 22 – Efeito das acções.....	140

Índice de Figuras

Figura 1 – “O Serviço Social: a locomotiva que faz andar”	79
--	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Índices de Envelhecimento e de Juventude do concelho de Cascais.....	43
---	----

Gráfico 2 – Distribuição das respostas sociais por população-alvo (continente 2008).....	83
--	----

Gráfico 3 – Evolução das respostas sociais para as Pessoas Idosas no (Continente 1998-2008).....	83
--	----

Introdução ao tema e ao percurso metodológico

Este estudo de carácter exploratório tem como principal finalidade compreender o papel do Serviço Social na prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco nos idosos.

O surgimento da SIDA no início da década de 1980 provocou um grande impacto nas sociedades contemporâneas e se inicialmente era uma doença associada a determinados grupos sociais de risco conotados como marginais, por referência ao padrão “normal”, toxicodependentes e homossexuais assume-se, a partir de meados dos anos noventa, como algo transversal a todas as sociedades, grupos sociais e perfis sócio demográficos (André, 2005).

Com uma história recente, de aproximadamente 30 anos, a SIDA produziu um impacto na sociedade contemporânea que transpõe o de qualquer outra doença da actualidade. Daí que, por analogia ao passado, seja considerada como a peste dos tempos modernos. Desde o seu surgimento em 1981, já provocou a morte a cerca de 25 milhões de pessoas e 60 milhões, aproximadamente, foram infectadas¹.

Apesar da fase da expansão se situar entre meados dos anos 80 até meados dos anos 90 e do contínuo aumento do número de pessoas infectadas em todo o mundo, a epidemia atingiu o seu pico em 1996. Desde 2001 tem-se verificado uma estabilização em algumas regiões, e/ou uma diminuição de novas infecções assim como um prolongamento de vida dos infectados. Esta estabilização e a consequente possibilidade de viver mais anos devem-se ao facto de, em alguns países, se ter ampliado ou tornado acessível a distribuição dos anti-retrovirais, fruto dos avanços da Medicina neste campo desde 1996.

Mais do que qualquer outra doença, esta tem inerentes problemas de desinformação, medos e discriminação, que se têm constituído como obstáculos para a inserção e intervenção social com este grupo de pessoas. A desinformação inicial, que teima em persistir, propiciou o surgimento de variantes sociais que foram facilitadoras da expansão da doença, em outros grupos vulneráveis diferentes dos iniciais. Assim, a sua disseminação alterou o primitivo perfil epidemiológico do fenómeno, verificando-se actualmente a sua feminização, heterossexualização, pauperização e envelhecimento (Oliveira et al., 2007).

Estas transformações trazem consigo, também, uma modificação conceptual relativamente à designação de grupos de risco, para a adopção da terminologia comportamentos de risco.

¹ Relatório da ONUSIDA, 2009

Embora a descoberta da terapia anti-retroviral tenha contribuído para prolongar a vida das pessoas com HIV e esta possa ser uma das causas responsáveis pelo actual aumento do número de idosos com a doença há, concomitantemente, muitos idosos que estão a ser infectados já em idades avançadas. Esta população constitui-se como um grupo vulnerável a merecer uma premente intervenção, uma vez que as campanhas preventivas das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) dirigidas a este grupo etário são quase inexistentes e muitos dos casos de transmissão sucedidos depois dos 55 anos, relacionam-se com práticas sexuais desprotegidas².

Importa referir que apesar da OMS definir um idoso como uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável, para este estudo teremos por referência a população com idade superior a 55 anos uma vez que, o problema empírico que desencadeou o processo de investigação foi a constatação do número de casos com HIV/SIDA em pessoas com mais de 55 anos, no concelho de Cascais. Desta forma, sempre que ao longo do trabalho se fizer alusão ao idoso ou à população idosa, englobamos os sujeitos desta faixa etária.

Tal como nos diz Giddens (2007), na sociedade pós-industrial a relação entre as gerações tem sofrido alterações. Se considerarmos o caso do comportamento sexual, uma das características peculiares é a crescente multiplicidade de estilos de vida. Isto é, se por um lado os jovens iniciam a sua actividade sexual cada vez mais cedo, por outro, no caso de pessoas com idades mais avançadas, a sexualidade e a manutenção de relações dessa natureza, tornaram-se possíveis até quase ao fim da vida, designadamente, devido aos avanços da indústria farmacêutica.

A transmissão por via sexual é actualmente, pela ausência de atitudes e de uma cultura preventivas, uma das principais vias de transmissão nesta faixa etária, seja como possibilidade de infectarem ou de serem infectados pelo vírus.

O facto de a sexualidade nos idosos continuar a ser um tabu tanto para a sociedade, como para os próprios, faz com que o problema seja muitas vezes desvalorizado e afastado do centro das prioridades, quer dos profissionais, quer dos decisores políticos. A diminuição dos preconceitos e da vulnerabilidade inerentes a este grupo, torna-se assim prioritária e só possível a partir de uma postura educacional e preventiva, entendida como fundamento norteador das estratégias de combate à propagação da doença.

Apesar de no início, a SIDA ser considerada um problema de saúde e predominante em população jovem, o seu desenvolvimento no tempo atribuiu-lhe características e repercussões

² Informação obtida em Janeiro de 2009, em conversa exploratória com o responsável pela unidade de tratamento de HIV/SIDA do Hospital de Cascais.

com uma natureza e uma dimensão social diferentes e, desta forma, a merecerem intervenção por grupos de profissionais dos quais o assistente social faça parte integrante.

De acordo com Czeresnia (2003), as acções preventivas definem-se como intervenções orientadas de modo a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a sua incidência e prevalência nas populações. A prevenção exige assim uma acção antecipada, baseada no conhecimento a fim de tornar improvável o seu aparecimento.

Sendo o campo de intervenção do Serviço Social, cada vez mais um lugar de emergência de novos problemas, marcado pela multiplicidade de riscos que hoje os cidadãos vivem, quer no plano individual quer colectivo, a própria intervenção tem necessariamente de constituir-se como um dos mais fortes instrumentos da política, pautada por uma reflexão profunda acerca dos seus pressupostos teóricos e epistemológicos e da validade dos modelos mais consolidados perante o modo de entender a vulnerabilidade social (Hespanha, 2007).

Se a vulnerabilidade do sujeito aumenta com a idade, quer em termos de saúde quer nos aspectos sociais, um dos pontos de partida dos profissionais consistirá na efectivação de intervenções onde a educação para a saúde não seja descurada, informando o idoso e proporcionando-lhe mecanismos que promovam a sua autonomia e a sua capacidade de decisão e de escolha face a situações de risco. Embora saibamos que o envelhecimento tem inerentes perdas de capacidades no indivíduo, defendemos que, quer a educação, quer o processo de aprendizagem em si, acontecem ao longo da vida.

O Serviço Social surge assim como uma profissão cujo âmbito de actuação pode assumir várias formas como seja: de concretizador, de substituto, de capacitador, de consciencializador, de educador dos sujeitos, recorrendo para isso a normas e procedimentos formais e informais que se poderão consubstanciar em modelos específicos de intervenção, constituindo-se como um elemento chave neste processo de “prevenir” primário, educando para a promoção de comportamentos saudáveis. De acordo com Weisshaupt (1985) é necessário que o Serviço Social identifique, para além dos seus objectivos e campos de actuação, a razão de ser da sua actuação, uma vez que esta suscita contradições quanto à adopção de uma ideologia em detrimento de outra, às acepções tidas como “verdades incontestáveis e imutáveis” e ao reconhecimento da sua prática.

Sabemos que é difícil mudar comportamentos e que a dificuldade acresce quando nos referimos a uma modificação de práticas que foram reiteradas ao longo dos anos. Sabemos também que essa modificação é indissociável de um processo educativo e de aprendizagem e que as intervenções educativas, como nos diz António Nóvoa (2009), se alimentam de eixos como a aquisição de competências e de capacidades que visam a obtenção de novos

comportamentos. No caso dos idosos, é possível educar para a prevenção, criar condições mais imediatas para alterar comportamentos de risco e promover com eles estilos de vida saudável, porque a aprendizagem ocorre em todas as idades. Consideramos assim, que os assistentes sociais, pelo contacto diário com esta população, detêm um lugar privilegiado e particularidades “específicas” que, por relação a outros profissionais, lhe podem conferir uma posição de “preventor primário” na intervenção com este grupo. Torna-se por isso condição *sine qua non* que a sua cultura preventiva se amplie e faça parte do seu *modus operandi*.

Na base deste estudo está a constatação do aumento do número de casos de HIV/SIDA nas pessoas com mais de 55 anos no concelho de Cascais. Contudo, quando em 2007 se procedeu à formalização da inscrição no 1º Mestrado em Serviço Social e Política Social da ULHT, estava longe de ser este o caminho que acabaria por seguir-se na investigação. Escolher como tema da investigação, “a prevenção da SIDA nos idosos”, assentou essencialmente em três vertentes: a pessoal, a social e a profissional.

Apesar da já existente e crescente investigação no domínio do HIV/SIDA, a relação entre este problema, o envelhecimento e a intervenção do Serviço Social na sua dimensão preventiva não está suficientemente estudada, para dela se extraírem alguns conhecimentos. A pesquisa exploratória efectuada mostra que os estudos existentes em Portugal têm sido mais direccionados para a população jovem e situam-se maioritariamente nas áreas da Saúde, da Psicologia e das Ciências da Educação.

É neste sentido que esta pesquisa pretende ser um contributo para uma reflexão sobre a importância dos assistentes sociais no domínio da prevenção do HIV/SIDA nos idosos. Quer sensibilizando os profissionais para a necessidade de formação contínua e especializada e de se afirmarem enquanto elementos chave na prevenção primária, quer para o Serviço Social em geral, na medida em que poderá contribuir para um saber mais aprofundado desta problemática e para abrir novos caminhos para a profissão. O estudo considerara-se ainda relevante para a Licenciatura em Serviço Social da Universidade Lusófona, na medida em que poderá sensibilizar os estudantes, futuros assistentes sociais, a realizarem estudos sobre esta problemática, contribuindo para um maior conhecimento da doença e para a sua desmistificação.

Sabendo-se o aumento do número de idosos com SIDA em Portugal e no mundo, que as campanhas e acções preventivas são dirigidas fundamentalmente ao público jovem e, sendo a minha formação de base em Serviço Social e a experiência profissional sempre com a população idosa, o interesse pelo tema é largamente reforçado, na medida em se considera que o assistente social poderá ser um elemento imprescindível no domínio da prevenção junto deste grupo. Este

constitui, cumulativamente, o desafio e a justificação do interesse do estudo para a profissão, pois considera-se imperativo que o Serviço Social reforce o seu trajecto e a sua acção, ao lado das demais profissões e mostre que a sua contribuição, enquanto agente de prevenção e de educador é necessária, válida e eficaz.

Sem existir a pretensão de voltar aos fundamentos históricos da profissão, entende-se que um dos papéis do assistente social é o de “educador” e de “preventor”. Quem melhor que ele, que trabalha diariamente com a população idosa, pode ter uma função de sensibilizador no sentido de educar para a prevenção dos comportamentos de risco?

Das interrogações aos objectivos

Uma vez concebida a ideia de pesquisa foram-se construindo e desconstruindo algumas questões à medida que o próprio processo avançava nas suas diferentes etapas. O seu aprofundamento foi concomitante à construção do processo de conhecimento do objecto de estudo e do contacto directo e mergulho com o objecto empírico.

Foi neste decurso de avanços e de recuos que se foram objectivando, clarificando e construindo as seguintes questões:

- Como é que os assistentes sociais percebem a sexualidade dos idosos?
- Como é que os assistentes sociais perspectivam os comportamentos de risco e o HIV/SIDA nos idosos?
- Como é que os assistentes sociais actuam para prevenir os comportamentos sexuais de risco nos idosos?
- De que forma é que a prevenção está presente na intervenção do Serviço Social com a população idosa, e como é que esta pode contribuir para aumentar o seu nível de conhecimentos face à transmissão e prevenção da doença?
- Qual é o papel do Serviço Social na prevenção do HIV/SIDA com população idosa e na promoção de comportamentos saudáveis?

A sistematização das ideias apresentadas deu assim lugar à emergência de um interesse assente na vontade de, por um lado, compreender com mais profundidade a expressão do HIV/SIDA na população idosa e, por outro, analisar e compreender o papel do Serviço Social na prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos sexuais de risco nos idosos frequentadores de centros de convívio e academias seniores no concelho de Cascais. Mais especificamente pretendíamos identificar os conhecimentos e a perspectiva dos assistentes sociais face ao

HIV/SIDA e à sexualidade e comportamentos de risco dos idosos; compreender o papel do Serviço Social na prevenção do HIV/SIDA por relação a outros profissionais; identificar acções de âmbito preventivo utilizadas na intervenção; em que nível da prevenção se situa a intervenção dos assistentes sociais e apreender as percepções sobre as mudanças verificadas nos comportamentos de risco.

O percurso metodológico

Face às questões e aos objectivos apresentados situámos este estudo numa abordagem qualitativa dos fenómenos sociais, privilegiando a importância da construção do conhecimento através de uma abordagem compreensiva e interpretativa dos fenómenos, procurando apreender os elementos mais significativos da intervenção do assistente social, na sua dimensão preventiva, com a população idosa. É desta forma um estudo exploratório descritivo. Exploratório porque correspondeu desde o primeiro momento, à familiarização com o tema, à procura de informações sobre a viabilidade de realizar a pesquisa e à descoberta até ao final. De acordo com Sampieri (2006:98), “realizam-se estudos exploratórios, normalmente, quando o objectivo é examinar um tema de pesquisa pouco estudado (...) ou pesquisar sobre alguns temas e objectos com base em novas perspectiva e ampliar os estudos já existentes”. Também descritivo porque nos permitiu recolher informação sobre a intervenção dos assistentes sociais, analisá-la e interpretá-la, pois “(...) num estudo descritivo selecciona-se uma série de questões e recolhe-se informação sobre cada uma delas, para assim descrever o que se pesquisa” (Ibidem, 101)

Segundo Guerra (2006:17) “nas análises compreensivas o sujeito tem racionalidades próprias e comportamentos estratégicos que dão sentido às suas acções num contexto sempre em mudança provocado pela própria acção. Do ponto de vista qualitativo, considera-se que os sujeitos interpretam as situações, concebem estratégias e mobilizam os recursos e agem em função dessas interpretações”. Da mesma forma o que motivou esta pesquisa foi a “descoberta”, do fenómeno do HIV/SIDA na população idosa. Partiu-se inicialmente de uma constatação – um número significativo de casos em pessoas com mais de 55 anos no concelho de Cascais³ – tendo-se dado início a um percurso exploratório cujo objectivo visava uma familiarização com o fenómeno e a obtenção de informações sobre a possibilidade e viabilidade de realização da

³ De acordo os dados obtidos no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, as notificações recebidas até 31 de Dezembro de 2009, relativos ao grupo etário maior de 55 anos de idade, era de 76 casos de infecção VIH/SIDA, no concelho de Cascais (21 são do sexo feminino e 55 do sexo masculino).

pesquisa, bem como justificar a sua pertinência, para posteriormente se compreender a intervenção do Serviço Social na prevenção do HIV/SIDA com a população idosa. Esta fase exploratória conferiu-nos não apenas a clarificação do problema, como também um aprofundamento do conhecimento e uma maior reflexividade e capacidade de questionamento.

A pesquisa qualitativa não se baseia numa concepção teórica e metodológica única. “A cada tipo de pesquisa corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação” (Fortin, 2003:133). O principal é, pois, perceber que a estratégia que se adopta é sempre influenciada por três questões: o que se pretende descobrir? Que concepção se tem da realidade social? Qual a opinião própria sobre como se deve alcançar a realidade?

Neste tipo de pesquisa “ (...) os objectos de estudo não são reduzidos a simples variáveis, são estudados na sua complexidade e inteireza, integrados no seu contexto quotidiano” (Flick, 2005:2,5), onde a subjectividade do investigador dos sujeitos estudados e as opiniões de cada sujeito se constituem como ponto de partida e são condição *sin qua non*.

Enquanto estratégia metodológica, neste estudo seguiu-se o método indutivo uma vez que este procedimento contém na sua base “uma pesquisa exploratória, fase aberta, na qual o pesquisador se situa como um verdadeiro explorador, se familiariza com uma situação ou um fenómeno e tenta descrevê-lo e analisá-lo” (Albarello, 1997:97). Neste tipo de abordagem o investigador coíbe-se, deliberadamente, de utilizar no início do processo teorias explicativas do fenómeno observado (Fortin, 1999:148).

A entrevista semi-estruturada ou semi-directiva foi a técnica seleccionada para a obtenção da informação visto esta possibilitar a combinação entre a abrangência, a profundidade e a flexibilidade na recolha dos dados e “(...) permitir a incorporação de perguntas mais ou menos abertas, no guião” (Flick, 2003:94), possibilitando a criação de um espaço de liberdade orientada pelo entrevistado, havendo assim uma co-criação de significado e de conhecimento.

Aplicámos oito entrevistas com perguntas abertas cuja sequência se pautou pela flexibilidade, pese embora neste tipo de entrevista esteja presente algum grau de estruturação. Para a sua concretização baseámo-nos num guião construído especialmente para esta investigação de acordo com as questões colocadas inicialmente (Apêndice I).

O início da entrevista é numa primeira fase informativo, momento em que se explica qual o seu objectivo geral, o âmbito da investigação, garante-se o anonimato e a confidencialidade de todos os dados, pede-se autorização para a gravação em áudio e esclarecem-se dúvidas que possam ser colocadas pelas entrevistadas.

Quanto ao guião, numa primeira parte é factual: faz-se a caracterização sócio profissional das entrevistadas⁴ e do seu posicionamento/funções na estrutura organizacional. Numa segunda parte são apresentados os blocos temáticos, cada um composto por questões norteadoras do tema, correspondentes aos eixos teóricos do trabalho:

- O primeiro reporta à sexualidade nos idosos e tem como objectivo conhecer as suas manifestações e a percepção das assistentes sociais face à mesma;
- O segundo bloco temático refere-se aos comportamentos de risco nos idosos, tem como objectivo compreender a percepção das assistentes sociais relativamente a esses comportamentos;
- O terceiro bloco aborda a percepção/reconhecimento da SIDA nos idosos, tem como objectivo perceber a atitude das assistentes sociais face a situações concretas;
- No quarto e quinto blocos temáticos é abordada a intervenção na sua dimensão preventiva e tem como objectivos perceber qual o papel do assistente social na prevenção do HIV/SIDA nos idosos, como é feita essa prevenção, que acções de âmbito preventivo são realizadas e qual o nível de participação dos idosos. Através da análise das acções desenvolvidas, e dos seus efeitos, pretende-se compreender o âmbito da intervenção e se esta promove a mudança de comportamentos.

Visou-se ainda compreender a perspectiva futura das assistentes sociais face à prevenção, através de questões colocadas no final, que se revelaram de extrema importância na análise conclusiva das entrevistas, pela possibilidade de permitirem recuperar e/ou aprofundar informação que no decorrer da entrevista não havia sido conseguida.

Contexto, população e amostra

Como anteriormente referido, optámos por seguir neste estudo uma abordagem qualitativa. Sabíamos que, “pelas suas características, este tipo de pesquisa nunca estuda muitos casos, nem pretende a representatividade ou a generalização” (Guerra 2006:39,40), estudam um indivíduo ou uma situação (ou poucos indivíduos e reduzidas situações).

Como acontece na maioria das investigações não é fácil “medir” toda a população e assim seleccionámos uma amostra, onde o primeiro passo consistiu em definir “ (...) uma unidade de análise ou grupo de pessoas, sobre o qual deverão ser recolhidos dados, sem que

⁴ Neste estudo apenas foram entrevistadas assistentes sociais do sexo feminino. Assim quando no texto fizermos referência às entrevistadas, em si, fazemo-lo no feminino por relação às entrevistas realizadas e no masculino, quando nos referimos à classe no geral.

necessariamente seja representativo do universo ou da população que se estuda” (Sampieri, 2006:251).

Tendo em consideração a acessibilidade, o conhecimento do contexto geográfico, onde o estudo foi concretizado, por ser área de residência pessoal, a abertura manifestada por parte da autarquia e pelas várias instituições para a colaboração no estudo, procedeu-se assim, à definição de uma amostra teórica intencional (não probabilística) seguindo alguns critérios para a efectivação da selecção.

Inicialmente, procurámos junto da autarquia, neste caso um informante privilegiado, saber quais dos assistentes sociais poderiam, pelo seu percurso e experiência profissional, dar contributos mais relevantes para a concretização do estudo, e termos a possibilidade de uma heterogeneidade, relativamente às características da amostra. De facto “nos estudos qualitativos é igualmente importante que as pessoas seleccionadas sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência ou de descrever o que interessa ao investigador” (Fortin, 1999:156). Outros critérios foram tidos em conta, a saber: o profissional ter formação em Serviço Social, trabalhar há mais de um ano com população idosa, a experiência profissional/ anos de exercício da actividade.

Objectivou-se ainda abranger as 6 freguesias do concelho de Cascais, no sentido de procurar diferentes contextos espaciais de intervenção do assistente social. As oito entrevistas constitutivas da amostra permitiram atingir o ponto de saturação relativamente aos dados recolhidos, o que nos permite pressupor que entrevistámos um número suficiente de assistentes sociais.

A recolha, o registo e o tratamento da informação

A investigação qualitativa não se pauta por uma única concepção teórica e metodológica. Ela implica um modo específico de entender a relação entre o assunto a estudar e o método seleccionado.

Tendo sido feito previamente o levantamento do número de instituições, centros de convívio e academias seniores, no total de vinte e seis, previu-se inicialmente a realização de nove a treze entrevistas, o correspondente a um terço ou a metade das instituições. Concretizaram-se oito, porque das treze previamente seleccionadas, quatro das profissionais não tinham formação de base em Serviço Social e outra não ter querido participar na entrevista proposta.

A intervenção destas oito assistentes sociais entrevistadas abrange um total de 854 idosos frequentadores de doze centros de convívio e academias seniores⁵, visto uma das profissionais ser responsável pela coordenação de quatro das instituições referidas.

O processo de recolha de dados teve início no dia 31 de Agosto e terminou em 14 de Outubro de 2009. Foi estabelecido um contacto telefónico prévio onde se apresentou o objectivo do estudo e se procedeu ao agendamento da entrevista, respeitando a disponibilidade das entrevistadas. Houve algumas alterações nas datas marcadas para a respectiva concretização, mas o trabalho de campo em si, não revelou dificuldades.

O papel do investigador/entrevistador não deve limitar-se “a colocar questões e a exercer um controlo sobre a qualidade das respostas, mas também a criar uma situação interpessoal destinada a influenciar o grau de motivação dos sujeitos” (Fortin, 1999:248). Assim, todas as entrevistas foram realizadas nas instituições, tendo decorrido num ambiente calmo e descontraído, proporcionando às entrevistadas que se exprimissem livremente e reflectissem criticamente sobre a sua experiência profissional. Foram gravadas, com pedido de autorização prévio, permitindo um registo fiel de todo o discurso. No total as 8 entrevistas perfizeram 8 horas e 20 minutos de gravação⁶.

Nas abordagens qualitativas, após a recolha de dados segue-se “(...) uma fase preliminar à análise propriamente dita. Uma vez recolhido determinado conteúdo a partir das entrevistas, de observações ou de outros tipos de colheita, é necessário organizar os dados para que eles possam ser analisados” (Ibidem:307). De igual forma, neste estudo, os passos seguintes consistiram na transcrição integral de todas as entrevistas. Houve uma primeira leitura e nova audição das gravações no sentido de colmatar possíveis lacunas ou clarificar ideias menos perceptíveis. Esta tarefa constituiu um processo moroso, tendo decorrido durante três meses. Concomitante ao processo de transcrição das entrevistas, foi revisto e “limpo” o texto do acessório, sublinhando-se e fazendo-se algumas anotações. Seguidamente foram construídas as sinopses das entrevistas (Apêndice VI) que permitiram reduzir o material recolhido ao que era essencial e a comparação longitudinal das respostas. Foi durante este processo que se percebeu a saturação empírica da amostra. Isto é, a partir de certa altura constatámos que os dados recolhidos já não acrescentavam nada de novo relativamente aos objectivos da pesquisa.

Como sublinha Fortin (1999), numa investigação qualitativa a análise dos dados constitui uma fase do processo indutivo e tem uma relação estreita com o próprio processo de recolha de dados, e permite também guiar o investigador na sua amostragem que é de natureza

⁵ Este assunto aprofundar-se-á no III capítulo.

⁶ Ver Apêndice III

intencional fornecendo-lhe pistas sobre o que lhe resta descobrir do fenómeno durante a recolha de dados. Utilizámos a análise de conteúdo como forma de sistematizar e descrever as entrevistas e de obter categorias e subcategorias que subsidiam a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção das mensagens. Tendo assim em consideração os objectivos inicialmente definidos e o quadro teórico trabalhado, estabeleceram-se categorias e subcategorias *a posteriori*, para cada uma das dimensões consideradas (Apêndice VII) e respectiva categorização das unidades de conteúdo mais significativo e a sua frequência (Apêndice VIII). Esta técnica, pela sua característica de sistematização, permitiu aceder a uma dimensão descritiva e do que foi narrado e a uma interpretação com base no diálogo com o referencial teórico sobre abordagens à prevenção do HIV/SIDA, à sexualidade nos idosos e à prevenção de comportamentos de risco, que norteou a recolha dos dados.

Sublinhamos, para finalizar que dada a subjectividade implícita neste tipo de pesquisa, muito mais além se poderia ir, pois como refere Poiriet (1995) qualquer análise de conteúdo tem limites, precisamente porque nunca está terminada e porque é sempre um trabalho sobre material humano, factos que confirmam a subjectividade referenciada.

Estruturalmente esta dissertação apresenta-se em três capítulos. Nos dois primeiros fazemos uma incursão pela bibliografia portuguesa e estrangeira, procurando respeitar a sua actualidade que nos possibilita a contextualização do estudo.

Assim, no primeiro capítulo, fazemos um enquadramento global do HIV/SIDA, caracterizamos as principais vias de transmissão e apresentamos uma retrospectiva histórica desde o seu surgimento até à actualidade. Simultaneamente apresentamos a expressão do fenómeno a nível mundial, partindo de uma visão macro para o situar na sua perspectiva micro. Após a análise do problema no concelho de Cascais, onde realçamos o “envelhecimento da SIDA” estabelecemos a relação com os comportamentos sexuais de risco nos idosos.

No segundo capítulo desenvolvemos o conceito de prevenção, recorrendo para isso à epidemiologia, à medicina preventiva e à psicologia da saúde, tendo sempre presente a articulação com os comportamentos de risco dos idosos, identificados no capítulo anterior. Estabelecemos também a relação da prevenção com um processo de aprendizagem, destacando a relevância do Serviço Social na prevenção primária, por relação a outras áreas profissionais e reconhecendo-lhe as suas particularidades.

No terceiro e último capítulo procede-se, num primeiro momento, à apresentação do contexto espacial em que o estudo se realizou e à caracterização sócio profissional das entrevistadas. Num segundo momento apresentamos e interpretamos a perspectiva de oito

assistentes sociais sobre a sexualidade, os comportamentos de risco e o HIV/SIDA nos idosos e o seu *modus operandi* na prevenção.

Finaliza-se a dissertação com a apresentação de algumas conclusões nas quais se aponta para a necessidade de o Serviço Social desenvolver mais investigações neste domínio e investir na formação especializada, de modo a que “transcenda a sua prática rotineira” e assuma ao lado das demais profissões o seu verdadeiro papel na prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco dos idosos.

CAPÍTULO I

O HIV/SIDA: “Deambulações” sobre o perfil problema. Do global ao local

“Houve no mundo tantas pestes como guerras. E, tanto umas como as outras, encontram sempre as pessoas igualmente desprevenidas (...) Na verdade os flagelos são uma coisa comum, mas acredita-se dificilmente neles quando nos caem sobre a cabeça (...) A morte do porteiro, pode dizer-se, marcou o fim deste período, cheio de sinais desconcertantes, e o início de outro, relativamente mais difícil, em que a surpresa dos primeiros tempos se transformou, pouco a pouco em pânico (...) Foi a partir desse momento que o medo começou e, com ele, a reflexão (...) A palavra «peste» acabava de ser pronunciada pela primeira vez (...) A partir de agora pode dizer-se que esta se tornou de todos nós (...)”

(Albert Camus, 1947:29-66)

Recorrendo a Albert Camus⁷, tomaremos como referência o excerto de uma das obras que mais o celebrizaram, *La Peste*, que pela analogia que lhe encontramos em relação ao processo de desenvolvimento da SIDA, servirá de “pano de fundo” ao desenvolvimento do presente capítulo.

Ainda que aquilo que nos mova seja analisar as perspectivas sobre a prevenção na intervenção das assistentes sociais, por relação à SIDA e aos comportamentos sexuais de risco da população idosa é fundamental enquadrar o objecto da presente pesquisa com o problema empírico que foi determinante e impulsionador deste percurso, concretamente o número de casos de HIV/SIDA na população com mais de 55 anos no concelho de Cascais⁸. Assim, por referência ao problema identificado e depois de justificada a pertinência do estudo através do percurso exploratório que o antecedeu, propomo-nos num primeiro momento, enquadrar a globalidade do fenómeno e os riscos a ela associados “combinando” estas duas questões, para seguidamente caracterizar o HIV/SIDA, fazer uma breve retrospectiva histórica desde o seu surgimento até à actualidade e simultaneamente apresentar a expressão do fenómeno a nível

⁷ Albert Camus nasceu na Argélia em 1913 e morreu em França em 1960. Foi Nobel da Literatura em 1957 e escreveu ao longo da sua vida várias obras de referência, da qual destacamos *La Peste*, editada em 1947. Nesta obra, Albert Camus descreve uma cidade que na década de quarenta foi infestada pela peste bubónica, tornando-se num território irrespirável. Nela, Camus retrata a comunidade de Oran, na Argélia, procurando evidenciar a solidariedade descoberta entre os trabalhadores no meio de uma peste e estabelece uma metáfora entre esse terror vivido e o terror do fascismo na Segunda Guerra Mundial.

⁸ A OMS define idoso como uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável. Contudo, em muitos dos artigos e Relatórios lidos sobre o VIH/SIDA, com regularidade é feita referência a idosos quando a idade dos sujeitos infectados se situa acima dos 50 anos. Até há pouco tempo, a expressão adulto nos relatórios da UNAIDS reportava apenas aos sujeitos cuja idade se situava até aos 49 anos, mas desde 2006 passaram a integrar todos os sujeitos com idade superior a 15 anos nas percentagens de adultos, das estatísticas mundiais. Não obstante, é evidente uma elevada proporção de pessoas que vive com HIV/SIDA cuja idade se situa acima dos 50 anos.

Para este estudo teremos por referência a população com idade superior a 55 anos, uma vez que, como já foi sublinhado, o problema empírico que desencadeou o processo de investigação, foi o aumento do número de casos com HIV/SIDA em pessoas com mais de 55 anos, no concelho de Cascais. Assim, sempre que ao longo do trabalho se fizer alusão ao idoso ou à população idosa englobamos os sujeitos a partir da faixa etária referida.

mundial, partindo de uma perspectiva macro para o situar na sua perspectiva micro, ou seja, analisar a expressão do problema no concelho de Cascais, contexto geográfico onde decorre o estudo. Concomitantemente analisaremos o seu carácter de universalidade porque apesar de sabermos que a população mais jovem continua a ser o grupo etário com maior número de infectados, a realidade está a mudar e nesta perspectiva, daremos ênfase ao “envelhecimento da SIDA”.

1. A caracterização da doença

A SIDA é uma doença provocada pela “debilitação do sistema imunitário resultante da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)⁹ e caracteriza-se, em última instância, pelo colapso deste sistema” (Alvarez, 2005:41). Apresenta-se como uma infecção viral provocada pelo VIH, cuja evolução é lenta e pertence à classe dos retrovirus¹⁰.

Há dois tipos de vírus da imunodeficiência humana, o HIV-1 e o HIV-2, com vários subtipos, devido à sua elevada variabilidade genética, resultante da capacidade de mutação e combinação do vírus.

O primeiro retrovírus humano identificado associou-se a taxas elevadas de anticorpos em hemofílicos e em pessoas que doaram sangue para doentes cirúrgicos que, após transfusão de sangue, apresentaram VIH1. Este é o vírus mais frequente na Europa, e o HIV-2 afecta maioritariamente as populações da África Ocidental, embora Portugal seja o país Europeu com mais casos deste tipo (Quin, 1996; Soares *et al.*, 1995 in Alvarez, 2005:41).

Apesar de ambos os vírus infectarem as mesmas células alvo, através do mesmo receptor CD4⁺¹¹, eles diferem no peso molecular das suas proteínas e têm diferenças nos seus

⁹ O VIH é um vírus bastante poderoso responsável pelo aparecimento da SIDA que, ao invadir o organismo entra no sistema sanguíneo, iniciando de imediato a sua replicação e ataca o sistema imunológico, destruindo as células defensoras do organismo e deixando a pessoa infectada (seropositiva). Esta fica a partir daí mais debilitada e sensível a outras doenças, as chamadas infecções oportunistas que são provocadas por micróbios e que não afectam as pessoas cujo sistema imunológico funciona convenientemente.

¹⁰ Ou seja, é um vírus cujo património genético é constituído por ARN – ácido ribonucleico – que se transforma em ADN – ácido desoxirribonucleico. Esta transformação permite integrar o seu material genético na célula e reaplicar-se quando a célula activa o seu próprio ADN.

¹¹ Como refere Patroclo (2007) a susceptibilidade do homem ou mulher à infecção pelo HIV depende da entrada do vírus nos linfócitos T, cuja mediação é feita por moléculas receptoras da superfície da membrana celular, denominadas CD4+. A evolução natural da infecção acompanha-se pela queda na contagem dos linfócitos T CD4+ e aumento dos títulos virais plasmáticos. Os TDC4 são os principais marcadores imunológicos de evolução da Sida. A sua contagem, permite avaliar a cada momento da evolução da infecção pelo HIV, o estado imunológico do indivíduo. Com o decorrer do tempo, a contagem de células T CD4+ vai diminuindo e provocando o surgimento de infecções oportunistas e evolução dos casos para doença avançada e óbito num período máximo de cerca de dez anos.

genes acessórios. Esta circunstância pode estar associada à diferente capacidade de causarem doença.

Uma vez integrado no genoma vírico, o HIV pode apresentar um comportamento variável, podendo permanecer latente durante um longo período de tempo ou manifestar-se a curto prazo e reproduzir-se massivamente, dependendo esse comportamento de diversos factores, quer celulares, quer víricos (André, 2005:60).

Depois de entrar no organismo, o vírus HIV ataca o sistema imunitário do indivíduo destruindo a sua capacidade de defesa face a outras doenças. Desde que se adquire a infecção até ao surgimento de sintomas de doença decorre um período de tempo, designado como fase assintomática. Nesta fase, diz-se que o indivíduo é seropositivo e é detectável com a realização de análises específicas para o HIV. Durante o período de evolução da infecção pode verificar-se uma destruição progressiva do sistema imunológico que permite o aparecimento de infecções oportunistas e determinados tipos de tumores. Quando uma pessoa infectada pelo HIV tem uma destas infecções oportunistas ou tumores passa a dizer-se que já tem SIDA. Em qualquer dos estádios um indivíduo seropositivo ou um indivíduo com SIDA podem transmitir a infecção a outras pessoas se tiverem comportamentos de risco¹².

Ser portador do vírus HIV não é a mesma coisa que estar com SIDA. Nesta fase podem não existir sintomas da doença e o indivíduo permanecer saudável durante um longo período de tempo, no entanto a presença do vírus no organismo torna-o seropositivo e fonte de contágio a outros indivíduos.

A infecção por VIH/SIDA é uma doença de evolução crónica e no decorrer do processo de manifestação pode apresentar distintas características, levando assim à identificação de diferentes fases. À fase da latência clínica corresponde o período em que o indivíduo não apresenta sintomas da doença e que pode levar, em média, 10 a 12 anos. Qualquer que seja a sua fase de evolução, regista-se sempre uma ausência de latência virológica, isto é, a replicação vírica é contínua, havendo no processo de desenvolvimento da doença uma progressiva destruição do sistema imunológico (André, 2005).

A evolução do VIH tem demonstrado uma elevada capacidade de variação genética. Contudo esta mutabilidade não tem representado um aumento da sua eficácia biológica, pois muito provavelmente a infecção de uma nova pessoa representa para o vírus um novo ciclo evolutivo, independentemente da história evolutiva anterior (Alcamí, 1999, *in* André 2005).

¹² (<http://www.sida.pt/> (acedido em 8 de Junho 2009))

Enquanto a rapidez de substituição dos linfócitos CD4 do sistema imunológico for similar à da sua destruição provocada pela infecção, existe um estado de equilíbrio que pode manter-se durante vários anos. Quando essa substituição cessa, passa a haver uma desorganização do sistema de defesas, provocando uma diminuição do número de linfócitos e o consequente enfraquecimento do sistema imunológico (Alvarez, 2005).

Sendo uma infecção viral com uma evolução lenta é caracterizada por “estádios evolutivos devidamente definidos e identificados” (*Ibidem*: 45) desenvolvendo-se em três fases distintas: a fase de primo-infecção ou infecção aguda pelo VIH, a fase da doença assintomática e a fase sintomática de doença propriamente dita (SIDA)¹³.

O período de incubação corresponde aos primeiros dias após a infecção, havendo uma multiplicação rápida e o aumento do número de células. Nesta fase não se observam perturbações nas funções do indivíduo e este período tem a duração aproximada de oito semanas, embora possa ser mais longo e só surgirem anticorpos no sangue vários meses depois da infecção. A este período pode seguir-se a síndrome de primo-infecção, em que os sintomas são passageiros e, na maioria dos casos confundem-se com uma gripe ou constipação, não tendo uma duração superior a uma ou duas semanas.

Considera-se a fase da SIDA propriamente dita, quando as condições clínicas de um indivíduo são compatíveis com a definição de SIDA para fins epidemiológicos. Esta revela-se pelo aparecimento de uma ou várias infecções oportunistas, sendo as mais frequentes a pneumonia, a toxoplasmose, a tuberculose, linfomas, ou sarcoma de Kaposi, entre outras.

Como refere Montagnier (1994), a natureza das infecções depende da sua frequência na população geral envolvente, verificando-se a predominância de umas em relação a outras nos diferentes contextos geográficos.

1.1 – Desmistificar as formas de transmissão do HIV/SIDA

A forma como se transmite e como se inibe a transmissão da SIDA está identificada. Assim, o seu contágio assume essencialmente três configurações: sexual, parentérica e perinatal, sendo a transmissão sexual a responsável por mais de 75% das infecções pelo HIV em todo o mundo.

¹³ Esta definição apresentada pela primeira vez pelo Center of Disease Control (CDC) de Atlanta em 1982, foi revista em 1987, tendo sido esta adoptada para fins de vigilância nacional. A versão revista em 1993, para além de um vasto leque de doenças definidoras de SIDA, reflectiu também a importância da contagem de linfócitos TCD4 <200 para o diagnóstico de SIDA, mesmo não existindo manifestações clínicas. Ver informação no Doc. 77 da CNLS/CVEDT, 1994.

A transmissão por via parentérica inclui as transfusões de sangue ou produtos seus derivados e a partilha de seringas. Esta última é a forma de transmissão por sangue contaminado mais frequente e é associada ao consumo de drogas injectáveis. A seropositividade associada a este tipo de transmissão é variável consoante as regiões do globo onde ocorram, mas chegam a atingir os 60 e 70%.

A transmissão perinatal ou vertical é aquela que ocorre de mãe para filho, podendo acontecer *in útero*, durante o parto ou ainda no período de aleitamento, sendo os seus índices de transmissão menores, comparativamente aos anteriores e oscilam entre os 15 e os 52%, dependendo também das regiões do mundo a que nos reportemos (Alvarez, 2005: 49,50).

Como supra referido, as formas de transmissão do vírus são bastante circunscritas e claramente conhecidas. No entanto, reforçamos a perspectiva de Kamal Mansinho¹⁴, quando refere que as informações e as descrições incorrectas ou imprecisas e não sustentadas pela evidência científica continuam a ser amplamente divulgadas por alguns meios de comunicação e responsáveis por ideias erradas. Pois embora esteja bastante difundido o conhecimento sobre a transmissão do HIV, as percepções subjectivas e individuais de risco de infecção, os preconceitos e o estigma continuam a persistir transversalmente. Quantos de nós estamos preparados para consumir uma refeição elaborada por um cozinheiro infectado? Para nos submeter a uma cirurgia efectuada por um médico infectado? Para aceitarmos sem preconceitos que um filho nosso se sente na escola ao lado de um colega infectado, ou frequente a mesma piscina?

Apesar de ser incurável, a SIDA é essencialmente uma doença sexualmente transmissível. Das três principais formas de transmissão apresentadas, sabemos que, globalmente uma das mais significativas é a que acontece por via sexual. No que concerne à população idosa, a via sexual constitui-se também como uma das mais representativas, como posteriormente abordaremos. “A maior descoberta sobre este problema, foi a comprovação que a infecção e a doença são estáveis e que esta não era uma doença inevitável, como tantas outras, mas evitável através do comportamento”¹⁵. Sabe-se que a SIDA não é uma doença contagiosa. Assim, comparativamente a outras epidemias, a SIDA não se expande através do contacto social diário

¹⁴ O Professor Kamal Mansinho é chefe do Serviço de Doenças Infecciosas, Director do Serviço de Infecologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital Egas Moniz; é Professor na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa e no Instituto de Higiene e Medicina Tropical e faz investigação há vários anos na área da infecção HIV/SIDA.

A citação supra referida é parte integrante do discurso do Seminário “Transmissão do HIV Ciência, Direito e Discriminação: Intervenções e Recomendações”, no qual estivemos presentes, realizado em 29 de Janeiro de 2009.

¹⁵ Dr. Francisco George, excerto da Sessão de Encerramento do Seminário “Transmissão do HIV Ciência, Direito e Discriminação Fevereiro de 2009.

nem se “apanha” com a convivência entre as pessoas, a menos que existam comportamentos de risco.

Finalizamos este ponto com uma citação de Orquídea Lopes¹⁶ pela relação que lhe atribuímos na construção social da SIDA e por justificar aquilo que consideramos ser um dos principais problemas na sua disseminação: a desinformação que teima em persistir. “Em meados de 1980, os cientistas concluíram que o HIV era a causa da doença que apelidaram de SIDA. Esta informação deu origem à criação de mensagens informativas tais como o vírus da SIDA e a SIDA como sinónimos de HIV, criando confusão nas pessoas acerca do tempo, entre ficar infectado e estar doente com SIDA. Mas como saber quem tem HIV? Conhecem-se as pessoas pelo aspecto? As pessoas infectadas apresentam sinais exteriores? Muitos sabem que há diferenças entre HIV e SIDA, mas não sabem como identificar as pessoas portadoras, das não portadoras. Pensam que ser portador do vírus é o mesmo que ter sintomas de SIDA, e há ainda quem pense que ter HIV é a mesma coisa que ter SIDA e que o HIV é apenas um termo científico” (Lopes, 2006:122).

Mas para melhor compreender esta construção social sobre a SIDA, propomo-nos no ponto seguinte efectuar uma breve incursão histórica sobre a temática.

1.2 A sua evolução histórica

“Os historiadores tendem a estudar a história de uma doença, não porque essa investigação possa orientar a política de saúde, mas porque esse estudo revela algo sobre a sociedade”

(Victorino, 2002:16).

A SIDA pode não ter surgido na América, mas foi aí que teve o seu «nascimento cognitivo», um facto que poupou simultaneamente tempo e vidas e marcou para sempre a compreensão da epidemia. A «busca das suas origens» permitiu uma visibilidade global ao fenómeno, incluindo os países em desenvolvimento e a definição da epidemia em «retrospectiva», a partir do Norte para o Sul, globalizou e aparentemente unificou o mundo em torno de um problema comum: todos partilhavam a nova epidemia (Bastos, 2002:87,88). A autora sublinha também que embora a referência à epidemia seja singular, ela tornou-se numa

¹⁶ Orquídea Lopes Doutorada, em Ciências da Educação pela Universidade de Salamanca apresentou a tese com o título " "Sida: os media são deuses de duas cabeças. Como estruturar campanhas de saúde pública?", publicado em 2006

epidemia bicéfala, na medida em que a alusão feita ao padrão epidémico da SIDA em qualquer país era feito por referência à epidemia americana ou à epidemia africana, duplicando a oposição entre desenvolvimento e subdesenvolvimento¹⁷.

Podemos, segundo os autores Victorino (2003) e André (2005), considerar três momentos cruciais na história da SIDA. A descoberta da doença, ou *era da descoberta* em 1983, correspondente ao momento da identificação oficial do vírus responsável pela transmissão; a *era da expansão* situada entre meados dos anos 80 e meados dos anos 90, marcada pela proliferação de sentimentos de medo, pela preocupação com a situação epidémica em África, e essencialmente por um estado de alerta internacional indutor do envolvimento e intervenção das entidades oficiais de cada país, na estruturação de respostas e investimento em campanhas de prevenção e pelo despertar dos *media* para o problema; e por último a *era da normalização* a partir de 1996¹⁸, assinalada pela disponibilização de novos fármacos, que proporcionaram uma capacidade interventiva ao nível do controlo da doença. Abriu-se assim espaço a uma nova fase de terapêuticas inovadoras e mais eficazes e, conseqüentemente, perspectivou-se uma etapa de normalização da doença, em que esta passaria a ser conotada como uma doença crónica à semelhança de muitas outras (Victorino, 2003; André 2005; Alvarez, 2005).

A era da normalização como sublinham Victorino (2003) e André (2005) é também marcada pela movimentação da epidemia nas populações mais vulneráveis e, simultaneamente pelo aumento de comportamentos de risco nas populações já anteriormente beneficiadas pelas medidas preventivas. Os efeitos benéficos das novas terapêuticas poderão considerar-se, paradoxalmente, indutoras desses mesmos comportamentos de risco. Isto porque, se a SIDA for apreendida como uma doença crónica dominável a médio e a longo prazo poderá levar a que essas populações sobreponham a satisfação das suas vontades e dos seus desejos, à condição de terem que viver com uma doença crónica controlável, descurando a prevenção. Assim, a estratégia adoptada pelos governos na luta contra a SIDA, nos países ocidentais, pautada por um sentido de difusão da ideia que a, “SIDA toca a todos, logo devemos proteger-nos”, se por

¹⁷ Cristiana Bastos sublinha que o conhecimento da diversidade de formas que a epidemia assumiu em todo o mundo ficou empobrecido com o esquema reducionista dos padrões epidemiológicos definidos pela OMS. O padrão I correspondia aos países desenvolvidos e caracterizava-se pelo maior número de infecções cuja transmissão era homossexual e pelo consumo de drogas intravenosas. O padrão II era associado, em maior número, à transmissão heterossexual e correspondia às Caraíbas e a África. O padrão III correspondia a países com baixas taxas de casos notificados. As divergências entre o padrão I e o padrão II denotavam claramente o contraste entre países que eram caracterizados nos termos da pós-transição epidemiológica e os que se situavam na pré-transição. A autora refere também que este modelo bipolar estruturou as mentes de epidemiologistas, médicos, investigadores e políticos de todo o mundo, durante muitos anos (Bastos, 2002:88)

¹⁸ Foi em 1996 no Congresso de Vancouver que se anunciou o início da utilização de uma nova família de fármacos anti-retrovirais, os inibidores da protease, que demonstravam resultados terapêuticos muito mais eficazes do que os conseguidos até então. Alguns investigadores, imbuídos de euforia, chegaram a anunciar o princípio do fim do complicado problema civilizacional em que se tinha tornado a infecção pelo VIH/SIDA.

um lado facilita a gestão social da doença no sentido em que promove o reconhecimento da vulnerabilidade a que todos estamos sujeitos, por outro, pode descurar a realidade epidemiológica.

Esta fase da normalização da SIDA a nível mundial coincidiu, como sublinha Victorino (2003:21) com uma situação de epidemia generalizada, que representou não só uma das mais graves crises em termos de saúde pública, mas também um problema para a estabilidade mundial e que justificaram em 2000-2001 várias reuniões do Conselho de Segurança da ONU como mais adiante sublinharemos.

Reportando-nos à fase que antecede a descoberta e à fase de descoberta da SIDA, o início dos anos 80 pode descrever-se por “uma tensão contraditória que caracterizava o campo da saúde nessa mesma época: por um lado, estavam vivas as expectativas optimistas que desde os anos 50 acompanhavam a vaga de crescimento e a melhoria sócio-económica que se seguiram à segunda grande guerra; por outro começava a esboçar-se a crise que viria a ser a SIDA. Rapidamente esta passou de um fenómeno circunscrito aos Estados Unidos, para se tornar numa epidemia global” (Bastos, 2002:9).

A verdadeira história inicia-se, como sublinha Montagnier (1994), quando em 1981 se reúnem mais de quatro mil investigadores em Atlanta, no Center for Disease Control (CDC)¹⁹, na tentativa de entenderem um problema diagnosticado, *Sarcoma Kaposi*, manifestado em 26 jovens nova-iorquinos, todos eles homossexuais. Sendo um problema, até então, característico nas pessoas idosas, interessava descobrir a sua relação com os jovens, homossexuais e o porquê da falência verificada no seu sistema imunitário. Assim, foi organizado um grupo de trabalho que visava encontrar o perfil-tipo de doente.

Apesar da apresentação pública do agente responsável pela SIDA ter sido anunciada em Abril de 1983, como refere Montagnier (1995:109) “os estudos biológicos realizados, retrospectivamente, em amostras de sangue recolhidas a partir dos anos 60, assim como descrições clínicas, indicam que o vírus da SIDA estava presente no homem muito antes de se começar a falar nesta doença. Embora seja difícil recuar muito no tempo, já existiam vírus muito próximos do VIH em primatas não humanos”²⁰.

¹⁹ O CDC foi criado em 1942, pouco depois de Pearl Harbor, para controlar o paludismo nas zonas de guerra. Rapidamente ganhou fama internacional, tornando-se num dos maiores e mais reconhecidos Centros de Investigação mundiais no âmbito das doenças infecciosas.

²⁰ A transmissão dos retrovírus, dos macacos ao homem não está ainda, totalmente clarificada, julgando-se, no entanto, que possa estar ligada a cerimónias rituais em certas tribos da África Central, em que se inoculava sangue de macaco ao homem. O facto do VIH 2 e SIV vírus da imunodeficiência dos símios, cuja doença era semelhante à SIDA se assemelharem entre si quanto à organização genómica, poderá significar que ambos evoluíram de um ancestral comum, o qual por sua vez possuía origens comuns com o VIH1 (De Vita *et al.*, 1991; Grmerk, 1994).

O caso mais antigo descrito identificou-se em 1952, depois em 1959 em Manchester e em 1968 nos EUA no Missouri. Mirko Grmeck (1994) refere casos de *Sarcoma Kaposi* na África Equatorial a partir dos anos 60 e as primeiras observações de SIDA em doentes oriundos de África registaram-se em 1982-1983, em Paris e em Bruxelas. No final de 1982, o CDC identifica a doença, AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) e em francês SIDA (*Syndrome de l'immuno déficience acquise*).

Em Maio de 1983, cientistas do Instituto Pasteur, em França, chefiados por Luc Montagnier, isolaram o vírus que provoca a Sida, mas a sua oficialização na comunidade científica deve-se ao cientista americano Robert Gallo, em 1984.

Se a SIDA é, como defende Grmeck (1994), “a primeira das pestes pós-modernas”, é fundamental que se compreenda a origem do vírus e da epidemia. A sua génese associava-se a indivíduos estrangeiros que viajavam para diferentes países, sendo a doença resultado desse intercâmbio e conotada inicialmente, como característica dos haitianos uma vez que a transmissão lhes era atribuída, pelo contágio aos turistas americanos. No entanto Montagnier (1994) refere que a SIDA chegou ao Haiti mais tarde e por isso a contaminação terá acontecido no sentido inverso. Isto é, o vírus pode ter viajado directamente de África para a América do Norte e daqui para o Haiti através de turistas, podendo ter sido extraído “(...) do seu nicho africano por factores de natureza social e cultural” (1994:116).

Como se referiu anteriormente, a medicina tinha razões para expectativas optimistas. No momento que antecedeu o surgimento da epidemia, havia “um tom triunfalista e confiante, na medicina, proveniente sobretudo dos Estados Unidos, que caracterizava a sua auto-imagem (...) e o optimismo estendia-se também às organizações internacionais de saúde, que anteviam para o século XXI uma meta para um definitivo progresso: era da saúde para todos no ano 2000” (Bastos, 2002:11).

Com o desenvolvimento da vacinação e dos antibióticos, especialmente nos países ocidentais, a medicina controlava a maior parte das doenças infecciosas, fazendo crer que o tempo das grandes pestes tinha passado e deixou assim “campo livre para o surgimento de outras epidemias. Classificada ao fim de poucos anos como uma doença incurável, a SIDA, fez regressar ao mundo desenvolvido uma experiência de fatalidade e sofrimento colectivo, que tinha ficado para trás no passado e, para os lados, nas periferias. Fez também realçar a impotência dos meios materiais e culturais perante a nova situação” (Ibidem, 20).

As peculiaridades da SIDA, quer no plano conceptual, quer prático, como sublinha Victorino (2003:15) “têm levado os especialistas da OMS a defender que a epidemia é suficientemente extensa, diferente e importante para exigir a intervenção de profissionais com

outras competências, nomeadamente, ao nível da comunicação e saúde pública e na apreciação de interacções entre doença e sociedade”. O autor apresenta também como aspectos a ter em conta a especificidade inerente à própria história natural associada à sua evolução, com as diferentes fases e também as especificidades relacionadas com o início da sua revelação, concretamente em comunidades *gay* nos EUA e Europa. Estas circunstâncias constituíram-se decisivas para a forma como os serviços de saúde e a sociedade em geral se organizaram e para o modo como perspectivaram durante vários anos a epidemia e teve também repercussões posteriores nas respostas ao problema em África (Ibidem, 2003:15).

Montagnier (1994:116) refere que, não sendo a única causa, foram sobretudo os fenómenos sociais associados à mistura de populações que facultaram a sua rápida propagação por via sexual. Transformado num fenómeno social era necessária uma intervenção multifacetada que combinasse tratamento médico com programas sociais de prevenção (Alvarez, 2005:120). A autora sublinha ainda que, quer a intervenção psicológica, quer a intervenção social constituem uma parte integrante de qualquer estratégia de controlo de um problema de saúde pública.

Também para Cristiana Bastos (2002:160) o conhecimento dos aspectos sociais da SIDA foi determinante para a clínica e central para a gestão dos casos, bem como uma ajuda para a definição de diagnósticos na epidemiologia e na avaliação das condições dos cuidados domiciliários.

Conforme já referido, a descoberta do vírus responsável pela SIDA e a sua oficialização foi tornada pública no início da década de 1980 e desde então provocou um grande impacto nas sociedades contemporâneas. Embora entre os epidemiologistas, se reconhecesse que a SIDA não era apenas uma doença característica de grupos específicos, mas que poderia afectar também outros grupos como os heterossexuais, para a maioria das pessoas era associada a “grupos de risco”. Assim, quando a epidemia se alastrou a outros grupos, apesar da preocupação em informar a população de que a SIDA poderia atingir qualquer pessoa e que o risco dependia do seu comportamento, o estigma estava já instalado.

Enfatizando esta última ideia, concluímos este ponto com Albert Camus, quando o autor afirma que “somos livres de moldar os valores do mundo social e somos responsáveis pelos nossos destinos e pelo grau de opressão ou de infecção social que existe no corpo social. Aquilo que é natural é o micróbio. Tudo o resto é um produto da vontade humana, uma vigilância que não deve nunca falhar”. Onde, por analogia ao fenómeno da propagação da SIDA, o caminho que seguimos e a forma como o percorremos depende das escolhas de cada um de nós.

2. Breve contextualização espacial

2.1 A SIDA no mundo

A SIDA é um fenómeno global em primeiro lugar e é nessa perspectiva que pretendemos situá-lo. “O alcance de uma epidemia mundial com as características da SIDA tornaram-na a maior preocupação da OMS. Foi assim que, antecipado por uma reunião realizada em Genebra em 1983 para avaliar o problema, se iniciou o «envolvimento sério» e global da OMS na nova epidemia, marcado pela realização da I Conferência Mundial da SIDA em Atlanta em 1985” (Bastos, 2002:94).

Com uma história de apenas quase trinta anos, a SIDA “teve um impacto na sociedade que ultrapassa o de qualquer outra doença da actualidade, inclusivamente o das que têm maior peso na mortalidade e morbilidade, quer em países desenvolvidos, quer em países do «terceiro mundo». Daí que as referências à SIDA, como a «peste dos tempos modernos» não possam considerar-se sensacionalistas” (Victorino, 2003:14) quando nos confrontamos com uma doença que desde o seu surgimento já provocou a morte a cerca de 25 milhões de pessoas e 60 milhões, aproximadamente, foram infectadas (Relatório da ONUSIDA 2009)

Embora a fase da expansão se situar de meados dos anos 80 até meados dos anos 90, o número de pessoas com infecção VIH aumentou ao longo dos anos em todo o mundo e sabe-se que a infecção por HIV/SIDA representa uma pandemia global, existindo casos em todos os continentes. O relatório refere também que a epidemia atingiu o seu pico em 1996 denotando, desde essa altura, alguma estabilização em algumas regiões e que desde 2001 se tem verificado uma diminuição de 17 por cento de novas infecções²¹. Esta estabilização deve-se ao facto de, nesses países se ter generalizado ou tornado acessível a distribuição dos anti-retrovirais.

Apesar da globalização do fenómeno ele não é homogéneo. Ao atravessar as categorias de classe, raça, nação, género e idade, afectando todos, a SIDA faz também realçar os contrastes e as contradições da sociedade contemporânea (Bastos, 2002:21). Se inicialmente, era uma doença associada a determinados grupos sociais de risco conotados como marginais, por referência ao padrão “normal”, toxicodependentes e homossexuais, assumia-se em meados dos anos noventa, como algo transversal a todas as sociedades, grupos sociais e perfis sócio demográficos (André 2005). Também a sua transversalidade social tem heterogeneidades nas diferentes regiões do globo, pois nem todas são igualmente afectadas pela doença, existindo diferenças significativas. “Estas diferenças estendem-se a diferentes regiões de um mesmo país, sendo característica particular a urbanidade” (Merton e Burton, 1996 cit in Alvarez, 2005:54).

²¹ Estes números são obtidos com base em modelos matemáticos, com uma margem de erro de vários milhões de pessoas.

A variação pode relacionar-se não só com a maior expressão em determinadas zonas, como também com “as próprias características das pessoas infectadas” (Ibidem).

Boaventura de Sousa Santos (2000), diz que “a história tem razões que a razão dominante desconhece, os oprimidos, sobretudo os do chamado Terceiro Mundo, têm vindo a transformar-se nas últimas décadas numa fonte insuspeitada de temores e ameaças”. Destaca a SIDA como a primeira dessas ameaças referindo que desde os anos 40, segundo se crê, um caçador na África Central recebeu de um macaco o HIV, a África sub-sahariana transformou-se gradualmente numa bomba relógio²².

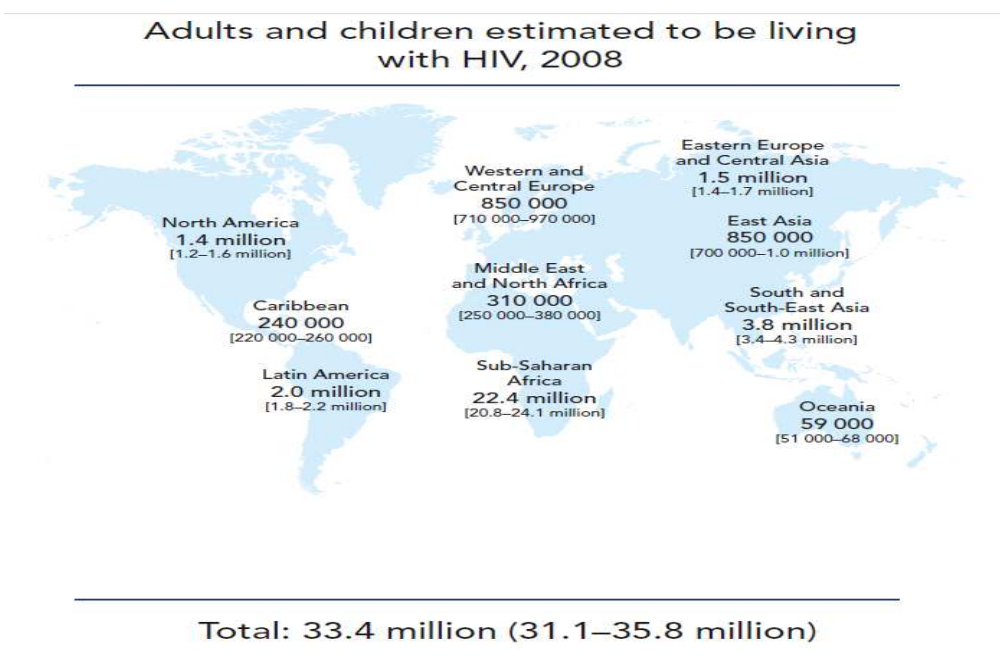
Actualmente é a região do mundo mais atingida com 22.4 milhões de pessoas infectadas no final de 2008, cerca de 2,7 milhões mais, comparativamente a 2001. Segundo a UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), assistiu-se a um aumento da incidência da infecção mais acentuado na Ásia Oriental, Ásia Central e na Europa de Leste. Na Europa Ocidental e Central e na América do Norte a maioria das infecções VIH foram adquiridas por via homossexual ou pelo uso de drogas injectáveis. No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado um aumento cada vez mais acentuado das infecções adquiridas pelo contacto heterossexual.

Na Europa, o padrão de incidência da SIDA, foi caracterizado por um aumento do número de casos até 1994/1995 e em 1996, registou-se pela 1ª vez um abrandamento no número de doentes, que continuou até 1999. Também o número de mortes por SIDA teve uma diminuição abrupta a partir de 1996 na Europa Ocidental. A Europa de Leste e Central sofreram um processo diferente em termos cronológicos porque o vírus foi disseminado mais tardiamente. Esta é razão pela qual até há pouco, tempo os dados e estudos publicados se referirem à Europa Ocidental. Nesta, os países mais afectados eram, em 1997 Espanha e Portugal. A partir de 1998, Portugal torna-se no país da Europa Ocidental com maior taxa de incidência de casos, lugar que mantém até à actualidade (Alvarez, 2005).

Podemos considerar que a SIDA se tem revelado, desde o início, como algo dinâmico quer nos aspectos associados à sua evolução, quer nas suas características epidemiológicas. Se observarmos o quadro (nº 1) global de distribuição do VIH/SIDA, verificamos que o fenómeno tem expressão em todas as regiões do globo, existindo casos notificados na generalidade dos países, apesar de se distribuir de forma hegemónica no hemisfério sul, pois é aí que se situam aproximadamente 90% dos casos. Esse facto reflecte a importância dos factores sócio-económicos e políticos nos diferentes padrões e características da epidemia.

²² Notícia publicada na Revista *Visão* em 7 de Setembro de 2000, com o título Mosquitos e Globalização.

Quadro nº 1 – Estimativa de adultos e crianças a viver com HIV no mundo em 2008



Fonte: Relatório ONUSIDA 2009

Após o surgimento dos primeiros casos de SIDA nos EUA, na Europa e em África, a propagação da doença “(...) rapidamente se tornou uma realidade global, existindo actualmente países em que a infecção assume mesmo características de uma pandemia, enquanto outros se encontram numa primeira fase de evolução da epidemia ” (Ibidem, 68).

O relatório publicado em 2009 pela ONUSIDA²³ refere que na América do Norte e na Europa central e ocidental a epidemia está mais concentrada nas populações de risco mais elevado, nomeadamente em homens que têm sexo com homens, utilizadores de drogas injectáveis e imigrantes e refere também que nestas regiões, o número mais elevado de novas infecções por HIV se encontra nos Estados Unidos e em Portugal.

²³ A data de publicação do Relatório é de Dezembro de 2009, mas os dados reportam a dados oficiais obtidos até Dezembro de 2008.

Quadro nº 2 – Sumário global da epidemia da SIDA

Global summary of the AIDS epidemic

December 2008

Number of people living with HIV in 2008

Total	33.4 million [31.1 million–35.8 million]
Adults	31.3 million [29.2 million–33.7 million]
Women	15.7 million [14.2 million–17.2 million]
Children under 15 years	2.1 million [1.2 million–2.9 million]

C People newly infected with HIV in 2008

Total	2.7 million [2.4 million–3.0 million]
Adults	2.3 million [2.0 million–2.5 million]
Children under 15 years	430 000 [240 000–610 000]

AIDS-related deaths in 2008

Total	2.0 million [1.7 million–2.4 million]
Adults	1.7 million [1.4 million–2.1 million]
Children under 15 years	280 000 [150 000–410 000]

The ranges around the estimates in this table define the boundaries within which the actual numbers lie, based on the best available information.

Fonte: Relatório ONUSIDA 2009

Como se pode observar no quadro nº 2, de acordo com os dados publicados pela ONUSIDA – Programa das Nações Unidas para o VIH/SIDA e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Dezembro de 2008 existiam no mundo aproximadamente 33,4 milhões de pessoas portadoras de HIV. Dessas, 31,3 milhões são adultos, 15, 7 milhões são mulheres e 2,1 milhões são crianças com idade inferior a 15 anos. Comparativamente aos dados publicados em 2000, o Relatório refere que se verificou até ao final de 2008 um aumento de 20% e se compararmos com 1999, a prevalência de casos de infecção foi três vezes superior.

De acordo com o mesmo documento, verificaram-se 2,7 milhões de novas infecções, correspondendo 2,3 milhões a pessoas adultas e 430 000 a crianças com menos de 15 anos. Relativamente ao número de mortes causadas pela SIDA o relatório refere que até ao final de 2008 morreram 2, 0 milhões de pessoas, sendo 1,7 milhões de adultos e 280 000 crianças com menos de 15 anos.

Embora aos dados continuem a ser motivo de grande preocupação, tem havido um envolvimento global no desenvolvimento de estratégias de prevenção. “Apesar de estar em funcionamento informal o Programa Especial sobre a SIDA foi oficialmente estabelecido em Fevereiro de 1987, sendo-lhe atribuída a responsabilidade pela mobilização urgente de esforços e recursos nacionais e internacionais para a prevenção e controlo globais da SIDA. A epidemia

foi assim definida como um problema de saúde mundial de escala extraordinária e de urgência extrema, representando um desafio sem precedente para os serviços de saúde pública do mundo (...) o Programa Global tentou, em 1988, convencer os governos da importância da inclusão de pessoas com SIDA e das organizações comunitárias na concepção e implementação das acções e em 1989 as pessoas com SIDA foram consideradas como parceiros activos e necessários na luta contra a epidemia (...) os anos 90 foram, provavelmente o auge dos esforços globalizadores da OMS na luta contra a Sida e a inclusão dos países do terceiro mundo tornou-se uma prioridade ” (Bastos, 2002:93-99).

Mas foi em 2001 que toda a comunidade internacional intensificou as suas acções no sentido de impedir o desenvolvimento da epidemia. Esta data constituiu, de alguma forma, um marco importante na história da doença, com a convocação de uma sessão extraordinária de Assembleia-geral, na qual Portugal esteve presente, sobre VIH/SIDA, pela ONU, onde se pretendia o envolvimento global dos países na definição de estratégias preventivas de combate à doença. Assim, pela primeira vez na história os Estados membros definiram objectivos comuns, como resposta a uma crise de saúde pública mundial.

Na nota de abertura da Sessão, Kofi Annan (2001) refere que: “Na guerra contra o VIH/SIDA não há lados opostos, não há, de um lado, países desenvolvidos e, do outro, países em desenvolvimento, não há pobres nem ricos; há apenas um inimigo comum que não conhece fronteiras e ameaça todos os povos (...) Para que se possa ter alguma esperança de êxito na luta contra o VIH/SIDA, é preciso que o mundo una as suas forças numa grande parceria mundial. A Declaração de Compromisso sobre o HIV/SIDA é o culminar de um processo de consciencialização, compromisso e mobilização que durou um ano. Nutro a esperança ardente de que proclame o começo de uma resposta a esta doença mortal por parte dos Governos, das organizações multilaterais, do sector privado e da sociedade civil e de que, dentro de pouco tempo, essa resposta seja tanto ou mais forte do que a própria epidemia”.

Ao aprovar esta Declaração na Sessão Extraordinária da Assembleia Geral, realizada de 25 a 27 de Junho de 2001, a comunidade internacional estabeleceu objectivos comuns para reduzir a propagação do VIH/SIDA e atenuar os seus efeitos e foram estabelecidas como prioridades:

“Primeiro, velar por que os seres humanos de todo o mundo, em particular os jovens, saibam o que fazer para evitar a infecção;

Segundo, pôr fim àquela que talvez seja a forma mais cruel de transmissão do VIH: a transmissão de mãe para filho;

Terceiro proporcionar tratamento a todos os infectados;

Quarto redobrar os esforços na busca de uma vacina, bem como de uma cura;

Quinto prestar cuidados a todos aqueles cujas vidas foram devastadas pela SIDA, especialmente a mais de 13 milhões de órfãos”²⁴.

Concluimos este ponto com a frase do filósofo George Santayana, em que afirma que aqueles que não podem lembrar o passado, estão condenados a repeti-lo. A história não tem verdades simples e, em relação à história da SIDA, muitas questões se podem colocar. Será então a SIDA um fenómeno novo, ou existirão exemplos do passado que poderiam ser úteis para a sua visão e entendimento? Poderá estabelecer-se alguma analogia entre as epidemias do passado e a SIDA, de forma a que a sociedade e a própria medicina possam buscar conhecimento para a realidade actual? Embora a história não se repita, porque o tempo e as circunstâncias em que ela vai acontecendo mudam em cada momento que passa, a verdade é que ela nos pode possibilitar informação sobre aspectos sociais e de saúde, e de medidas a tomar para que alguns deles não se repitam.

2.2 A SIDA em Portugal

Portugal é o país da Europa Ocidental e Central com mais novos casos de infecção pelo HIV/SIDA, segundo o relatório anual da ONUSIDA e da Organização Mundial de Saúde de 2009 sobre a evolução da doença no mundo.

O primeiro caso de SIDA em Portugal foi diagnosticado em Outubro de 1983 e os dados publicados em 31 de Dezembro de 2008, pelo Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, indicavam que nesta data estavam notificados 34 888 casos de infecção VIH / SIDA nos diferentes estadios de infecção e destes, 7 273 morreram. Sabe-se todavia que a doença está subavaliada, quer pela sub notificação de casos, quer pelo número elevado de pessoas que vivem com o vírus e ainda não efectuaram testes de despistagem²⁵.

²⁴ Retirado da Nota de Abertura na Sessão Extraordinária da Assembleia Geral sobre o VIH/SIDA de 25 a 27 de Junho de 2001 assinada por Kofi Annan Secretário-Geral das Nações Unidas Declaração de compromisso sobre o VIH/SIDA.

²⁵ Numa entrevista publicada em 15 de Novembro de 2009, o actual Coordenador Nacional para a infecção VIH/SIDA e um dos actuais membros do European Aids Treatment Group e do GAT referem que segundo as estimativas da OMS o número de infectados em Portugal, se situa entre os 20 mil e os 63 mil. Esta discrepância deve-se a factores de diversa natureza. Henrique Barros apresenta como principal motivo a falta de convergência entre as principais fontes de informação relativamente ao problema. E exemplifica com o caso das mortes por VIH/SIDA, sublinhando que no país há três fontes de informação estatística: a do Instituto Nacional da Saúde Ricardo Jorge (INSA) que regista o menor número, a dos hospitais que já referem mais pessoas, e a do Instituto Nacional de Estatística (INE), que apresenta os números mais elevados. Sublinha que já aconteceu para o mesmo ano, o número de mortes registadas pelo INE ser superior ao total de notificações. Referem também que globalmente a partir de 2006/2007, houve uma diminuição dos índices de mortalidade em todos os países da Europa, motivada pela utilização do anti-retrovirais. Em 2004 a mortalidade estimada pela ONUSIDA atingiu o mínimo mas voltou a subir em 2005, 2006 e 2007. Henrique Barros justifica dizendo que a

De acordo com o Relatório de 2008, como elemento comum a todos os estádios da doença, verifica-se que o maior número de casos notificados (“casos acumulados”) corresponde a infecção em indivíduos consumidores de drogas por via endovenosa ou “toxicodependentes”, constituindo 42,5% (14 835 / 34 888) de todas as notificações, continuando, desta forma, a reflectir a *tendência inicial da epidemia* no País.

O número de casos associados à infecção por transmissão sexual (heterossexual) representa o segundo grupo com 40,0% dos registos e a transmissão sexual (homossexual masculina) apresenta 12,3% dos casos; as restantes formas de transmissão correspondem a 5,2% do total. No período compreendido entre 1 de Janeiro de 2008 e 31 de Dezembro de 2008 registaram-se 2668 notificações de casos de infecção, nos vários estádios da doença e desses 1201 reportam-se a situações ocorridas no mesmo ano. Nestes 1201 a principal categoria de transmissão é a heterossexual (692), seguindo-se a transmissão associada à toxicodependência (208)²⁶.

Esta informação, como se pode observar no quadro nº 3, permite concluir que os casos de SIDA apresentam a confirmação do padrão epidemiológico registado anualmente desde 2000, caracterizada pelo aumento *proporcional* do número de casos de transmissão heterossexual e pela diminuição, igualmente proporcional, dos casos associados à toxicodependência.

distância entre o diagnóstico e a notificação constitui o primeiro ponto para a descida, “dei-me ao trabalho de comparar os relatórios que saem ano a ano e confirmei que os casos registados no próprio ano são metade dos que aparecem registados cinco ou seis anos mais tarde e também há sub notificações da mortalidade” (Célia Rosa, 2009, “A SIDA por quem a conhece” in *Acção & Tratamentos: se eu fosse Seropositivo*, Nº 24, Lisboa, Publicações GAT.

²⁶ CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. 2008. Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2008, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Quadro Nº 3 – Distribuição dos casos por categoria de transmissão e ano de diagnóstico em Portugal

Infeção VIH/SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2008

Quadro 3 - SIDA Distribuição dos casos por categorias de transmissão e ano de diagnóstico 01/01/1983 – 31/12/2008												
Categorias de Transmissão	Ano de Diagnóstico										Total	
	≤2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Não referido	Nº	%
Homo ou Bissexuais	1 409	64	72	79	61	62	62	46	48	0	1 903	12.7
Tóxico-dependentes	4 379	544	502	407	323	338	252	163	108	0	7 016	46.7
Homo/Tóxico-dependentes	88	12	4	4	3	4	0	2	0	0	117	0.8
Hemofílicos	59	0	2	1	0	2	1	0	1	0	66	0.4
Transfusionados	122	2	5	3	0	0	0	0	0	0	132	0.9
Heterossexuais	2 478	369	440	425	415	357	338	320	219	0	5 361	35.7
Mãe/Filho	70	2	5	1	1	3	3	2	1	0	88	0.6
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Não referida	226	29	8	21	15	12	9	7	10	0	337	2.2
TOTAL	8 831	1 022	1 038	941	818	778	665	540	387	0	15 020	100

Nota: O ano de 2000 inclui os casos de 1983 a 2000.

Fonte: DDI-URVE

Pelo percurso de pesquisa sobre os dados relativos ao HIV/SIDA na população acima dos 55 anos, constata-se que os mesmos reflectem a tendência mundial de aumento do número de casos (UNAIDS 2006)²⁷. De igual modo Portugal mantém o mesmo padrão de desenvolvimento como nos confirma a informação obtida até 31 de Dezembro de 2009²⁸

Como podemos ver no quadro seguinte, 2969 casos reportam-se a pessoas com idade igual ou superior a 55 anos. A observação permite-nos inferir que o sexo masculino continua a representar o maior número de casos, associando-se este à faixa etária 55-59 anos, com 1186.

²⁷ Num estudo publicado por Silva & Gomes (2008), sobre o perfil dos idosos infectados com VIH/SIDA no Brasil, os autores referem, a partir da revisão bibliográfica efectuada, que nos Estados Unidos 10-15% das novas infecções por HIV se reportam a pessoas com mais de 50 anos (HIV/AIDS and Older Adults, 2007; HRSA Care Action, 2001). No Uganda, entre 1999 e 2002, 4,6% das pessoas que realizaram o teste anti-HIV tinham mais de 50 anos – destes, 20% foram positivos (VCT, 2004); na África do Sul, em 2005, foi registada uma prevalência de infecção pelo HIV de 10,8% entre os indivíduos de 50-54 anos, 4,5% entre os de 55-59 anos e de 3,9% para os com idade de 60 anos ou mais.

Relativamente ao Brasil sublinham que o número de casos de SIDA em pessoas idosas, notificados ao Ministério da Saúde, na década de 80, era de apenas 240 em homens e 47 em mulheres, na década de 90, verificou-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres (Brasil, 2007) e em 2007 existiam 10.673 casos na faixa etária situada entre os 50-59; e para o grupo > = a 60 anos 3.702 casos.

²⁸ Estes dados e os que a seguir apresentarmos foram facultados em 22 de Janeiro de 2010, pela Coordenadora do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge que nos permitiu a sua referência para a elaboração desta dissertação. Os dados reportam-se à situação até Dezembro de 2009. O total de casos de infecção até esta data era de 37 201. Desta actualização faremos referência apenas aos casos relativos a pessoas com idade igual ou superior a 55 anos, uma vez que estes ainda não foram publicados.

Segue-se a faixa etária compreendida entre os 60-64 anos que apresenta um total de 859 casos, sendo 259 do sexo feminino e 701 do sexo masculino.

Teresa Paixão²⁹ refere no Relatório de 2008, que entre os sujeitos que estão registados pelo Ministério da Saúde, 7,5% corresponde aos portadores do vírus da SIDA com mais de 55 anos, e que predomina a transmissão sexual entre heterossexuais. Este número tem tendência a aumentar progressivamente, especialmente entre as mulheres, tendo-se acentuado em 2006 e 2007.

Quadro Nº 4 – Distribuição dos casos por sexo > 55 anos (dados nacionais)

Grupo Etário	Feminino	Masculino	TOTAL
55-59 Anos	323	863	1186
60-64 Anos	259	600	859
> 65 Anos	223	701	924
TOTAL	1005	2164	2 969

Adaptado de: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (período 1983-2009)

Verifica-se ainda que o período entre 1991 e 2004 foi caracterizado por uma subida nas três faixas etárias consideradas. Em 2004 diagnosticaram-se 221 casos; 66 para a população na faixa etária 55-59; 75 para a população na faixa etária 60-64 e 80 para os maiores de 65. Este valor total (221) desceu até 217 em 2007 e voltou a subir em 2008 para 226 casos.

Globalmente, em 2009 foram notificados em Portugal 69 casos para o grupo 55-59; 50 para o grupo 60-64 e 48 para os maiores de 65 anos, perfazendo um total de 167 novos casos. Se compararmos com os valores de 2008 verificamos a existência de menos 59 casos.

²⁹ Actual Coordenadora do Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Quadro nº 5 – Distribuição nacional de casos por data de notificação

Ano Notificação	55-59 Anos	60-64 Anos	> 65 Anos	Total
1985	2	1	1	4
1986	1	3	0	4
1987	5	2	2	9
1988	8	7	4	19
1989	16	12	7	35
1990	8	8	9	25
1991	17	14	6	37
1992	23	14	12	49
1993	24	16	14	54
1994	25	23	19	67
1995	36	16	21	73
1996	49	34	27	110
1997	50	38	40	128
1998	65	45	52	162
1999	60	51	36	147
2000	89	38	55	182
2001	67	56	53	176
2002	89	56	65	210
2003	70	61	85	216
2004	66	75	80	221
2005	86	51	78	215
2006	91	59	66	216
2007	76	61	80	217
2008	94	68	64	226
2009	69	50	48	167
TOTAL	1186	859	924	2969

Adaptado de: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (período 1983-2009)

Esta diminuição, nas três faixas etárias consideradas, poderá ser explicada pela deficiente auto-percepção dos idosos relativamente ao risco e por uma reduzida vontade de serem testados para a SIDA, como refere George Schmid no estudo realizado pela OMS em 2009 ou, seguindo também a perspectiva de Henrique Barros³⁰ pela distância entre o diagnóstico e a notificação. Na sua óptica, este desfasamento, constitui o primeiro ponto para a descida, em determinados anos. Ao fazer a comparação de relatórios, ano a ano, confirmou-se que os casos registados no próprio ano chegam a ser metade dos que aparecem registados cinco ou seis anos mais tarde.

Relembrando o início desta investigação, um dos primeiros momentos do percurso exploratório foi assinalado por uma conversa telefónica com Teresa Paixão. Nela, como já anteriormente referido, procurámos perceber a pertinência do estudo e se o número de casos de HIV/SIDA nos idosos, diagnosticados até àquele momento (Fevereiro de 2009) justificaria uma investigação. A resposta foi peremptória: “O número de casos que existem neste momento em

³⁰ Coordenador Nacional para a infecção VIH/SIDA em entrevista publicada em 15 de Novembro de 2009

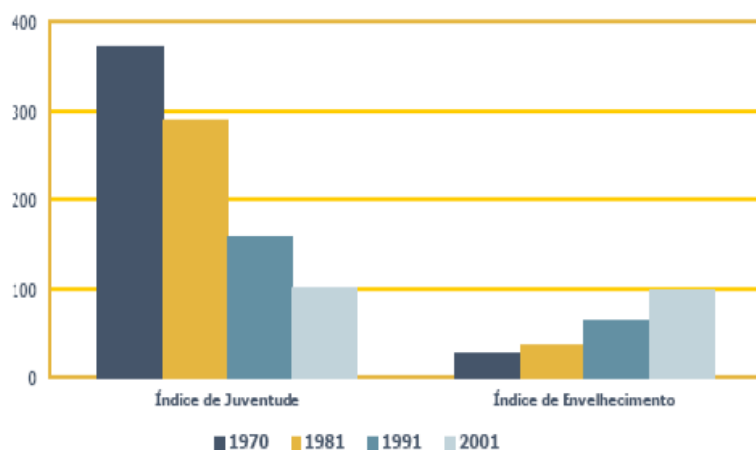
Portugal deve constituir uma preocupação de todos nós e são urgentes as investigações nesta faixa etária, porque as que existem são maioritariamente direccionados para populações mais jovens e é necessário que os idosos façam parte das políticas, das campanhas preventivas e das preocupações de todos nós” (Paixão, 10 Janeiro 2008). Foi também na continuidade desse percurso que o Grupo de Apoio e Desafio à SIDA (GADS)³¹ nos deu a conhecer a realidade do problema no concelho de Cascais, tema este que iremos abordar no ponto seguinte.

3. A SIDA nos maiores de 55 anos: o caso do concelho de Cascais

Como supra referido, o presente estudo partiu do problema empírico “o aumento do número de casos de SIDA na população com mais de 55 anos do concelho de Cascais”.

Relativamente ao índice de envelhecimento, o concelho de Cascais segue o padrão geral, traduzido, numa incapacidade de renovação geracional, pela pequena diferença entre a taxa de natalidade, que neste caso concreto, de acordo com o Plano de Acção de Cascais 2008-2011, se traduz em 12,7% sendo a taxa de mortalidade de 9,3%. O mesmo documento refere que se tem verificado um acentuado envelhecimento da população residente, que é concomitante com o aumento expressivo do número de pessoas idosas, prevendo-se que entre 2001 e 2016 o número de pessoas idosas aumente de 25.757 (15%) para 42.254 (24,6%).

Gráfico nº 1 – Índices de Envelhecimento e de Juventude do concelho de Cascais



Fonte::Plano de Acção de Cascais 2008-2011 (Câmara Municipal de Cascais)

³¹ O GADS é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que actua na área da prevenção, do apoio psicossocial e na reinserção sócio-profissional dos indivíduos infectados e afectados pela infecção do VIH/SIDA. O projecto teve início em 1995, com a designação de Gabinete de Apoio ao Doente com SIDA, integrado no programa de acção da Fundação de Cascais, através do Departamento de Saúde.

Importa referir que de acordo com os documentos analisados, o padrão epidemiológico da SIDA tem sofrido, nos últimos tempos, algumas alterações. Relativamente a Cascais o primeiro caso foi notificado em 1989 e até 1996 foram notificados 9 casos. Em alguns momentos desceu mantendo oscilações, até 2007, ano em que se registaram 11 casos. Seis deles na faixa etária 55-59 anos; um na faixa etária 60-64 e quatro na faixa etária maiores que 65 anos.

Quadro nº 6 – Distribuição de casos no grupo etário > = 55 – 59 e > 65 anos segundo o sexo (Cascais)

Grupo Etário	Feminino	Masculino	TOTAL
55-59 Anos	12	30	42
60-64 Anos	3	13	16
> 65 Anos	6	12	18
TOTAL	21	55	76

Adaptado de: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Dezembro 2009)

Em Agosto de 2008, o número total de casos de infecção por VIH/SIDA era de 62 e em Dezembro de 2009 foi de 76 como podemos observar no quadro nº 7. O número mais elevado (42) refere-se à faixa etária 55-59, seguindo-se os maiores de 65 anos com 18 casos. À semelhança do que já referimos anteriormente o sexo masculino continua a prevalecer comparativamente ao sexo feminino.

Verificamos que a forma de contágio predominante é a heterossexual. Ainda que o número de casos não seja muito expressivo, estes dados confirmam o padrão epidemiológico global, caracterizado pelo aumento do número de casos de transmissão heterossexual que, neste caso, representa a quase totalidade, e pela diminuição associada à toxicodependência (apenas 2 casos).

Quadro nº 7 – Distribuição de casos grupo etário > = 55-59 e > 65 Anos e categorias de transmissão (Cascais)

Categorias de Transmissão	55-59 Anos	60-64 Anos	> 65 Anos	Total
Desconhecido	1	1	0	2
Heterossexual	37	12	17	66
Homo/ ou Bissexual	3	2	1	6
Homo/Toxicodependente	1	1	0	2
TOTAL	42	16	18	76

Adaptado de: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Dezembro 2009)

Embora o valor de casos se reporte ao início do 1º caso até à actualidade e possa parecer pouco expressivo, consideramos ser imperativo que se compreenda o fenómeno e as suas especificidades.

Como refere George Schmid no estudo realizado pela OMS em 2009, “a frequência de infecção por VIH em pessoas idosas está a tornar-se preocupante. Sendo por esse motivo imperioso que se compreenda como e quando é que estas pessoas se infectam para reorientar as campanhas de saúde pública para a sua prevenção”.

De acordo com José Vera “a população idosa constitui-se como um grupo vulnerável a merecer uma urgente intervenção uma vez que as suas práticas sexuais são na maioria desprotegidas e, as campanhas preventivas das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são, quase exclusivamente, dirigidas à população jovem, em idade reprodutiva, facto que pode contribuir para acentuar algumas crenças e atitudes existentes”. Reportando-se à realidade de Cascais refere que “a transmissão heterossexual é a predominante e deve-se ao facto das pessoas estarem cada vez mais sós e desenvolverem relações ocasionais sem a utilização de preservativo. O número de divórcios tem aumentado e justifica algumas destas relações ocasionais. Por outro lado, no que respeita aos relacionamentos estáveis, a infecção só é diagnosticada muito tarde e há maior dificuldade de reconhecer que as pessoas podem estar infectadas. Esta realidade origina um diagnóstico muito tardio (...) Neste intervalo entre a infecção e o diagnóstico, as pessoas transmitem grande parte das infecções”³².

Encontrámos assim, não só os motivos que justificariam o objecto da presente investigação, como a necessidade de desenvolver o ponto seguinte onde se irão abordar as questões da sexualidade das pessoas idosas. Porque, “desengane-se também quem pensa que nas idades a partir dos 55 anos não há vida sexual activa” (José Vera, 2007).

4. A sexualidade nos idosos: de que falamos quando nos referimos a comportamentos de risco nos maiores de 55 anos?

Sendo a transmissão sexual uma das principais causas responsáveis pelo aumento HIV/SIDA na população idosa, importa contextualizar a sexualidade fazendo-o por referência aos comportamentos de risco. No desenvolvimento deste ponto iremos abordar a sexualidade e

³² Entrevista exploratória a José Vera, responsável pelo Centro de Infecciologia do Centro Hospitalar de Cascais. Esta informação também se encontra publicada no Jornal do Centro de Saúde em Dezembro 2007, com o título “Risco aumenta entre os maiores de 55 anos”.

alguns dos conceitos que lhe são inerentes, para depois nos focalizarmos na sexualidade nos idosos, procurando responder às seguintes questões: O que é o risco? E quais são os comportamentos nos idosos que os tornam vulneráveis e num “grupo de risco”?

A sexualidade define-se, segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma energia que nos conduz à procura do afecto, contacto, prazer e intimidade, influencia os nossos pensamentos, sentimentos e interacções e também a nossa saúde física e mental. “O seu desenvolvimento acontece durante toda a vida do indivíduo, sendo variável de pessoa para pessoa, podendo assumir diferentes perspectivas, de acordo com a idade em que é vivida. Depende das características genéticas, das interacções ambientais, condições sócio-culturais e de outras, e tem também diferentes etapas fisiológicas: infância, adolescência, idade adulta e senilidade. A sexualidade é reconhecida como um aspecto relevante para a manutenção da saúde e se for vivida com satisfação é fonte geradora de equilíbrio para o indivíduo e promotora de uma atitude positiva em relação a si e ao outro” (Nodin & Vaz 2005:331)

De acordo com Ribeiro (2002:124), a sexualidade é a maneira como uma pessoa expressa o seu sexo. É a forma como cada mulher vivencia e manifesta o “ser mulher” e o homem o “ser homem”, através de gestos, da postura, da voz, da roupa, do perfume...de cada detalhe que caracteriza cada indivíduo.

A concepção da sexualidade e do comportamento sexual tem sofrido alterações ao longo do tempo. Até ao século XIX eram considerados como preocupação religiosa ou espiritual, mas a partir daí, a sexualidade e o comportamento sexual passaram a fazer parte do domínio científico e a ser objecto essencialmente da medicina, sociologia da saúde e da biologia, sendo conferido ao sexo uma função biológica semelhante a qualquer outra, que precisava de ser expressa, mas apenas dentro dos limites da sua função reprodutiva. No período que se seguiu, já no século XX, houve uma mudança de perspectiva. Embora continuasse a ser-lhe atribuída uma conotação biológica, enfatizava-se mais o comportamento sexual enquanto actividade de prazer do que em termos de resultados (Ogden, 2000).

Também de acordo com Valente (2008) a sexualidade enquanto área disciplinar das ciências sociais não é nova. Todavia, enquanto problemática de investigação do seu campo, apenas começou a ganhar legitimidade a partir do momento em que, com o desenvolvimento dos métodos contraceptivos, na década de sessenta, e o aparecimento do HIV/SIDA nos anos oitenta, se separou conceptualmente a sexualidade da sua função reprodutiva ou de reprodução biológica da espécie. Para Giddens (2001)³³ o impulso dado ao estudo da sexualidade pelas

³³ *The Transformation of Intimacy – Sexuality Love and Eroticism in Modern Societies*. Neste livro publicado em 1992, Giddens questiona algumas das interpretações feitas acerca do papel da sexualidade na cultura moderna.

ciências sociais deve ser entendido no contexto da sociedade ocidental do final do século XX, ao eleger como centro de reflexão para a construção da pessoa moderna as questões relacionadas com a intimidade, a vida privada e a sexualidade.

Do ponto de vista da psicanálise, de acordo com Santos (2003) a sexualidade é construída nos processos de identificação com os objectos amorosos, nas primeiras experiências de vida e são essas experiências que permitirão a cada um, na sua singularidade, optar pelas formas de satisfação preferidas em relação a esse objecto. Por transferência, essas formas de satisfação estender-se-ão a objectos substitutos ou a outras formas de manifestação e de realização para além do aspecto biológico.

Sem entrarmos na complexidade do conceito de *representação social*³⁴, podemos considerar que existe uma “construção social” da sexualidade que conduz à forma como a vivenciamos e como nos relacionamos com ela. As representações sociais constituem, na perspectiva de Vala (2006) uma orientação para a acção, ao modelarem os elementos do contexto em que o comportamento ocorre, elas permitem dar um sentido ao comportamento e são uma forma de conhecimento construída por um determinado grupo, existindo uma interacção entre o indivíduo e o contexto situacional. Podem, de acordo com o autor, ser diversas as formas de se construir a representação social – o seio da família, do grupo de amigos, através da comunicação social, da Internet, da escola, ou de outras situações do quotidiano, mas a representação social face à sexualidade está muito ligada a um sistema de valores e crenças que podem divergir de acordo com o contexto social e cultural, ou conforme o lugar e o momento, de acordo com a organização do real e com o significado que o indivíduo lhe atribui.

Sabemos também que as alterações psicológicas, biológicas e sócio-culturais, inerentes ao processo de envelhecimento se apresentam como determinantes para a expressão comportamental da sexualidade da pessoa idosa, na medida em que ela se “constitui como um

Nesta obra o autor procura interpretar a sexualidade e a intimidade e, concomitantemente analisar a relação entre os sexos e a diferente posição entre as mulheres e os homens face à realidade.

³⁴ O conceito de representação surge em 1898 ficando a dever-se a Émile Durkeim. É assim no campo da sociologia que o situamos pela primeira vez quando o autor faz a distinção entre representação individual e colectiva. Em 1961, Moscovici elabora uma análise e sistematização da noção de representação social, do seu conteúdo e processo de formação e com esta surge a sua primeira base teórica. Terminologicamente, representação social engloba os fenómenos presentes no quotidiano dos grupos sociais, tem as suas raízes nos conceitos elaborados pelo senso comum, nas interacções contínuas e na objectivação realizada por cada grupo e concretiza-se num campo específico de conhecimento, de acordo com os pressupostos teóricos de Serge Moscovici (1978), no âmbito da psicologia social. O autor analisou em França as representações de determinados grupos sociais relativamente à teoria psicanalítica e concluiu que as representações sociais não se alimentam apenas das teorias científicas, mas também “ (...) dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações quotidianas” (Vala, 2006:353).

factor relevante para gozar de uma saúde integral (...) a sua suspensão ou abandono «involuntário» podem acelerar o processo de envelhecimento e ter repercussões negativas na saúde em geral” (Pascual, 2002:11,12). Pese embora o aumento da expectativa de vida nos países desenvolvidos e o consequente crescimento da população idosa, o tema da sexualidade nesta faixa etária não tem recebido a devida importância. Continua a pensar-se que a actividade sexual desaparece com a idade, a “persistirem muitos estereótipos a respeito da sexualidade que reputam a velhice como assexuada” (Oliveira, 2008:11) e a negligenciar-se a sexualidade na velhice, não só pelos profissionais, pela sociedade em geral como pelos próprios idosos. Embora o decorrer dos anos cause declínio da capacidade física, em contrapartida, como referem Pascual (2000) e Santos (2002), traz consigo um enriquecimento de outras dimensões. O tempo não retira a capacidade de amar, reinventa é novas formas de o fazer. E se há funções orgânicas que se perdem ou alteram com a idade, encontram-se outras vias de sublimar a sua realização, o que implica a manutenção de uma relação com o outro. Sonhar com o amor não tem limite de idade, porque os limites se existem sem estarem associados a problemas de saúde, são fruto das próprias percepções, são impostos pelos preconceitos e pela intolerância da sociedade.

Esta análise importa para situar a percepção³⁵ e a perspectiva dos profissionais relativamente à sexualidade dos idosos, a forma como lidam com ela no contexto da sua intervenção. Pois como referem os autores abordados, esta não deixa de existir com a idade, adquire sim outras formas de se manifestar, as quais poderão ser expressas de diferentes modos: através do toque, da ternura, do olhar, muito pela via dos afectos.

De acordo com Pascual, (2002:124) “A sexualidade é modelada pela cultura, que se adquire através da educação familiar, social e cultural. Essa cultura transmite-nos valores, estereótipos e pautas de conduta que vamos interiorizando, apropriando e que são determinantes para a forma como vivemos e entendemos a sexualidade ao longo da vida. No caso dos idosos muitos são os estereótipos³⁶ e preconceitos que existem e que deformam e

³⁵ Define-se percepção como “um processo de organização e de interpretação dos estímulos sensoriais. Ela pode ser influenciada por factores externos e internos ao sujeito e por factores sociais. Estes últimos têm a ver com as normas e experiências culturais. Fala-se de percepção social quando nos reportamos a fenómenos perceptivos de grupos sociais, por exemplo, estereótipos e representação social. Na psicologia, o estudo da percepção é de extrema importância porque o comportamento das pessoas é baseado na interpretação que fazem da realidade e não na realidade em si. Por este motivo, a percepção do mundo é diferente para cada um de nós, cada pessoa percebe um objecto ou uma situação de acordo com os aspectos que têm especial importância para si própria” (Pestana, 1998:156).

³⁶ De acordo com Miller, (1982) in Marques & Paéz (2006:333) “Os estereótipos são estruturas cognitivas que contêm os nossos conhecimentos e expectativas, que determinam os nossos julgamentos e avaliações acerca de grupos humanos e dos seus membros. Esses julgamentos e avaliações estão geralmente associados a características como a «raça», o género, a aparência física a origem geográfica ou social, ou algum aspecto associado à identidade religiosa, política, étnica, sexual, de alguém”.

inibem a sua actividade sexual e contribuem para que se qualifique a ancianidade como assexuada”.

Para se estudar e entender o preconceito é necessário recorrer a mais de uma área do saber. Embora seja um fenómeno também psicológico, aquilo que leva o indivíduo a ser ou não ser preconceituoso pode ser encontrado no seu processo de socialização, no qual se transforma e se forma como indivíduo. Ou seja, aquilo que permite ao indivíduo constituir-se é também responsável por ele desenvolver ou não preconceitos. Ao afirmar-se que o preconceito é um valor atribuído aos objectos que se constituem nas suas vítimas, recaímos na esfera da moral. Quando dizemos que algo é bom ou mau, sem que esse juízo seja espontâneo ou sem que reflectamos sobre a sua racionalidade, explicitando a sua validade quer para o indivíduo, quer para a sociedade, estamos na perspectiva de Crockik (2006), a ser preconceituosos.

O *preconceito* é assim uma atitude negativa, injustificável face a um grupo ou aos seus membros³⁷, forma-se no processo de socialização e, por vezes, conduz à discriminação.

De acordo com Bozon (2004) o ser humano não se relaciona sexualmente sem dar sentido aos seus actos e estes constroem-se culturalmente. Isto quer dizer que há uma construção social da sexualidade que é determinante para a sua vivência na velhice³⁸, sendo reprimida ou estimulada de acordo com todo o processo de aprendizagem que acontece desde a infância. Pese embora, como já referido, existam muitos constrangimentos associados à sexualidade dos idosos, quer culturais, quer físicos, quer psicológicos, como refere Valente (2008:5) “a generalidade das pessoas de idade avançada é perfeitamente capaz de manter relações sexuais e de sentir prazer”.

Alçada Baptista sintetiza aquilo que consideramos de mais profundo relativamente à sexualidade nos idosos quando afirma que “(...) as relações de sexo podem ser vividas enquanto somos novos, mas os encontros de amor exigem essa maturidade, quase a ausência do

³⁷ Por associação ao tema surge também o conceito de *tabu*. Se conceptualmente um *preconceito* e um *tabu* têm significados diferentes, em termos práticos eles são muitas vezes indissociáveis e passíveis de equívocos. De certa forma, preconceito funciona como um *tabu*. Enquanto o *preconceito*, costuma indicar desconhecimento, é depreciativo relativamente a um indivíduo ou a um grupo social, ao que lhe é diferente, o *tabu* define-se como um assunto ou um comportamento inaceitável ou algo cuja discussão costuma ser evitada pela população em geral, por diversas razões: seja porque este seria alvo de opiniões contraditórias, ou por tratar-se de um assunto que interfere com a sensibilidade das pessoas (Crockik, 2006). Ambos os conceitos estão também associados à sexualidade e ainda mais quando nos reportamos à sexualidade nas pessoas idosas. Nesta faixa etária, continua a ser um meio facilitador para a propagação de ideias erradas e de discriminação.

³⁸ No filme “Uns compadres do Pior” (Dezembro de 2004), Barbra Streisend é terapeuta sexual especializada na Terceira Idade e questiona a futura sogra do filho, acerca da sua sexualidade. Neste pequeno excerto o filme mostra-nos duas perspectivas da sexualidade, uma muito aberta, e outra muito conservadora e reprimida.

P – Como é a vossa vida sexual?

R – Posso lá falar disso... já não temos 25 anos...

P – Mas também não morreram... e a muitos casais da nossa idade falta intimidade!

R – Eu não iria tão longe...há ocasiões especiais...aniversários...quando fazemos anos de casados...

P – Não chega...posso ajudá-los a recriar elos...Sou terapeuta sexual especializada na terceira idade.

desejo. Gosto de estar aqui contigo, fazer festas no teu corpo já cheio de tempo, apetecer-me beijar-te porque estou a beijar a tua história pessoal, aquilo que viveste, as tuas alegrias e as tuas dores. É nestas coisas que sinto que envelhecer é uma arte e que o amor só se vive plenamente quando o desejo já não comanda o nosso encontro mas sim aquilo que somos e a qualidade da nossa relação” (Alçada Baptista, O Tecido de Outono, 1999:182).

Considera-se também que o impacto causado pelo HIV/SIDA reequacionou uma mudança no “paradigma” da sexualidade, tanto no que se refere à prevenção da gravidez nos grupos mais jovens como à prevenção das DST e SIDA em todos os grupos, e motivou a sua análise em termos de promoção da saúde, educação para a saúde e auto protecção, passando o sexo a ser associado ao risco (Ogden, 2000).

Retomando o que foi referido anteriormente, o maior índice de casos de HIV/SIDA nos idosos tem uma estreita relação com os seus comportamentos sexuais de risco. Então o que é o risco?

Tendo em conta a perspectiva de Beck (1992) e Giddens (2000), o risco tornou-se uma categoria central para a compreensão da sociedade actual. No entanto, as questões inerentes ao risco e à protecção dos sujeitos apresentam graus de complexidade que dificultam a sua teorização. A sua conceptualização teórica não tem sido linear associando-se “(...) na origem à noção de espaço, posteriormente passou a incluir a noção de tempo e (...) acabou por tornar-se indissociável das ideias de probabilidade e de incerteza” (Giddens, 2000:32).

Beck na sua obra *Risk Society*, publicada em 1992, na Alemanha, analisa a relação existente entre risco e sociedade argumentando que paradoxalmente, à medida que as sociedades tentam controlar o mundo, mais incerto este se torna. Na óptica do autor, a sociedade pós-moderna entrou numa fase onde os sujeitos com menos recursos económicos e sociais são mais afectados pela amplificação do risco.

De acordo com Helena Nunes (2004:35) “(...) os riscos requerem conhecimento acerca deles, mesmo quando são menos visíveis ou não materializados e apesar da sua tendencial universalidade, não deixam de onerar os grupos mais pobres e as regiões mais periféricas, porque eles próprios não têm esferas de segurança e protecção que minimize os seus efeitos”.

Como sublinham Leandro, Nossa & Rodrigues (2009:29), importa salientar que “as sociedades actuais são caracterizadas por um conjunto de vários riscos prejudiciais para a saúde, decorrentes entre outros aspectos, da procura do lucro pelo lucro, do individualismo exacerbado de vários tipos de poluição e de comportamentos sociais considerados nefastos”. Assim, analisando o processo de transição epidemiológica, demográfica e civilizacional, quanto mais se avança nesta trajectória, maior relevância adquire a dimensão social da saúde e da

doença. Isto porque (e continuando o pensamento dos autores) as doenças que predominam actualmente, têm mais a ver com doenças crónicas, uma vez que têm sido, de alguma forma, dominados os efeitos letais das doenças infecto-contagiosas (Ibidem). Acrescentam ainda que a tendência das sociedades modernas para a racionalidade e para a reflexão produz efeitos nas relações que os indivíduos têm com os riscos. Ou seja, a capacidade reflexiva do conhecimento possibilita a antecipação dos riscos e permite a orientação de acções individuais e colectivas. A este respeito Giddens (1998) diz que o conhecimento das vulnerabilidades gera expectativas quanto aos comportamentos individuais, que se vêem confrontados com a obrigação de gerir adequadamente as ameaças numa sociedade onde os riscos proliferam.

A noção de risco ocupa assim na actualidade, um lugar relevante em tudo o que se relacione com a saúde. Em epidemiologia, o risco é a probabilidade de um indivíduo ficar doente ou morrer no decurso de um determinado período de tempo ou numa idade específica (M.Last, 1995 in Leandro, Nossa e Rodrigues, 2009:39).

Os riscos que existem presentemente relacionados com a actividade sexual são diferentes dos que existiam no passado. A década de 80 com o surgimento do HIV/SIDA, trouxe consigo um novo olhar sobre a sexualidade. Como sublinha Ogden, (2000) das descobertas mais consistentes que emergiram da investigação sobre este tema é a percepção da invulnerabilidade pessoal na população hetero e homossexual. Pese embora a autora se refira aos sentimentos de invulnerabilidade ao HIV demonstrados em estudos quantitativos realizados nos jovens podemos, por analogia, reportar aos idosos. Ainda que por causas nem sempre iguais, estes constituem também um dos grupos vulneráveis ao HIV/SIDA e essa vulnerabilidade acentua-se por razões que são igualmente de natureza sexual.

Num artigo sobre o sexo na terceira idade, publicado no Brasil, Aranda diz que não é por acaso que os dois extremos das idades são crescentes nas estatísticas da doença e passaram a ser alvo de campanhas específicas do Ministério da Saúde. Uma das hipóteses para os idosos e adolescentes não usarem preservativo nas relações sexuais é que as duas faixas etárias não viveram de perto os anos de maior tensão da epidemia na década de 80. A autora diz também que a resistência em usar preservativo não é a única semelhança entre as jovens e as mulheres mais velhas, há ainda o receio de negociar com os parceiros e a predominância da ideia de já não se engravidar nesta idade. No caso dos homens mais velhos e dos mais novos, negligenciam o preservativo porque, colocado sem experiência, ou com dificuldades associadas à idade, pode dificultar a erecção³⁹ (Aranda, 2010).

³⁹ O artigo publicado em Março de 2010, de Fernanda Aranda, com o título “Sexo na terceira idade” refere que no Brasil as mulheres com mais de 50 anos constituem 15% entre os novos casos de HIV/SIDA e não passavam de 8%

De que falamos quando nos referimos a comportamentos de risco nos idosos?

Dos autores analisados, verificámos que existem diferentes teses explicativas para o acréscimo do número de casos de HIV/SIDA nas pessoas idosas. Mas a que ganha maior relevo é a que sustenta que o acréscimo está essencialmente associado à escassa informação sobre a doença por parte dos próprios idosos, aos preconceitos e tabus relativos ao uso de preservativo e à sua sexualidade, ao consumo de medicamentos responsáveis pela (re) activação e ampliação da actividade sexual e fundamentalmente à ausência de campanhas preventivas dirigidas a este grupo. Carret, Fassa, Silveira Bertoldi & Hallal, (2004 in Saldanha & Vasconcelos 2008) acrescentam, por um lado, a dificuldade de detecção e/ou tardia das DSTs nos idosos, pela fraca manifestação que por vezes é mascarada com outros sintomas e, por outro, os preconceitos e estereótipos presentes em alguns profissionais de saúde, pois a SIDA neste grupo etário, “traz ao de cima certos hábitos não revelados como a sexualidade, escondida na pele enrugada e nos cabelos brancos (Gorinchteyn in Silva 2008).

Partilhamos da perspectiva de Giddens (2007:169) estabelecemos um paralelismo entre o problema em análise e os vários problemas associados aos estilos de vida da sociedade actual, quando o autor afirma, que “(...) uma das dificuldades é que aqueles que por vezes mais precisam de tomar contacto com as mensagens de saúde pública são provavelmente os menos influenciados por elas”. Se pensarmos por exemplo nas campanhas preventivas⁴⁰ verificamos que elas não contemplam a população idosa, ou se o fazem, é de forma pouco expressiva⁴¹. Por referência ao comportamento sexual, o mesmo autor diz-nos também, que em vez de se falar de «sociedade a envelhecer» poderíamos igualmente falar de «sociedade em rejuvenescimento»,

em 2000. Entre adolescentes, são dez infectadas para cada oito rapazes. Há uma década, a incidência era de dez raparigas para quinze rapazes. Artigo refere também um estudo feito em 100 pacientes do ambulatório do idoso da unidade de saúde, 75% das mulheres portadoras do vírus com mais de 60 anos foram infectadas pelos seus maridos. Já entre os homens, 80% afirmam terem contraído a doença em relações extraconjugais e infectado suas parceiras. <http://delas.ig.com.br/sausedamulher/sexo+na+terceira+idade/n1237553886227.html> (consultado em 1 de Julho de 2010)

⁴⁰ Este aspecto será desenvolvido no Capítulo II.

⁴¹ Foi efectuada uma pesquisa a partir do Google, em Setembro de 2009, e apenas encontrado um anúncio publicitário em Portugal direccionado para a população idosa. No início, um anjo sedutor está num elevador e entra uma mulher. Quando a porta se abre novamente, vêem-se as penas das asas de anjo voar e a mulher a arranjar-se. Em seguida, o anjo chega a casa, beija a mulher e os filhos. No momento do beijo, uma frase induz o telespectador a questionar-se: “ainda acredita que os anjos não têm sexo? Faça o teste VIH/SIDA”.

O mesmo anjo chega a um teatro, onde um casal de idosos assiste a uma ópera. O anjo fala ao ouvido da senhora e ela vai atrás dele. Quando volta, ela tira uma pena da boca. Novamente surge a pergunta: “ainda acredita que os anjos não têm sexo? Faça o teste VIH/SIDA”.

Também no Brasil, no âmbito da comemoração do dia Mundial de Luta Contra a Sida, em 2008, pela 1ª vez os homens acima dos 50 anos foram tema da campanha com o slogan “Sexo não tem idade. Protecção também não”, onde se abordaram assuntos ligados à sexualidade, como o uso do preservativo e dicas para melhorar a relação sexual depois dos 50.

na medida em que os mais velhos estão a ficar mais novos, e que actualmente uma das características distintivas da nossa sociedade pós-industrial é a diversidade crescente de estilos de vida, associada a um nivelamento do curso de vida. Isto é, se por um lado os jovens iniciam a sua actividade sexual cada vez mais cedo, por outro, para um número crescente de pessoas, a sexualidade e a formação e re formação de relações continuam agora também a chegar até quase ao fim da vida. As drogas, onde incluímos o Viagra, associadas ao estilo de vida, já não são unicamente uma prerrogativa dos jovens. Daí não se tratar apenas da questão do envelhecimento da sociedade, mas da mudança da natureza do próprio envelhecimento (Ibidem).

Sabemos que a SIDA, mais do que qualquer outra doença, tem inerentes problemas de desinformação, receios, medos e discriminação que se constituem como obstáculos para a inserção e intervenção social, bem como para a implementação de medidas preventivas direccionadas a este grupo. Estas circunstâncias propiciaram o surgimento de variantes sociais para a pandemia, que se tornaram facilitadoras da sua expansão por grupos vulneráveis com características diferentes das iniciais. Apesar da transversalidade da doença, sabemos que há grupos mais vulneráveis do que outros, e que essa vulnerabilidade ganha relevância se a pensarmos por relação aos idosos.

Sobre a vulnerabilidade, Vasconcelos & Saldanha (2008) sublinham que no âmbito do HIV/SIDA, a expressão vulnerabilidade no seu conceito mais limitado, suscita ideias de comportamentos que criam oportunidades de infecção/contaminação pelo vírus HIV, como transmissão sexual, uso de drogas, transfusões sanguíneas e transmissão vertical ou parentérica. No entanto, estar vulnerável à doença não significa que o indivíduo esteja susceptível à aquisição do vírus num único contexto, mas que esse grau de vulnerabilidade a que o sujeito se expõe, está relacionado com a sua situação social indo além de uma acção voluntária⁴².

Se no começo, como já referido, o HIV/SIDA era uma doença associada a grupos específicos e restritos, considerada “(...) a doença dos quatro H – homossexuais, hemofílicos, haitianos e heroinomanos, com a sua disseminação o perfil epidemiológico alterou-se, tendo-se

⁴²As autoras diferenciam também o conceito de vulnerabilidade individual e colectiva, defendendo a emergência da noção de vulnerabilidade a partir do impacto pela epidemia do HIV/SIDA no mundo, situando-a em três planos analíticos: o individual, o social e o programático. A vulnerabilidade individual é aquela que é comum a todos os indivíduos, e que relativamente ao HIV/SIDA pode variar em função dos valores pessoais e das formas de dispor ou não de medidas de protecção. A vulnerabilidade social tem em conta indicadores como, situação socioeconómica e cultural dos diferentes países, o acesso à informação, ao tratamento, à saúde, o índice de liberdade humana, entre outros. E por fim a vulnerabilidade programática, relaciona-se com a elaboração de programas nacionais destinados à prevenção que visem educar e possibilitar informação de forma alargada, sustentada e coerente. Vasconcelos & Saldanha (2008).

transformado num fenómeno com contornos diferentes, verificando-se assim, actualmente, a feminização, heterossexualização, pauperização e envelhecimento do fenómeno (Oliveira et al., 2007). Este último aspecto referenciado pode ser analisado sob duas perspectivas: a primeira, caracterizada por indivíduos que adquiriram a doença enquanto jovens e que pela introdução da terapia anti-retroviral, chegaram à faixa etária considerada com SIDA sendo, por isso, uma das causas responsáveis pelo acréscimo do número de idosos com a doença; a segunda reporta-se aos casos de infecção que acontecem depois dos 55 ou mais anos de idade. Para esta, o surgimento de determinados fármacos permitiram o exercício e o prolongamento da actividade sexual, potenciando capacidades por vezes muito reduzidas e tornando-os num grupo vulnerável ao HIV (Saldanha & Vasconcelos 2008).

Concluindo, um dos grandes desafios que se coloca, para a primeira perspectiva apresentada, a nível da saúde pública, será o acesso à terapêutica anti-retroviral o mais cedo possível, no processo de desenvolvimento da infecção, a efectividade do tratamento e a manutenção do cuidar das pessoas já infectadas, de forma a possibilitar-lhes não só o aumento da esperança de vida, mas também da qualidade de vida. Para a segunda perspectiva, o desafio assenta na necessidade de se investir na prevenção dos comportamentos de risco.

Consideramos ainda que a diminuição dos preconceitos e da vulnerabilidade inerentes à sexualidade dos idosos são possíveis, a partir de uma postura educacional e preventiva, enquanto fundamento norteador de estratégias de combate à propagação do HIV/SIDA nesta população, não só por parte dos profissionais, como acima de tudo pela (re) orientação das políticas preventivas, uma vez que a prevenção não tem idade, tema que iremos desenvolver no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II

SIDA e Idosos: comportamentos de risco e trajetória para a prevenção

“A profissão que não conseguir investir na pesquisa da realidade, dos novos fenómenos (ou até das novas determinações de fenómenos já existentes), estabelecendo tendências sobre o devir social, desenvolvendo, a partir daí, novas propostas interventivas e novas respostas, não conseguirá reproduzir-se enquanto tal (...) neste conhecimento do real, o diálogo com as teorias sociais deve ser constante. E para manter um relacionamento horizontal com as demais disciplinas sociais, o Serviço Social como um todo deve produzir também conhecimento teórico-científico, deve aportar elementos para o debate e não apenas recebê-los dos outros (como tem sido feito nas áreas tradicionais, desde a sua génese), deve produzir conhecimento crítico sobre a dinâmica da realidade social”.

(Montaño, 2009:199)

Sendo como já referido o tema desta investigação a prevenção da SIDA nos idosos, propomo-nos neste capítulo, em primeiro lugar, reflectir sobre o conceito de prevenção, referenciar os seus diferentes níveis, reportando e destacando o Serviço Social no âmbito das suas competências de “educador” na prevenção de comportamentos de risco.

Face ao problema já identificado no primeiro capítulo, consideramos imperiosa a implementação de medidas preventivas dirigidas a esta faixa etária e, acima de tudo, a necessidade de uma educação para a saúde e para a manutenção de estilos de vida saudáveis, salientado a educação como o pano de fundo, quer da promoção de estilos de vida saudáveis, quer da prevenção dos comportamentos de risco.

Partimos assim para este estudo sem a presunção de enveredar por caminhos pretensamente “dominados” por outras áreas do conhecimento, do “não invadir para não ser invadido”. Como sublinha Carlos Montaño (2009:199), um dos desafios que se coloca à profissão reside na superação de uma “prática social que por ser sincrética, por segmentar a realidade em “questões sociais”, toma para si, como sendo um campo de intervenção próprio, algumas dessas micro problemáticas, deixando para outras profissões a realidade macro (...)” como se esta fosse possível de pulverizar em micro realidades.

Tendo por referência os comportamentos de risco dos idosos, já mencionados e identificados no capítulo anterior, sob o ponto de vista teórico e empiricamente no terceiro capítulo, iremos desenvolver o conceito de prevenção, recorrendo para isso à epidemiologia, à medicina preventiva e à psicologia da saúde, fazendo a relação da prevenção como um processo de aprendizagem e com a dimensão social, tentando de algum modo que o Serviço Social faça parte integrante desse acervo.

Como pontos norteadores tentaremos responder às questões: O que é a prevenção e a promoção? Quais os níveis de prevenção? Qual a relação entre a idade, a educação para a saúde, a prevenção e a promoção de comportamentos saudáveis? Quais as estratégias preventivas a adoptar nesta faixa etária? E qual o papel do Serviço Social na prevenção do HIV/SIDA nos idosos comparativamente com outros profissionais?

1. *Praevenire* e *pró-movere*: dois verbos que se complementam

1.1 Da prevenção à promoção da saúde

A palavra “prevenir” tem como sinónimos chegar antes de, antecipar, acautelar, precaver, evitar ...impedir que aconteça: etimologicamente deriva do latim *praevenire*, "chegar antes, antecipar", de *prae*, "antes, à frente", mais *venire*, "vir".

O conceito de prevenção teve a sua origem na saúde e nos estudos epidemiológicos quando se descobriram técnicas mais sofisticadas de exames complementares e aperfeiçoaram as acções preventivas com base num diagnóstico precoce. De acordo com Doron & Parot (1998 in Alves & Polónia 2003:218), o conceito de prevenção é polissémico e só ganha sentido quando relacionado a um contexto teórico de intervenções, variáveis conforme a natureza do problema abordado. Está também associado à ideia de risco e do seu acautelamento, podendo caracterizar-se por aspectos promotores, protectores e de redução de riscos, desenvolvendo paradigmas que viabilizem a mobilização de atitudes, comportamentos e práticas mais salutaras. As premissas básicas da prevenção apoiam-se em dois pilares fundamentais: a análise e modificação do ambiente social e a construção de competências que abranjam o maior número possível de sujeitos, onde as noções de universalidade e de colectividade estão subjacentes (Ibidem).

A sua origem remete-nos também para o movimento da medicina preventiva surgido, numa reacção de crítica à medicina curativa, entre o período de 1920 e 1950 na Inglaterra, EUA e Canadá. Este movimento propôs uma mudança da prática médica através de reforma no ensino médico onde se pretendia a formação de profissionais que postulassem uma nova atitude face à saúde. Acentuou a responsabilidade dos médicos relativamente à promoção da saúde e à prevenção de doenças e introduziu a epidemiologia dos factores de risco (Arouca, 1975, Torres, 2002 in Czeresnia, 2003).

A base conceptual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada no livro de Leavell & Clark Medicina Preventiva em 1976, onde a expressão prevenir tem o significado de preparar; chegar antes de; dispor de maneira a evitar (dano, mal); impedir que se realize.

Segundo Arouca (1975 in Czeresnia 2003) o discurso da medicina preventiva emergiu num campo que era constituído por três vertentes: a higiene, surgida no século XIX; a discussão dos custos da assistência médica; a redefinição das responsabilidades médicas que aparece no interior da educação médica.

Em Portugal, o seu início deve-se a Ricardo Jorge⁴³ com a implementação, nos finais do século XIX, de um sistema sanitário moderno e de um magistério sanitarista. A sua obra repercutiu-se sobre toda a sociedade, num apelo à higiene das ruas, das casas, das escolas, das fábricas, dos hospitais, no sentido de prevenir o micróbio e alertando para o contágio⁴⁴.

Baillergeau (2008:8) refere a prevenção social, relacionando-a no artigo com a delinquência e com as situações de risco laborais. De acordo com o autor, “l’idée de prévention sociale rejoint pour partie la prévention primaire au sens de la Charte d’Ottawa (1986) qui désigne l’ensemble des actes destinés à diminuer l’incidence d’une maladie, donc à réduire l’apparition de nouveaux cas, à travers des activités d’éducation et d’information”. No entanto, sublinha também que em contraste com a prevenção primária, a prevenção social é ainda conduzida por princípios específicos.

Globalmente, as acções preventivas definem-se como intervenções orientadas de modo a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a sua incidência e prevalência nas populações, sendo a base do discurso preventivo o conhecimento epidemiológico moderno. A prevenção em saúde exige uma acção antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (Czeresnia, 2003). Assim, falar de prevenção tem, como já referido, implícito o conceito de saúde. Esta define-se segundo a OMS 2010, “como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença”.

Segundo a Carta de Ottawa 1986 “A promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objectivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito

⁴³ Ricardo de Almeida Jorge nasceu no Porto, a 9 de Maio de 1858 e faleceu em Lisboa, a 29 de Julho de 1939. Foi médico, investigador e higienista, professor de Medicina e introdutor em Portugal das técnicas modernas e dos conceitos de saúde pública. Participou em iniciativas, entre elas o Congresso Internacional de Medicina de 1906, no qual presidiu à Secção de Higiene e Epidemiologia. Em 1903, foi-lhe delegada a organização e direcção do Instituto Central de Higiene, que passaria a ter o seu nome a partir de 1929, hoje designado Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

⁴⁴ FERRAZ, Amélia Ricon. Ricardo de Almeida Jorge. *Arq Med.* [online]. 2008, vol.22, no.2-3 [citado 25 Julho 2010], p.91-100.

positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do sector saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direcção de um bem-estar global”⁴⁵.

Esta concepção de saúde apresenta uma perspectiva positiva e tem implícito, o desenvolvimento de acções de intervenção, quer com o indivíduo quer, no seu *habitat* no sentido de prevenir doenças e promover a saúde. Reportando-se aos idosos, Oliveira (2008:70) refere que não é possível a promoção de uma boa saúde sem uma política de prevenção, através da educação do idoso para a saúde e da sensibilização de todos os agentes gerontológicos que com ele interagem diariamente.

A revisão bibliográfica efectuada conduziu-nos também à introdução do conceito de promoção da saúde. Promover deriva do latim, *pro-movere*, que significa ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, propôr, fazer-por (alguma coisa) mas também fazer-com (alguém) e através-de (o grupo, a organização)⁴⁶. O conceito utilizou-se pela primeira vez em 1945 na medicina, ao serem-lhe atribuídas quatro funções: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração do doente, reabilitação.

Para Czeresnia, (2003) a promoção da saúde define-se, de maneira mais ampla do que a prevenção, pois refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde globalmente. Enquanto a prevenção visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença específica, a promoção propõe-se aumentar, através de esforços intersectoriais, a saúde e o bem-estar geral.

De acordo com Moraes (2008:2043)⁴⁷, a promoção da saúde pretende a aquisição de comportamentos saudáveis, está associada a mudanças de estilo de vida e tem subjacente uma abordagem educacional e comportamental no que se refere à redução de alguns riscos associados ao consumo de álcool, drogas, às DST, a erros de nutrição, à falta de exercício, havendo assim uma relação entre as questões de saúde e as questões ambientais e sociais, em

⁴⁵ A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizou-se em Ottawa, Canadá, em Novembro de 1986. A primeira das suas declarações, a Carta de Ottawa (OMS 1986), começava por desenvolver um conceito de saúde que incluía os recursos sociais e pessoais para além das capacidades físicas, e afirmava que a promoção da saúde deveria habilitar as pessoas a exercer maior controlo sobre todos os aspectos.

No documento ficaram expressas um conjunto de medidas que visavam a promoção da saúde numa acção conjunta a nível internacional, pretendendo atingir saúde para todos no ano 2000 e anos subsequentes. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por um nova saúde pública. As discussões focalizaram principalmente as necessidades ao nível da saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo.

⁴⁶ Dicionário de Língua Portuguesa (1995).

⁴⁷ MORAES, A.F.de. Informação estratégica para as acções de intervenção social na saúde. *Ciência. Saúde colectiva* [on-line]. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2041-2048. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232008000900008.

que os resultados dessas mudanças, apenas se podem prever a médio e ou a longo prazo. Já as acções preventivas pretendem obter resultados num espaço de tempo mais curto.

À ideia de promoção associa-se também, na perspectiva de Czeresnia (2003:5), “o fortalecimento da capacidade individual e colectiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, em que a sua manutenção nos remete mais para a qualificação da existência do que para a mera sobrevivência, onde promover a saúde envolve escolhas e isso não é da esfera do conhecimento mas dos valores”. Esta ideia de promoção conduz para uma visão holista em que o indivíduo e o ambiente estão em permanente interacção e as influencias culturais, sociais, simbólicas, os valores e as atitudes se inter-relacionam e interferem no desenvolvimento do sujeito (Czeresnia, 2003 & Moraes, 2008).

Apesar dos autores sublinharem a complementaridade existente entre as concepções de prevenção e de promoção da saúde, há aspectos que as diferenciam e que devem ser contemplados quando se trata de as operacionalizar. Como refere Polónia & Alves, (2003:221) “ (...) a diversidade de aplicação dos conceitos de promoção e de prevenção em saúde, e o reconhecimento das suas diferenças não se traduzem em incompatibilidades, mas há que ter em conta as suas peculiaridades”. Ambas têm uma estreita relação com a educação, sendo no entanto fundamental que se distingam, pois essa distinção pode garantir ou não o sucesso da intervenção e da elaboração de programas e projectos específicos.

Para Czeresnia, (2003:5) “os projectos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção de conhecimento específico em saúde – doença, transmissão e risco – cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo. De acordo com a autora, isto pode gerar confusão e indiferenciação entre as práticas, porque a radicalidade da diferença entre a prevenção e a promoção raramente é afirmada e/ou exercida de modo explícito”.

Alguns autores da psicologia da saúde, na perspectiva de Teixeira (2007), consideram que a promoção deve visar o estímulo e a generalização de uma atitude global de valorização da saúde, onde o indivíduo saiba avaliar o seu estilo de vida, assumindo responsabilidades pelo controlo do seu estado de saúde e aprenda a encontrar soluções, a tomar decisões, a questionar e a intervir activamente em seu nome quando a isso houver lugar. Esta visão holista de saúde afasta-se de uma ideia “simplista” de saúde enquanto ausência de doença. Ainda de acordo com o autor, o conceito de promoção pode associar-se a uma concepção mais positiva e abrangente, que contempla e se interessa mais pela construção de diversas dimensões da saúde, tanto a nível físico, psicológico, como social, do que pelo evitar de riscos específicos. Enquanto os modelos preventivos de orientação biomédica se fundamentam nos estudos epidemiológicos e

privilegiam particularmente como objectivos, a redução da mortalidade e da morbilidade para melhorar os indicadores objectivos da saúde populacional, os modelos psicológicos também os contemplam, mas privilegiam os objectivos de autonomia e de bem-estar individual (Ibidem).

Se a prevenção tem, como já foi dito, por principal objectivo reduzir ou erradicar o problema em determinado grupo da população, a promoção tem um sentido mais abrangente. Ao ter como matriz a “saúde integral” e pretender abranger todos os indivíduos, pauta-se pelo princípio da universalidade, sendo um dos seus eixos centrais o fortalecimento da autonomia do sujeito e dos grupos sociais, fazendo com que neste “paradigma” da promoção da saúde todos se constituam sujeito e objecto.

Tomando o problema HIV/SIDA, e tendo em conta os contornos da doença e as formas de transmissão, já referenciadas em momentos anteriores, consideramos que o investimento a fazer é ao nível da promoção de comportamentos saudáveis, pois a sua aquisição ou consolidação obtém-se através do fortalecimento do indivíduo, capacitando-o de modo a que as suas escolhas sejam conscientes. Se como já referido, *prevenir é informar*, a informação nas sociedades modernas constitui-se como "poder". Logo, ao informar o indivíduo estamos a capacitá-lo, a empoderá-lo para que este possa efectuar escolhas no seu percurso de vida de forma consciente.

Sobre a *capacitação*, Malcolm Payne (2002), remete para a ideia de potencialização das competências preexistentes em cada ser humano, através do uso de técnicas que ajudam os indivíduos e/ou grupos a serem parte integrante e activa na tomada das decisões que a si dizem respeito, ao mesmo tempo que contribuem para um aumento da sua auto-confiança e auto-estima. Para Rees (cit in Payne, 2002:368), a *capacitação* passará inevitavelmente pelo apoio mútuo e por uma aprendizagem feita de forma faseada, que permita aos clientes/utentes a conquista progressiva de objectivos cada vez mais amplos, que lhes possibilitarão alcançar uma maior justiça social, ou seja, maior segurança e igualdade política e social.

Esta ideia de participação surge interligada ao conceito de *empowerment* que de acordo com Rodrigues (1993, in Silva 2003:35) “se entende como uma partilha de poder ou de autoridade que, ao capacitar os indivíduos para – por intermédio da aquisição de uma consciência crítica e capacidade de julgamento que conduza à autodeterminação e autonomia dos mesmos – lhes permite adoptar um outro posicionamento e uma outra capacidade de acção perante o meio envolvente. O *empowerment* envolve, deste modo, um acréscimo/apropriação de poder – induzido numa primeira fase – poder, esse que vai sendo conquistado de uma forma gradual e, em consequência, permite aos indivíduos ou unidades familiares aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania” (Friedman, 1992 in Menezes, 2003). Ainda de acordo

com Payne, (1992) o *empowerment* visa desenvolver as potencialidades de acção dos utentes por intermédio da valorização das suas capacidades para se constituírem como agentes causais na procura de soluções para os seus problemas.

Importa sublinhar que, quer a prevenção quer a promoção têm subjacente uma dimensão educativa e “por esta mesma razão, o enfoque educacional permite que as pessoas possam apropriar-se de informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e encontrar alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam” (Moraes, 2008:243). Desta forma, ao serem pensadas e propostas “acções de cunho preventivo, deve analisar-se, primeiramente, a origem e a natureza do problema, a história de vida dos envolvidos, a progressão dos acontecimentos, as consequências para os sujeitos e para os contextos e o seu nível de conhecimento e de sensibilidade face ao problema. Como referem Polónia & Alves (2003), é imprescindível alicerçarem-se bases teóricas, metodológicas e estratégias de intervenção ajustadas à realidade.

Assim, para a selecção de mecanismos e estratégias preventivas, torna-se condição *sine qua non* identificar os diferentes graus ou manifestações do problema, da doença, evitando visões superficiais e precipitadas. Na mesma sequência, as autoras salientam que uma caracterização do problema de forma sistémica e ecológica⁴⁸, permite seleccionar e adoptar as acções mais adequadas aos diferentes tipos de prevenção, assunto que iremos desenvolver no ponto seguinte.

1.2 Prevenção em cinco níveis

Sem pretender fazer uma análise exaustiva iremos neste ponto focar, sumariamente, os seus diferentes níveis dando uma particular ênfase à prevenção primária, pela relação desta com a promoção da saúde e por considerarmos que é nela que se deve centrar o investimento, não só num âmbito mais alargado, o do sentido das políticas, como também ao nível da intervenção dos profissionais que diariamente as operacionalizam. Assim, defendemos uma intervenção

⁴⁸A perspectiva ecológica baseia-se em grande parte na Teoria dos Sistemas que defende que as pessoas dependem de sistemas no seu ambiente social imediato para conseguirem uma vida satisfatória. Este tipo de abordagem centra a sua atenção nos ambientes de mudança, promove a interacção, mostra aos Assistentes Sociais que para atingir um fim não existe apenas um meio. Tenta analisar e descrever as situações de forma ampla para que se tenha uma ideia do todo, não encarando as explicações como lineares e deterministas.

A teoria sistémica, em virtude dos princípios em que assenta, influencia a prática social. Isto torna-se por demais evidente numa sociedade complexa e mutável como a nossa, que exige da parte dos técnicos o domínio de saberes transdisciplinares e interdisciplinares. Só fazendo uso de todos estes conhecimentos, quer práticos quer teóricos, os Assistentes Sociais conseguirão perspectivar os fenómenos sociais e humanos à luz de novos conceitos metodológicos (Payne, 2002).

articulada e complementar, onde todos os elementos (os idosos, a família, a comunidade e as instituições) sejam parte activa no processo.

Pese embora saibamos que, quer a promoção quer a prevenção primária têm um “largo espectro no tempo”, pelo facto dos seus resultados não serem observáveis a curto prazo e esta condição poder parecer contraditória se pensarmos por relação à população idosa, é neste “paradigma utópico”⁴⁹ que objectivamos a intervenção dos assistentes sociais.

Como sublinha Polónia (2003), o espectro dos modelos e estilos de intervenções preventivas são classificadas, mediante as condições existentes e a progressão dos problemas.

Assim, pela revisão bibliográfica efectuada para o presente estudo, verificámos que é um tema estudado na área da medicina, da epidemiologia, da saúde mental, particularmente, e pela psicologia da saúde, não existindo uma consensualidade quanto ao número de níveis de prevenção. Embora a maioria dos autores faça referência a três níveis, primária, secundária e terciária, alguns consideram existirem quatro, acrescentando aos anteriores a prevenção primordial e actualmente há já autores que consideram cinco níveis, com a introdução do conceito de prevenção quaternária.

Sabemos que a prevenção está associada ao risco e em termos globais os seus objectivos, independentemente dos níveis a que nos reportemos, centram-se na redução dos factores de risco e das doenças, assim como na protecção de indivíduos e grupos contra os riscos específicos (Restrepo, 2001:35).

A prevenção primordial, na perspectiva de Almeida (2005:92), relaciona-se “(...) com as doenças crónico-degenerativas e pretende evitar a emergência de estilos de vida que possam contribuir para um risco acrescido de doença. Está associada à prática de exercício físico regular, considerando-se que o seu impacto em termos da saúde pública é elevado e, pelos objectivos que pretende alcançar, está também associada à noção de promoção”

De acordo com o mesmo autor, a prevenção primária caracteriza-se por acções dirigidas a grandes grupos ou a populações. Acções essas que são promovidas antes de uma doença surgir, procurando assim evitar os riscos. Esta pretende num certo período de tempo alterar as condições que potenciam o surgimento do problema, evitando a sua propagação a outros grupos. A natureza de índole prospectiva atribui à prevenção primária uma estreita relação com a ideia de promoção. Pelas características que a definem, na prevenção primária, predominam as acções gerais que extrapolam grupos disfuncionais e que se dirigem também a grupos e a sujeitos que

⁴⁹ A UTOPIA cresce, até que as condições existam e possa ser objectivada (Marília Andrade 2010).

não foram afectados, ou a uma parcela da população que já o manifesta (Polónia & Alves, 2003; Almeida, 2004; Negreiros, 1985).

Como exemplos deste tipo de prevenção, Meireles (2008) apresenta a imunização (vacinação) contra algumas doenças infecto-contagiosas; a toma de vitamina D pelas crianças para prevenir o raquitismo; o uso de preservativos para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o uso de seringas descartáveis pelos toxicodependentes, para prevenir infecções como VIH/SIDA e hepatites.

No seu estudo sobre a doença mental de 1985, Jorge Negreiros apresenta a perspectiva de vários autores para definir o conceito de prevenção e refere que, embora mostrem algumas divergências elas são pouco significativas, acentuando todos como objectivo amplo a promoção da saúde. É neste nível de prevenção primária vs promoção de comportamentos saudáveis, como posteriormente referiremos, que pretendemos enfatizar a intervenção do Serviço Social, ressaltando a sua importância junto das outras profissões, no sentido deste também poder subsidiar e contribuir, de igual modo, para a prevenção dos comportamentos sexuais de risco da população idosa.

A prevenção secundária ocorre após a identificação de factores de risco e pretende evitar que o problema se torne crónico, ou diminuir a sua progressão, recorrendo a diagnóstico e intervenção precoces, em indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos para a situação em estudo.

Para Meireles (2008), este tipo de prevenção pretende ainda que se apliquem medidas imediatas e apropriadas, com vista ao rápido restabelecimento da saúde ou, pelo menos, ao condicionamento favorável da evolução da situação, com cura e/ou redução das consequências da doença.

A prevenção terciária define-se como o “conjunto de acções que visam reduzir a incapacidade de forma a permitir uma rápida e melhor reintegração do indivíduo na sociedade, aproveitando as capacidades remanescentes. Poderia ser encarada como reabilitação do indivíduo”⁵⁰. É um tipo de prevenção direccionada para o tratamento, para a reeducação e reabilitação dos sujeitos, quando o problema já está instalado e em crescimento; pretende promover a adaptação dos indivíduos às situações incuráveis. Como referem Polónia e Alves (2003:220), “o seu pilar reeducativo, pretende disponibilizar esforços para a obtenção de conhecimentos científicos e práticas diferenciadas e eficientes, que controlem, de alguma forma, o problema e, concomitantemente, consigam estratégias que evitem e minimizem a sua

⁵⁰ Dicionário de Psicologia (1998)

reincidência”. Também Lascoumes (1997 in Polónia e Alves, 2003), sublinha que este nível de prevenção pode designar-se de “prevenção da reincidência” na medida em que pretende evitar que o indivíduo permaneça na disfunção ou no transtorno e, no caso do HIV/SIDA, que seja responsável pela transmissão a outros grupos.

Apesar de ser uma prevenção muito associada à medicina preventiva e à medicina curativa, e por isso muito dependente de terapêuticas médicas, há a necessidade de a articular e complementar com a intervenção de profissionais de outras áreas, cuja acção se centre na “potenciação da capacidade funcional do indivíduo e na melhoria da sua reintegração social e familiar” (Almeida, 2005:93). A autora exemplifica com o caso da realização de sessões formativas/educativas no sentido de eliminar atitudes discriminatórias em relação a indivíduos seropositivos, que podem ser concretizadas por diferentes profissionais, nos diferentes contextos da intervenção. Este nível de prevenção apela a uma das funções do Serviço Social na sua dimensão de reinserção, como adiante abordaremos⁵¹. A prevenção quaternária é a mais recente e a menos referida, mas considerada por alguns, o mais elevado nível de prevenção em saúde. Ela surge como uma reacção adversa e como crítica à medicina preventiva pelo excesso de medicalização da sociedade actual. Promove os cuidados médicos, científica e medicamente aceitáveis, necessários e justificáveis com a menor intervenção (Ibidem) e baseia-se num conjunto de evidências inerentes à sociedade actual.

É um tipo de prevenção muito associada ao actual prolongamento do envelhecimento da sociedade e por vezes associado a situações oncológicas, aos cuidados paliativos, em que a finalidade é a melhoria da qualidade de vida dos doentes, prevenindo e aliviando o sofrimento dos sujeitos e dos seus familiares, sendo também sinónima de prevenção do sofrimento (*prevention of suffering*) (MacDonald, 1991 in Almeida, 2005).

Designada por alguns autores por “*prevenção da prevenção*”, pretende atenuar e combater o excesso de “intervencionismo médico”, resultante muitas vezes da pressão dos utentes sobre os clínicos, que se traduz nessa medicina defensiva.

Assim, ela deve ser balizada pelo princípio da proporcionalidade e da precaução, implicando que os ganhos potenciais de uma qualquer intervenção devam ser ponderados face aos riscos. Este nível preventivo visa, genericamente, evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico – actos desnecessários ou injustificados, “passivos” ou “activos” (Almeida, 2005:93).

⁵¹ Pela incursão na produção científica de diversos autores que abordam a prevenção, não se encontrou relação com o Serviço Social. Percebeu-se que a sua principal competência se relaciona com a reinserção. Ou seja o problema existe, está diagnosticado e é aí que entra o Serviço Social, não se evidenciando o seu papel ao nível da prevenção primária.

Feita esta breve abordagem aos níveis de prevenção, interessa-nos retomar a ideia inicial situando a prevenção por relação aos comportamentos de risco dos idosos, sem nunca perder de vista a relação que pretendemos estabelecer com o Serviço Social e do seu papel na prevenção primária desses mesmos comportamentos. Como vimos no Capítulo I, desde 1989 até ao final de Dezembro de 2009, tinham-se diagnosticado 76 casos de situações de HIV/SIDA no concelho de Cascais e em Agosto de 2008 esse número era de 62 casos. Verificámos também que a maioria dos casos está associada a comportamentos sexuais de risco, facto que *per si* justifica um olhar atento ao problema e um investimento urgente na prevenção. Embora a promoção da saúde tenha um foco mais abrangente do que a prevenção primária e, não sendo os conceitos sinónimos, eles complementam-se, de certo modo são indissociáveis e ambos têm uma estreita relação com um processo educativo. Assim, sem termos a pretensão de nos centrar na área da educação, iremos no ponto seguinte focar alguns aspectos relacionados com o processo de aprendizagem enquanto algo que é necessário à alteração dos comportamentos e, para o caso que nos inquieta os comportamentos de risco dos idosos.

2- A dimensão educativa na prevenção dos comportamentos de risco dos idosos

“ (...) A educação constitui um processo
em que cada ser humano aprende a formar-se,
a informar-se a fim de se transformar e a transformar o mundo”
(Oliveira, 1999:63)

Porquê falar de educação para a prevenção na população idosa, se partirmos do pressuposto que qualquer mudança de atitude através da educação é sobretudo um investimento a longo prazo? Primeiro, porque consideramos que toda a acção que pretenda promover ou prevenir, tem subjacente uma dimensão educativa. Segundo, porque embora os estudos sobre o processo de aprendizagem sejam referidos por relação à criança e, quer o conceito de prevenção, quer o de promoção tenham um “largo espectro”, prevendo resultados a longo prazo, consideramos que o “tempo para prevenir e aprender não têm idade”. Terceiro, porque acreditamos que é possível criar condições mais imediatas para alterar os comportamentos de risco dos idosos e promover com eles estilos de vida saudáveis. Quarto, porque consideramos que os assistentes sociais que trabalham com os idosos diariamente, em equipamentos sociais, centros de convívio ou academias⁵² poderão ser um elemento chave ou mesmo os interlocutores centrais nesse processo.

⁵² Tipo de instituições seleccionadas onde decorre a acção das assistentes sociais entrevistadas.

A educação constitui-se como um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a acção educativa que propicie a reflexão, a reformulação de hábitos e de valores. A educação para a saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar-lhes competências para actuar no sentido de alterarem os seus comportamentos de risco quando estes existirem (Carvalho, 2001).

Sarah-Jayne e Uta Frith no seu livro, *o Cérebro que Aprende* (2005:181) sublinham que “a aprendizagem ocorre em todas as idades e nunca é demasiado tarde para aprender, e que o cérebro tem uma *plasticidade* contínua, conseguindo adaptar-se a novas circunstâncias e adquirir nova informação, até à velhice, mesmo quando a capacidade diminui”⁵³.

As autoras definem a plasticidade do cérebro, como a capacidade do sistema nervoso se adaptar continuamente a novas circunstâncias, acontecendo este processo nos cérebros de todas as pessoas sempre que se aprende algo novo, desde uma língua, uma nova competência, um percurso novo, uma actividade, ou outro. Sublinham também que o cérebro adulto possui uma grande capacidade de adaptação à mudança, que apenas é limitada pelo declínio natural no processo de envelhecimento e que as mudanças no cérebro acontecem como uma função de utilização. Ou seja, é possível mantermos determinada competência se a praticarmos. Há assim no cérebro do indivíduo, uma capacidade contínua de aprendizagem e de adaptação ao ambiente que o rodeia diferindo, no caso das pessoas idosas, o ritmo dessa aprendizagem.

Sem entrarmos em detalhes quanto aos diferentes tipos de aprendizagem e de memória ao longo da vida, a reflexão interessa-nos como forma de justificar o interesse e a necessidade de implementação de acções direccionadas para a prevenção de comportamentos de risco nos idosos. Porque, embora saibamos que existem tempos socialmente estabelecidos para aprender e sem esquecermos os potenciais problemas de memória da velhice e as patologias inerentes à própria idade, defendemos que o processo de aprendizagem é possível ao longo da vida.

Relativamente à actividade cognitiva dos idosos, Cláudia Chaves (2005:119) diz-nos que “mesmo quando não há alteração das capacidades requeridas ao desempenho de uma tarefa, alguns idosos adoptam a perspectiva de que os outros são mais capazes de conseguir melhores resultados e assim, criam e aceitam eles próprios os estereótipos acerca do declínio intelectual”. A autora diz também, citando Lachman e Leff, (1989) que “quando os idosos não são

⁵³ Nesta obra as autoras Sarah-Jayne Blackmore e Uta Frith, investigadoras no Instituto de Neurociência Cognitiva do University College of London, desmistificam a ideia de que a criança aprende melhor do que um adulto, dizendo que a plasticidade do cérebro permite a aquisição de conhecimento ao longo da vida. Neste livro negam também o pensamento cientista de há 30 anos, que defendia que a estrutura do cérebro se desenvolvia durante a infância, devendo estimular-se ao máximo porque a partir de certa idade seria tarde, e as hipóteses de mudanças ou de alterações plásticas eram nulas ou quase.

influenciados por imagens negativas, adoptam como estratégia desistir da responsabilidade de desempenhar algumas tarefas” (Ibidem:120) e, neste caso, parte deles próprios a existência e manutenção de atitudes negativas.

Como prevenir então os seus comportamentos de risco e educar para a prevenção? Qual o papel do Serviço Social e que estratégias adoptar? São estas as questões a que procuraremos responder no ponto seguinte.

3- A prevenção da Sida na população Idosa: estratégias de intervenção

“Es indiscutible que el desarrollo de los conocimientos sobre el mundo material pone a disposición de la sociedad innovaciones técnicas que, a su turno, actúan sobre lo social en la medida que aumentan la posibilidad de disponer de cosas. Pero que no son las innovaciones las que condicionan las modalidades de organización de esas capacidades” (Hernandez, 2005:236 in Simonotto e Maiola, 2008). Como tem vindo a ser referido, a prevenção pressupõe uma forte dimensão educativa e é a apropriação do conhecimento e de capacidades que conduzem os sujeitos a optarem por comportamentos seguros.

A prevenção prevê o uso de diversas estratégias e defendemos que a “atención individual com el usuario se basa en una relación dialogica com una fuerte dimensión socioeducativa, donde la educación es entendida como un proceso de apropiación del conocimiento” (Simonotto e Mamola, 2008:7). Esta ideia, na perspectiva das autoras remete-nos também para Giddens (2007) ao sublinhar que a reflexão constitui a prática através do conhecimento. Isto quer dizer que se houver uma reflexão permanente sobre as actividades quotidianas por parte dos profissionais, neste caso com os idosos, permite que estas possam ser reformuladas e “adaptadas” às suas capacidades e aos seus ritmos. Nesta perspectiva “el conocimiento también va a tener un carácter instrumental y además, posibilitará la autonomía del sujeto” (Simonotto e Mamola, 2008:7).

Louise Berger (1995:151) apresenta-nos cinco das intervenções preventivas a desenvolver com os idosos, consideradas na sua óptica de bem-estar: a responsabilidade pessoal; a actividade física; a nutrição adequada; a adaptação ao stress e a organização do ambiente. Sem menosprezar as restantes, interessa-nos destacar a responsabilidade pessoal e a organização do ambiente pela relação com a ideia de capacitação e de empoderamento que temos vindo a defender. Este aspecto relacionado com a saúde implica, segundo a autora, que os idosos se tornem responsáveis e assumam um papel de centralidade, não só em relação ao seu estado de saúde, mas também à sua manutenção.

Como vimos anteriormente, os avanços recentes na indústria farmacêutica e na medicina, têm sido responsáveis não só pela manutenção da actividade sexual nos idosos, como pelo seu prolongamento. Estes dois aspectos associados à desmistificação das questões relacionadas com a sua sexualidade, constituem as principais causas, apontadas como responsáveis pela vulnerabilidade dos idosos às DST's e entre elas a SIDA.

Na perspectiva de Saldanha & Vasconcelos (2008)⁵⁴ entre os factores que contribuem para a sua vulnerabilidade, encontram-se os relacionados com a dimensão social, especialmente no que se refere ao acesso à informação no contexto da SIDA na velhice. Num estudo citado pelas autoras é mencionado que o conhecimento dos idosos, quanto às vias de transmissão do vírus, e a informação que estes possuíam a respeito do HIV era muito reduzido, assim como sobre as DST's em geral. O mesmo estudo refere também que as representações sobre a transmissão do vírus não diferiram em função do grau de escolaridade dos idosos, sendo as mesmas para indivíduos não alfabetizados e com ensino superior.

Embora não haja ainda soluções médicas para a erradicação da SIDA, podemos afirmar que desde a identificação do vírus até ao momento actual já se percorreu um longo caminho relativamente aos avanços científicos. E pela inexistência de soluções para a extinção do problema, a prevenção e a promoção da saúde continuam a apresentar-se como os únicos meios de reduzir o seu crescimento. São também os únicos meios universais de que dispomos e aqueles que continuam a assumir um papel central no controlo da propagação do vírus.

Para além do esclarecimento geral e diferenciado à população sobre as características da doença, as vias de transmissão e quais as medidas gerais de prevenção, torna-se também essencial o desenvolvimento de acções de formação/informação dirigidas a grupos específicos. Quer seja com base na idade/estádios de desenvolvimento, quer seja com base no conhecimento dos padrões culturais e sócio-comportamentais, de modo a que os sujeitos desenvolvam competências específicas de comportamento preventivo em situações de risco (André, 2005). Isto sem esquecermos que “cada país, cada comunidade, tem a sua própria história da SIDA, baseada no início da epidemia, nos modos de contaminação e no número de pessoas afectadas, inserindo-se num contexto cultural específico” (Montagnier, 1994:236).

Se, como referimos no capítulo anterior, durante muitos anos se considerou o HIV/SIDA uma doença da qual os idosos não faziam parte, hoje essa perspectiva alterou-se verificando-se, actualmente, uma expansão da doença na população com mais de 55 anos. Assim, torna-se imperiosa a “implementação de medidas preventivas e de educação para a saúde uma vez os

⁵⁴ http://www.aidscongress.net/html/article72f7.html?id_comunicacao=376 [consultado em 7 de Julho 2010]

estudos revelam que só um sexto dos indivíduos com comportamentos de risco utiliza protecção” (Chaves, 2005:122).

É importante tornar a prevenção mais eficaz e criar condições que propiciem um envolvimento solidário e universal que contribua e promova a modificação dos comportamentos de risco. Mas às dificuldades inerentes à implementação de uma cultura preventiva juntam-se outras, que Montagnier (1994) traduz em interrogações, que de igual modo partilhamos: Como compatibilizar um discurso que apele à saúde pública sobre comportamentos que são do domínio privado? Como fazer chegar uma mensagem à maioria da população e simultaneamente a determinados grupos – “às minorias mais expostas” – sem com isso as marginalizar? A SIDA, como também já referido em momentos anteriores, não deixa de onerar os grupos mais vulneráveis.

Atentos ao problema empírico que motivou esta investigação, o aumento do número de casos de HIV/SIDA nos idosos, (referimo-nos particularmente àqueles que contraíram o vírus já depois dos 55 anos), e sabendo que a maioria dos casos estão associados à transmissão sexual, como podemos perspectivar uma intervenção que se oriente para a modificação de comportamentos de risco de uma população que não foi educada nesse sentido? (como a utilização do preservativo). Como se pode conceptualizar um modelo de intervenção que vise a redução destes comportamentos de risco?

Consideramos que um dos primeiros aspectos a ter em conta é a focalização neste grupo alvo, onde sejam trabalhados aspectos específicos e feita uma avaliação permanente da intervenção. Os programas de prevenção muito abrangentes que pretendem avaliar tudo em simultâneo e prevenir em todas as frentes, podem ter validade mas não dispensam acções mais dirigidas.

De acordo com Machado Caetano (2000:54), “as intervenções devem ser pensadas de acordo com a população em questão e investir-se na criação de um modelo onde a informação e a motivação estejam presentes, porque ambas têm uma participação importante no treino das competências comportamentais que é possível desenvolver para a redução do risco. As três juntas, ainda que de forma diferente contribuem para a adopção de comportamentos preventivos”.

Embora a informação seja fundamental para a mudança de comportamentos ela não é condição suficiente, porque não basta estar informado para conhecer. Acima de tudo é essencial desenvolver o sentido de responsabilidade individual e de grupo. Só esse compromisso pode conduzir a uma mudança efectiva dos comportamentos de risco uma vez que o princípio que o

sustenta é o da aceitação e não o da obrigação. Daí reiterarmos a ideia de que este é um processo eminentemente educativo.

Para alguns autores o processo de aprendizagem pressupõe “passar de determinado estágio a um outro, concebido este como mais desejável; aprender, é conseguir fazer melhor, compreender melhor, ser melhor” (Pourtois e Desmet 1997 in Chaves 2005:121). Contudo, na intervenção com a população idosa o processo de aprendizagem apresenta características diferentes daquele que acontece no decurso do crescimento do indivíduo. Se a vulnerabilidade do sujeito aumenta com a idade quer em termos de saúde, quer nos aspectos sociais, então um dos nossos campos enquanto profissionais é programar intervenções onde a educação para a saúde não seja descurada, co-responsabilizando-o e proporcionando-lhe mecanismos que promovam a sua autonomia e a sua capacidade de decisão. De modo a que as suas decisões sejam livres mas conscientes e promotoras de comportamentos preventivos (Chaves, 2005).

Se já era uma preocupação dos profissionais em relação ao idoso, promover um elevado nível de cultura sanitária, utilizando como estratégias: prevenir a desinserção social, ajudar a desenvolver novas capacidades, estimular à participação e contribuir para a manutenção da identidade e autonomia do idoso, com o problema emergente da SIDA, como criar a percepção de vulnerabilidade deste grupo etário à infecção? (Ibidem:121).

Uma intervenção preventiva, como tem vindo a ser referido, possui metas específicas e pretende alcançar resultados. Moraes (2008:2045) no âmbito da prevenção da saúde diz que as estratégias utilizadas nas acções de intervenção social são éticas e visam salvar vidas ou melhorar as suas condições. A autora refere ainda que as intervenções informacionais constituídas pelas estratégias também são éticas, porque adequam a informação ao indivíduo e ao seu grupo. Assim, utilizando diferentes áreas do conhecimento, construiu o conceito de estratégias informacionais que, de acordo com o âmbito da sua actuação, considerou poderem ser de diferentes tipos e que adaptou à promoção da saúde e à prevenção de doenças, apresentando sete tipos de estratégias: as informacionais, as comunicacionais, as discursivas, as cognitivas, as socioculturais, as de poder e as educacionais⁵⁵.

Transpondo esta perspectiva de abordagem para o Serviço Social e, embora encontremos em todas elas elementos de relação, consideramos as estratégias informacionais e as comunicacionais como algo determinante na intervenção com a população idosa. As primeiras, “visam captar a atenção dos indivíduos de um grupo e assim facilitar a transferência de

⁵⁵ A explicação detalhada de cada uma das estratégias pode ser consultada: MORAES, A.F.de. Informação estratégica para as acções de intervenção social na saúde. *Ciênc. Saúde colectiva* [on-line]. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2041-2048. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232008000900008.

informação, tendo em conta os seus aspectos culturais, as suas predisposições, a dissonância cognitiva do grupo, as expectativas sociais e culturais (...) as segundas têm por base os modelos teóricos da Comunicação e actuam no receptor da informação através da transferência da informação. A autora refere que neste tipo de estratégia predomina a persuasão, muito utilizada na intervenção social, quando se pretende alterar comportamentos” (Ibidem:2046).

Cabe aqui estabelecer uma relação de ambos os tipos de estratégias, não só com as acções planeadas, que visem a prevenção dos comportamentos sexuais de risco dos idosos, mas também com as campanhas preventivas (porque consideramos que quer umas quer as outras envolvem um processo de comunicação e de informação).

Sabemos que, independentemente da idade e em condições “normais”, a aprendizagem se faz muito pela via da observação⁵⁶. Sabemos também que a televisão é actualmente, no caso dos idosos, um dos meios que prevalece na ocupação do seu tempo. Assim, consideramos que um pouco à semelhança do que refere Orquídea Lopes (2006:146), em relação aos jovens, a televisão pode proporcionar aprendizagem por observação (publicidade, filmes, noticiários) e actuar como elemento motivador, incentivando uns comportamentos e reprimindo outros, em que as informações depois de interiorizadas, servem como pauta de conduta. Tanto nos idosos como nos jovens, os *media* possibilitam firmar ideias, directa ou indirectamente e influenciar os comportamentos⁵⁷.

No seu livro a autora propõe-nos uma reflexão sobre a eficácia dos *mass media*, quando se conheceram os primeiros casos de SIDA e diz que as cadeias de televisão tiveram um papel fundamental na informação sobre a doença e que esta foi para muitas pessoas, a principal e única fonte de informação credível. Refere também que as investigações realizadas nesta área têm concluído que a televisão é um meio muito poderoso, porque: possui uma grande capacidade de alcançar audiências massivas; permite a repetição de uma mensagem e pode fomentar o interesse para os conteúdos; a exposição poderá constituir um estímulo para uma procura de informação noutros circuitos de informação” (Lopes, 2006:180,181), como o caso da Internet⁵⁸.

⁵⁶ Na Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1996) a aprendizagem por observação comporta quatro sub-funções: O processo de atenção, o processo de retenção, o processo de produção de pensamento e o processo de motivação.

⁵⁷ Influenciam directamente, quando ensinam novas formas de comportamento e criam motivações e indirectamente quando essa influência no comportamento se faz sentir através de outros sujeitos que tiveram contacto com a informação e a transmitiram (Lopes, 2006).

⁵⁸ Há actualmente muitos idosos que são utilizadores regulares da Internet e embora a possam utilizar muitas vezes para consultar sites de pornografia e estabelecer relacionamentos que poderão ser propiciadores de comportamentos de risco, consideramos também que, para os utilizadores, esta pode constituir-se como um excelente meio de informação e de prevenção.

Considerando que a televisão constitui umas das principais formas de ocupação dos idosos, não só em casa como nas próprias instituições, não será ela um meio de prevenção de excelência para esta população?

As campanhas preventivas direccionadas para os idosos, como já referenciado no capítulo I são muito escassas e por tudo o que tem vindo a ser dito, sabemos que não é fácil abordar temas tão complexos e sensíveis como a sexualidade e conciliar um discurso que apele à saúde pública, sobre comportamentos que são do domínio privado. Se pensarmos nos idosos, essa dificuldade é ainda acrescida pelos preconceitos e pelos tabus que lhe estão associados.

Pelo reconhecido interesse e pertinência que atribuímos ao estudo de Orquídea Lopes sobre o efeito das campanhas preventivas do HIV/SIDA nos estudantes portugueses, assumimos como nossas algumas das questões colocadas pela autora, na medida em têm sido também objecto de reflexão e de questionamento pessoal e que por relação aos idosos poderão ser convertidas em estratégias preventivas: Será o conteúdo das mensagens apelativo e suficientemente persuasivo para envolver as pessoas? O horário em que são emitidas as mensagens é adequado a esta população? O tema das mensagens é compreensível? O conteúdo desperta interesse no indivíduo? As mensagens são suficientemente repetidas, para que produzam efeito, mas sem que causem saturação?

Estas interrogações remetem-nos para a reflexão sobre as estratégias a adoptar na prevenção do HIV/SIDA nos idosos, na medida em que é fundamental ter presente que um programa, um projecto ou actividades de âmbito preventivo sobre as questões da sexualidade ou da SIDA exigem um conhecimento profundo do tema e um esforço ao nível da sua comunicação. A mensagem necessita de chegar aos destinatários, ser *compreendida*, *apreendida* e *integrada* por eles. *Compreendida*, devendo o seu conteúdo ter em conta as características bio-psico-sociais e culturais do receptor e, no caso particular dos idosos, é fundamental que a mensagem tenha alguma relação com aspectos simples do seu dia a dia; *apreendida* na medida em que se pretende que o conteúdo dessa mensagem seja interiorizado e cause impacto; *integrada*, porque se a mensagem fizer sentido e lhe for reconhecida essa relação com algo do quotidiano, mais facilmente será promotora de uma alteração de comportamentos de risco ou de adopção de comportamentos saudáveis. Nesta perspectiva, é determinante que se saiba o que comunicar, como comunicar e a quem comunicar.

Assumindo o pensamento de Faleiros (2002:76) consideramos que os assistentes sociais fazem uso de estratégias que não são mais do que “(...) processos de articulação e mediação de poderes e mudança de relações de interesses, referências e patrimónios em jogo, seja pelo re-

arranjo de recursos, de vantagens e patrimônios pessoais, seja pela efectivação de direitos, de novas relações ou pelo uso de informações” .

Qualquer estratégia que se adopte para a resolução de um problema, neste caso para a prevenção do HIV/SIDA nos idosos terá em conta, nesta perspectiva, não apenas a trajectória dos indivíduos, mas também a convicção que estes são actores na sua própria mudança. As estratégias implicam assim “investimentos em projectos individuais e colectivos” (Ibidem:76).

Segundo Peter Piot⁵⁹, “as estratégias educacionais que visam modificar ou eliminar os comportamentos de risco continuam a constituir as principais formas de intervenção para prevenir e controlar a propagação da SIDA e defende que os programas que preconizam alterações de comportamentos, como fidelidade, abstinência e uso de preservativo, podem efectivamente funcionar”⁶⁰. É através do encontro com as subjectividades de cada indivíduo que os profissionais podem pensar e organizar acções de carácter colectivo que contribuam para a promoção e para a prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco.

Outro aspecto a considerar, referido por Orquídea Lopes (2006) e que se constitui como bloqueador da prevenção, é a confusão que ainda permanece entre o ser seropositivo para o HIV e estar na fase de SIDA. Este constitui um dos maiores problemas na prevenção, não só com os grupos mais jovens mas com os idosos. O portador de HIV tem um aspecto perfeitamente saudável e é um transmissor silencioso do vírus. Continua a persistir a ideia do contágio por pessoas ligadas a actividades específicas ou a grupos marginais (prostituição, toxicodependentes) e de imagens que associam a contaminação por via de instrumentos (dentistas, seringas, bisturis). A autora refere também por contraposição, a existência de mensagens demasiado optimistas que quase negam a doença, apresentando sujeitos seropositivos em tratamentos e que respiram saúde e energia. Este tipo de mensagens é indutor da banalização e de um falso entendimento da doença, impedindo a percepção de que este é um problema mundial de que todos os sujeitos podem ser vítimas se violarem as regras de segurança. Nesta óptica, como foi já dito, todos somos potenciais receptores e potenciais transmissores. Uma das estratégias a adoptar nas campanhas preventivas é, na sua perspectiva, quando se reporta à população jovem, e que consideramos igualmente válida para os idosos, a realização de campanhas que promovam a realização de testes de despistagem (Ibidem).

Mas a eficácia das estratégias conseguir-se-á quando cada indivíduo aumentar a quantidade e a qualidade dos seus conhecimentos sobre a SIDA e esses conhecimentos se traduzirem, na prática, em atitudes que promovam estilos de vida saudáveis.

⁵⁹ Director executivo da UNAIDS

⁶⁰ <http://www.aidscongress.net/8congresso.php> [consultado em 7 de Julho de 2010]

Retomando as ideias anteriores, de prevenção, promoção e de educação/processo de aprendizagem, que têm servido de fio condutor ao desenvolvimento deste capítulo, reconhecemos a necessidade do Serviço Social se implicar na prevenção da SIDA e dos comportamentos de risco dos idosos, fazendo uso das suas estratégias. É do seu papel e das suas particularidades “específicas” que iremos falar no ponto seguinte.

4 – A importância do Serviço Social na prevenção: relação interdisciplinar para uma mudança consciente

“Uma disciplina é definida não só por propriedades intrínsecas, mas também por propriedades que ela deve à sua posição no espaço (hierarquizado) das disciplinas. Dos princípios de diferenciação entre as disciplinas, um dos mais importantes é a quantidade do capital de recursos colectivos que acumulou (...)”

(Bourdieu, 2004:94)

Este pensamento de Pierre Bourdieu serve de alguma forma, como o início orientador deste último ponto, pela relação que lhe reconhecemos com o processo de construção do Serviço Social. O título contém também implícitas três questões, que de forma complementar estruturarão a nossa reflexão: a primeira interroga-nos sobre o lugar do Serviço Social na prevenção e na promoção; a segunda sobre o seu papel por relação a outras profissões; e a terceira questiona sobre as particularidades do Serviço Social nesse contexto.

Sabemos que ao longo da sua história, enquanto profissão, o Serviço Social foi crescendo e enriquecendo recorrendo a conhecimentos teóricos e práticos de outras áreas científicas, que contribuíram para o seu desenvolvimento. De acordo com Garcia y Garcia (2004:201) o Serviço Social “como profesión que opera dentro de las ciencias sociales, se ha nutrido y enriquecido con las aportaciones teóricas y prácticas de otras ciencias (...) que la configuran como una profesión integradora de conceptos e saberes que le han permitido a través de su densa trayectoria elaborar su marco teórico y metodológico”.

A construção do seu trajecto fez-se “ecleticamente” e a área que primeiro o influenciou foi a Medicina quando na sua génese Mary Richmond se apropriou de alguns passos metodológicos (estudo, diagnóstico e tratamento) para a análise dos casos sociais. Para além desta, outras disciplinas influenciaram o Serviço Social, como a Sociologia, a Psicologia, a Economia e o Direito. Assim, quer em termos da sua construção teórica quer do desenvolvimento da sua prática foi-se suportando em diferentes áreas científicas, recorrendo mais a umas, como o caso da Sociologia, do que a outras.

Sem o aprofundamento que a questão merece e com base no trabalho elaborado por Carlos Montaña no seu livro publicado em 2009, faremos uma breve reflexão sobre a *especificidade* do Serviço Social. De forma muito sintética, o autor diz que este tem sido um dos temas centrais de debate no interior da profissão e conduz-nos para algumas questões levantadas.

Montaña (2009:119) questiona-nos sobre “o fundamento da peregrinação profissional em busca da sua especificidade”, e sobre a *especificidade*⁶¹ por relação às diferenças com outras disciplinas sociais e o seu estatuto teórico. Argumenta que pareceria que sem um “saber específico”, sem um “campo específico de intervenção”, sem “sujeitos próprios”, sem “métodos e técnicas específicas”, sem “objectivos exclusivos”, a profissão para além de não ter um verdadeiro motivo de existir, ficaria vulnerabilizada face às outras profissões que eventualmente possam conter essas especificidades. Na sua perspectiva, “a necessidade de encontrar a especificidade da profissão, é motivada pela crença obsessiva de que é esta que lhe dá legitimidade (...) podendo-se observar ornamentos “paranóicos” por estar ligada à necessidade de fechar as fronteiras aos profissionais de fora, caindo numa *endogenia* do Serviço Social (...) “não invadir para não ser invadido” (Ibidem).

Sabemos que actualmente é cada mais difícil, particularmente nas disciplinas sociais, estabelecer fronteiras que delimitem o seu campo teórico-prático, que demarquem onde termina o saber de umas e onde começa o saber de outras. Os problemas e as necessidades decorrentes das transformações sociais têm feito com que as profissões “se desenvolvam, criem novos e aprofundem os velhos saberes, se especializem campos de conhecimento intra profissionalmente, criando-se novos sub-campos dentro de cada profissão. Montaña exemplifica com a sociologia do trabalho, a economia industrial, a medicina do trabalho, e, porque não, o serviço social de empresa e diz que “a especialização dos saberes, dos campos e sub-campos de estudo e de intervenção profissional, leva a que cada vez mais, as profissões estabeleçam laços de interacção e de interligação” (Ibidem:144).

Sobre esta ideia, Olga Pombo (2004:73), refere que “a compreensão contemporânea da ciência deixou de se rever na imagem de um Prometeu feliz, que rouba o conhecimento aos

⁶¹ Sobre o conceito de especificidade, Montaña (2009:120), diz que este se refere à qualidade que certa espécie possui e que a torna especial e diferente das outras. Assim, o carácter *específico* de alguma coisa atribui-lhe duas condições: em primeiro lugar, o facto de ser *específica* deve ser uma característica comum a todos os elementos da espécie, dando-lhe uma dimensão inclusiva; em segundo lugar, ela não pode existir em elementos de outras espécies, o que revela a sua dimensão exclusiva. Reportando ao Serviço Social os elementos que lhe atribuem “a sua especificidade” devem permear todos e cada um dos profissionais desta categoria, não podendo outros profissionais terem esses atributos, constituindo-se num “demarcador profissional” (Netto, 1992 in Montano 2009:120).

deuses e que, em lugar de expiar a sua ousadia, a vê transformar-se em promessa de progresso para a humanidade inteira”.

Estas perspectivas conduzem-nos a uma posição que valoriza a interdisciplinaridade ⁶² enquanto forma de combinação entre duas ou mais disciplinas, com vista à compreensão de um objecto a partir da confluência de pontos de vista diferentes, em que o objectivo final é a elaboração de uma síntese relativamente ao objecto comum. Por conseguinte implicam um trabalho continuado e articulado entre as diferentes áreas envolvidas, em que cada uma dá o seu contributo, preservando a integridade dos seus métodos e dos seus conceitos, onde os saberes se complementam sem se anularem.

Tendo em conta que “cada disciplina é incapaz de esgotar o problema em análise, a interdisciplinaridade traduz-se na abertura intrínseca de cada disciplina a todas as outras, na disponibilidade de cada uma se deixar cruzar e contaminar pelas demais ” (Pombo, 2004:94), ao que a autora denomina de *práticas de cruzamento*. “Igualmente poderíamos considerar uma *prática de importação*, na medida em que estas “são decorrentes de limites sentidos no interior das disciplinas” (Ibidem).

Se considerarmos o objecto do Serviço Social nas suas múltiplas dimensões, então poderemos também considerar que a complexidade inerente aos actuais problemas, impõe ao assistente social um enfoque interdisciplinar, para exercer a sua actividade profissional. Assim, seguindo o mesmo pensamento, optamos por abordar as particularidades e não as especificidades. Carlos Montaña (2009:153) diz-nos que nenhum profissional é cientista por si só, pelo tipo de profissão ou formação que possua e que não é a profissão que lhe confere ou aprova o carácter de cientista, mas sim a sua pesquisa científica e o conhecimento que este produzir sobre o real. O assistente social que se vincule à produção de conhecimento é um cientista social.

Continuando a acompanhar o seu pensamento “o saber científico não se constitui propriedade nem especificidade de certas profissões, pois o conhecimento que vem dos

⁶² De acordo com Olga Pombo (2004:29,30) a *interdisciplinaridade* é um conceito quase mágico, porque o invocamos sempre que nos confrontamos com os limites do nosso território de conhecimento ou quando procuramos um saber no qual cada domínio, cada lei, cada observação empírica aparecesse como que na forma de um imenso tratado do mundo e do homem. Assim, também sempre que nos surge uma nova realidade epistemológica, uma nova disciplina, cujo lugar não está ainda traçado no mapa das ciências sociais, ou quando precisamos de recorrer a perspectivas diferentes para analisar um objecto cuja complexidade não é possível interpretar por uma estrita lógica disciplinar, recorremos à interdisciplinaridade. Depois de uma revisão sobre diferentes autores, dizendo que “na pluralidade de sentidos que o conceito admite, é possível inscrever-se a interdisciplinaridade num lugar intermédio entre a *pluridisciplinaridade* e a *transdisciplinaridade*. Tomando assim os três conceitos, a pluridisciplinaridade será o pólo mínimo da integração disciplinar; a transdisciplinaridade o pólo máximo e a interdisciplinaridade, o espectro possível entre ambas. Isto é, a interdisciplinaridade seria assim, algo que acontece entre (inter) a pluridisciplinaridade e a transdisciplinaridade.

sociólogos, dos antropólogos, dos assistentes sociais, dos psicólogos sociais, e de outros é um saber comum às ciências sociais, forma parte da teoria sobre o social, que é utilizável por todas as profissões” (Ibidem:153). Desta forma é importante percebermos que o Serviço Social tem particularidades que lhe são inerentes e que a ausência de *especificidades* no Serviço Social não o deslegitima (Ibidem).

Reportando à questão inicial qual será então o papel do Serviço Social, ou as suas particularidades em termos da prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos sexuais de risco nos idosos? Ou na promoção de estilos de vida saudáveis?

A questão remete-nos para o campo de intervenção⁶³ tradicional do Serviço Social e para as novas problemáticas emergentes na actualidade⁶⁴, “é preciso quebrar o conservadorismo e assumir a responsabilidade e o desafio das demandas novas e emergentes” (Ibidem:199).

Desta forma, pensar a intervenção do Serviço Social em termos da prevenção e da promoção de estilos de vida saudáveis, no contexto dos centros de convívio ou das academias sénior, procurados por idosos cada vez mais jovens é, no fundo, pensá-lo em novas alternativas de acção, quer nos reportemos às actividades comumente realizadas, quer àquelas que surgem pela necessidade e emergência de novas problemáticas. Isto requer, como refere Andrade (2005) que a prática esteja em permanente (des)construção e que não se anteponha aos destinatários da intervenção, mas que se (re)construa com eles. Tal, pressupõe na perspectiva de Martinelli (2003), uma construção colectiva sob a responsabilidade do profissional e dos destinatários, no sentido de não construir a intervenção sob o paradigma da instituição como um sistema fechado. Significa assim, que o assistente social não desenvolva uma prática isolada e que não seja o único construtor dessa prática, mas sim todo o conjunto dos sujeitos que, articuladamente, a concretizam e lhe dão vida. De acordo com Faleiros (1997:24), “ é na relação com as redes informais, a família, os amigos, os vizinhos e com as formais, organizações de saúde, de educação, autarquia, ou outras instituições que envolvam os sujeitos implicados, que se colocam as questões enfrentadas pelos próprios sujeitos”.

⁶³Sem aprofundarmos o conceito, de acordo com Marília Andrade, (2005:15) “a noção de campo de intervenção do assistente social remete para um espaço relacional que se estrutura e se corporifica através da comunicação e da participação dos elementos que o compõem”. A autora identifica três elementos constitutivos e imprescindíveis ao campo: os assistentes sociais, os destinatários da intervenção e a organização/instituição”.

⁶⁴ As áreas tradicionais do Serviço Social são a saúde, a educação, habitação, emprego, acção social e a justiça e dentro destas áreas a intervenção tem-se reproduzido sem grandes alterações. É fundamental como sublinha Carlos Montaña que os assistentes sociais alarguem o seu campo de acção por exemplo às questões ambientais e ecológicas, micro-empresas e empreendedorismo. Acrescentata também o Serviço Social de Empresa frente à terciarização, a actual mundialização ou globalização das relações politico-económicas, o Serviço Social e a economia informal e tantos outros (2009:195).

Os novos problemas emergentes requerem que o assistente social invista na *qualificação-especialização*, na sua formação profissional ao longo da vida. “A especialização tida como necessária não deve no entanto, enquanto saber parcial, substituir o conhecimento do todo, mas apenas reforçá-lo”. Ganha relevo a ideia de que dentro da profissão é necessário uma “formação especializada que produza assistentes sociais altamente sofisticados sobre certos aspectos da realidade; devendo esta ser necessariamente posterior à qualificação de base ou generalista” (Montaño, 2009:213), só pela via do conhecimento o assistente social e qualquer outro profissional poderá intervir interdisciplinarmente. Como vêm no contexto da sua intervenção essa qualificação especializada? É uma necessidade? O que pensam de facto os assistentes sociais sobre a sexualidade, os comportamentos sexuais de risco e o HIV/SIDA nos idosos? E qual o seu lugar na prevenção por relação a outros profissionais? O que fazem para prevenir e promover?

São estas algumas das questões a que tentaremos responder no capítulo seguinte partindo do pressuposto que a prevenção de comportamentos de risco e do HIV/SIDA e a promoção de estilos de vida saudáveis, não são propriedade exclusiva de dois ou três campos disciplinares mas, pelo contrário, constituem parte integrante de todas as áreas nas quais o Serviço Social tem um lugar. São as assistentes sociais⁶⁵ que ao terem o privilégio do contacto diário com os idosos podem intervir na modificação dos seus comportamentos, definindo acções que pressuponham a alteração através de um processo de aprendizagem, cujo pano de fundo seja a sua educação para a saúde baseada num processo de capacitação permanente. Haverá assim, uma idade na vida, em que não possa desenvolver-se uma acção preventiva precisa?

⁶⁵ Por relação ao nosso objecto de estudo utilizamos o feminino porque as entrevistadas são todas mulheres.

Figura 1: “O Serviço Social: a locomotiva que faz andar”⁶⁶



Fonte: autoria própria

Para sintetizar este capítulo, reiteramos a importância atribuída ao Serviço Social na prevenção primária do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco dos idosos se se assumir como um dos impulsionadores da *engrenagem*, ao lado dos demais profissionais, numa relação que se pretende interdisciplinar. Mediante um processo de aprendizagem o Serviço Social pode arrogar-se de um papel de “educador de primeira linha” e capacitar os destinatários da sua acção, através de uma intervenção que promova comportamentos saudáveis. É esta a principal particularidade que destacamos nos profissionais que trabalham com os idosos designadamente nos centros de convívio e academias.

Como sublinha Lucas (1993) a promoção da saúde com incidência na prevenção da SIDA tem como base potencializar todos os recursos humanos locais na valorização da pessoa, numa acção pelos cidadãos e não para os cidadãos. Sem esquecer as características da população visada, neste caso os idosos, é importante que se utilizem todos os recursos que facultem informação e se eduque para a promoção, sem perder de vista como nos diz Chaves (2010), a discriminação e a marginalização dos doentes afectados, como um pilar fundamental na luta contra a doença.

⁶⁶ O título da figura é um pequeno excerto de uma entrevista (E3).

CAPÍTULO III

Apresentação e interpretação dos resultados: o olhar de oito assistentes sociais sobre o HIV/SIDA e os comportamentos de risco nos idosos

“A prática crítica pelo facto de se querer crítica, implica o constante repensar do caminho percorrido, a reflexão do momento, da oportunidade das acções....
A autocrítica é a contrapartida necessária da crítica”
(Faleiros, 2002:125)

Este capítulo tem como orientação, num primeiro momento, a contextualização geográfica do estudo, a justificação e a escolha do objecto empírico e uma breve caracterização sócio profissional das assistentes sociais entrevistadas bem como o lugar ocupado pelo Serviço Social no contexto institucional.

O segundo momento visa apresentar, analisar e a interpretar os dados recolhidos no processo da investigação empírica. Se por um lado, a análise e a interpretação são conceitos distintos, por outro, surgem como indissociáveis. Enquanto a análise pretende organizar os dados no sentido de esclarecer o problema inicialmente formulado, a interpretação vai mais além. Procura dar um sentido aos dados e estabelecer inferências teóricas. “Ela serve para elaborar a teoria e é, ao mesmo tempo, a base da decisão sobre a eventual necessidade de recolha de dados adicionais” (Flick, 2002:179).

1 - Escolha do objecto empírico, contexto espacial, o perfil das entrevistadas

1.1. Do problema à escolha do objecto empírico

Pese embora este trabalho não se centre nas questões do envelhecimento referimo-lo, como forma de enquadrar o nosso objecto de estudo. Ou seja, por relação à intervenção das assistentes sociais entrevistadas com a população idosa.

Sabemos que uma das transformações sociais mais marcantes ocorridas nas últimas décadas está relacionada com o aumento do envelhecimento demográfico, “assistindo-se ao fenómeno crescente e novo do envelhecimento da população em todas as sociedades economicamente desenvolvidas” (Osório, 2007:11).

Concomitantemente têm ocorrido também alterações na estrutura familiar, na sua organização e na definição de papéis, factos que têm conduzido a uma redução da disponibilidade e a uma “fragilização” da família enquanto cuidadora das gerações mais novas e

mais velhas. Sendo a mulher até há pouco tempo a principal responsável por essa tarefa, a sua inclusão no mercado de trabalho, se por um lado se constitui como uma das maiores conquistas do século XX por outro, traz consigo a necessidade de reorganização dos papéis no seio da família e, essencialmente, o recurso a instituições sociais para em articulação e complementaridade, assegurarem esse cuidar.

Uma breve análise sobre as “políticas de velhice” em Portugal mostra que até ao final da década de 60 os problemas da população idosa não foram objecto de uma política social específica, pelo que a protecção social deste grupo não era motivo de preocupação, uma vez que como supra referido, esta estava assegurada (Quaresma, 1998).

“Apenas a 13 de Fevereiro de 1969, um aviso prévio da Assembleia Nacional faz emergir o problema do envelhecimento e da necessidade de uma política de velhice, tendo ressaltado desse debate a criação de uma Comissão de Estudos dos Problemas da Velhice” (Barros, 1997:165). Pese embora o envelhecimento, ou a velhice *per si*, não constituírem então um problema social, passaram a sê-lo por referência à insuficiência ou à inadequação das respostas existentes.

Torna-se indispensável a concepção e o desenvolvimento de serviços sociais, enquanto sistema, que possam dar respostas aos direitos sociais da cidadania e que pressuponham a protecção social através da melhoria de vida das pessoas, capacitando o indivíduo e a família para que estes se desenvolvam autonomamente e satisfaçam as suas necessidades fundamentais (Osório, 2007).

Em consequência, emerge uma assistência social⁶⁷ não veiculada a uma concepção assistencialista, como é conotada por alguns autores, que “não sendo uma política social, mas um conjunto mais ou menos extenso de medidas concessivas das políticas sociais, trata-se no seu sentido mais específico, de um sector que integra o leque de políticas sociais que, à semelhança da organização conhecida para outras áreas específicas, como a saúde, a educação, a habitação, etc., se organiza em medidas e actividades orientadas para o enfrentamento de determinados problemas, visando a provisão dirigida para as necessidades sociais” (Rodrigues, 1999: 26).

Foi a partir de 1974, que as políticas sociais dirigidas à "terceira idade" se desenvolveram e que se verificou um investimento na organização da sociedade civil, no sentido de criar condições para responder às necessidades dos idosos e das famílias. Surgiram de norte a

⁶⁷ Na sua Tese de Doutoramento intitulada “A Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal”, Fernanda Rodrigues apresenta-nos e defende a perspectiva de Assistência Social enquanto área de política social, mesmo quando, como refere a autora, se trata de um modelo de estado social mais desinteressado, incipiente ou francamente comprometido com a provisão social (1999:13).

sul do país organizações sem fins lucrativos, que visavam dar resposta às populações mais carenciadas e proporcionar-lhes uma protecção social que prevenisse o agravamento das situações de carência vivenciadas.

Com as transformações verificadas na sociedade portuguesa quer a nível demográfico, quer a nível familiar, foi necessário conceber novas formas de intervenção e ajustar as respostas sociais já existentes à nova realidade, nomeadamente com uma maior dinamização no apoio social desenvolvido no domicílio, assim como em estruturas de convívio, de combate ao isolamento e à exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso (Carta Social, 2006:26).

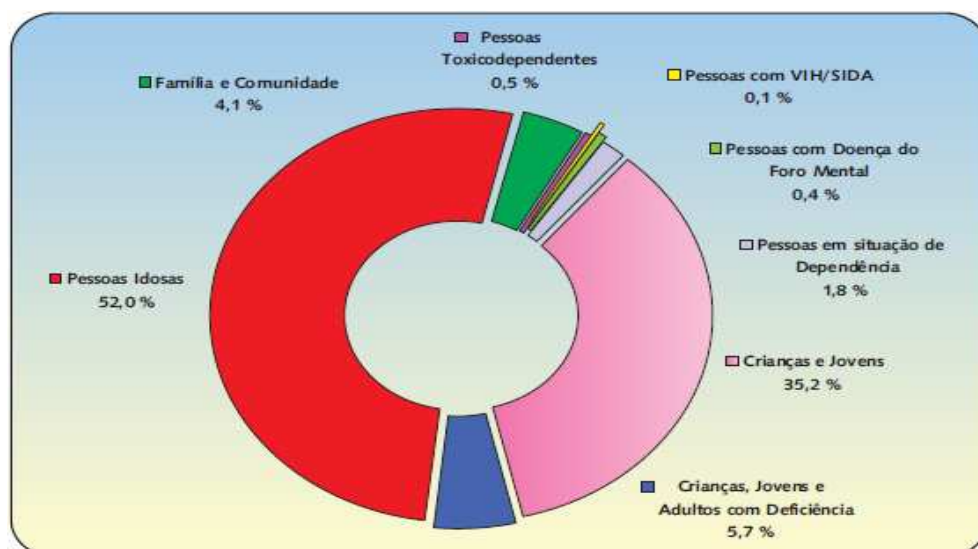
A Sociedade-Providência⁶⁸, organizada inicialmente em actividades do sector de segurança social, é reforçada pelo Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro que alarga a concepção legal de IPSS aos domínios da saúde, da educação, da habitação e outros em que as necessidades sociais dos indivíduos e das famílias encontram apoio (Carta Social 2000). No caso das pessoas idosas verificou-se um reforço nas estruturas de apoio como – lares, centros de dia, centros de convívio e apoio domiciliário.

Assim, desde a década de 80 quase todos os concelhos do país passaram a ter instituições para idosos. O número de lares de idosos em Portugal tutelados por IPSS era em 1981 de 322, passando a 543 em 1993 e nessas mesmas datas, os centros de convívio passaram de 60 para 162.

Como se pode ver pelo gráfico 1 e de acordo com a tendência que se tem verificado ao longo dos anos, em 2008 a maioria das respostas sociais é dirigida às pessoas idosas (52,0 %) seguido das crianças e jovens (35,2 %).

⁶⁸ Como refere Santos (1995) “Entende-se por sociedade providência as redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo, e de entreaajuda, baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade.

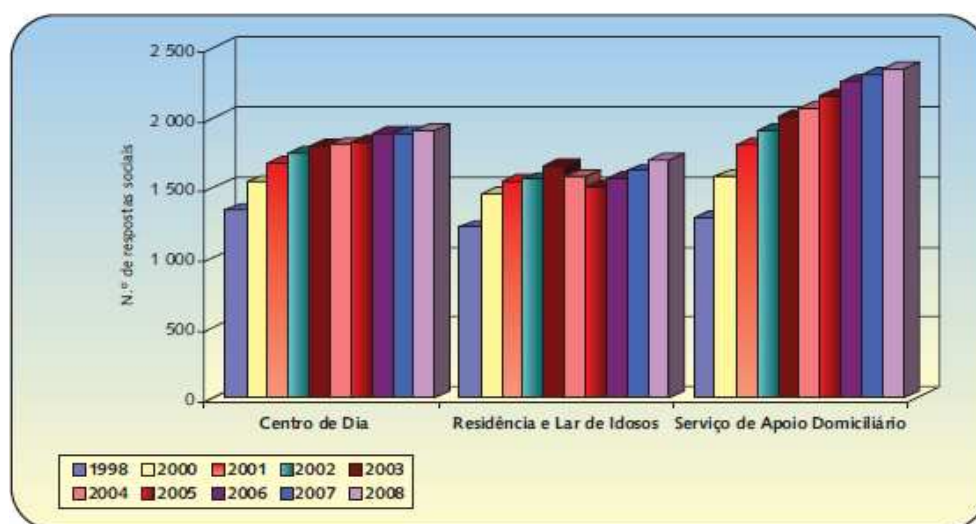
**Gráfico 2: Distribuição das respostas sociais por população-alvo
Continente – 2008**



Fonte: Carta Social 2008:13, MTSS/GEP

Globalmente e, de acordo com a Carta Social 2008, foram contabilizadas 12 478 respostas em funcionamento em Portugal Continental. Destas, segundo o mesmo documento, 6 800 reportam a respostas dirigidas a pessoas idosas, correspondendo a 52,0%.

**Gráfico 3 – Evolução das respostas sociais para as Pessoas Idosas
Continente – 1998-2008**



Fonte: Carta Social 2008:13, MTSS/GEP

Como podemos observar pelo gráfico 2, registou-se um aumento gradual de novas instituições no período em análise (1998-2008) como resultado da dinâmica aplicada na criação de novas respostas. Desde o ano 1998, o crescimento das respostas sociais para as pessoas

idosas atingiu os 52,0%, tendo sido, em 2008, identificadas cerca de 6800 valências. Para efeitos desta análise foram consideradas as respostas Centro de Dia, Residência e Lar de Idosos e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). A resposta Centro de Convívio está inserida na primeira (Centro Dia).

Relativamente à situação no distrito de Lisboa existem 108 equipamentos sociais⁶⁹ desta natureza – Centro Convívio – com capacidade para 5 999 pessoas idosas⁷⁰.

De acordo com o Regulamento da Segurança Social, “os centros de convívio, academias ou clubes sénior são uma resposta social a nível local, que visam apoiar o desenvolvimento de actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação activa das pessoas idosas de determinada comunidade. Estes têm como principais objectivos:

- Prevenir a solidão e o isolamento;
- Incentivar a participação e potenciar a inclusão social;
- Fomentar as relações interpessoais e intergeracionais;
- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização⁷¹”.

Têm como destinatários prioritários os cidadãos com 65 e mais anos, embora disponibilizem os seus serviços para outras faixas etárias, tem-se verificado nos últimos anos, um número cada vez mais elevado de pessoas que procura os centros de convívio ou academias a partir dos 50 anos. No mesmo seguimento, as academias seniores são "a resposta sócio-educativa, que visa criar e dinamizar regularmente actividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos. As actividades educativas, quando existem não têm fins de certificação e decorrem no contexto da formação ao longo da vida⁷²".

Quer os centros de convívio, quer os clubes ou academias seniores, desenvolvem actividades similares, diferindo apenas a concepção terminológica. A designação centro de

⁶⁹ No âmbito do relatório da Carta Social de 2008 considera-se equipamento social toda a estrutura física onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais ou estão instalados os serviços de enquadramento a determinadas respostas que se desenvolvem directamente junto dos utentes.

⁷⁰ Os dados numéricos que apresentamos referem-se a Centros de Convívio no distrito de Lisboa, constam na Carta Social de 2008, mas não estão representados graficamente. (<http://www.cartasocial.pt> pesquisado em 18 de Abril de 2010)

⁷¹ http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/entidades/MTSS/DGSS/pt/SER_acciao+social+para+peessoas+idosas.htm (pesquisado em 8 de Maio de 2010)

⁷² A semelhança das instituições referidas existem também as Universidades Seniores, Universidades da Terceira Idade ou Academia Seniores, que independentemente da denominação são um espaço privilegiado de inserção e participação social dos mais velhos. A primeira UTI surgiu em Portugal em 1976, três anos após a criação da primeira em França, em 1973. Só nos últimos cinco anos este modelo se implantou verdadeiramente com o nascimento de dezenas de novas UTIs, passou de 30 em 2001 para 112 em finais de 2008.

convívio para determinado grupo pode ser um motivo de rejeição e pejorativo, como nos referiu uma das entrevistadas.

“Nós mudámos o nome porque para muita gente o nome tem importância a questão do centro de dia, clube sénior [...] Nós aqui até nem utilizamos muito o termo idosos, sabe. É mais os seniores, idoso é um termo um bocado depreciativo, acho que sénior é um termo mais activo, e demonstra a população que nós temos aqui. São seniores que temos aqui. Vão desde pessoas que estão numa situação de pré-reforma, 50, 50 e poucos anos, pessoas que estão ainda numa fase da vida muito activa, até pessoas que realmente estão reformadas, que já têm também uma idade avançada” (E1).

Numa sociedade, dita construída para todas as idades, “o acto social da passagem à reforma não pode acarretar a marginalização económica ou social das pessoas idosas” (Pinto, 2007:17). As políticas sociais devem assumir uma maior inclusão relativamente a este grupo e o “alargamento da cidadania assumir um carácter inclusivo, de tipo universalista, que tenha em conta as condições de vida (idade, sexo, etc.) e não apenas a posição relativamente ao mercado de trabalho” (Osório, 2007:29).

Desta forma, considera-se de extrema relevância a existência de instituições, centros de convívio e academias que pautem a sua orientação pelo desenvolvimento de programas educativos, culturais e relacionais adaptados e direccionados para um tipo de população, cujas características e exigências diferem, se comparadas com um passado recente. Instituições que lhes permitam, se assim o desejarem, uma continuidade do seu desenvolvimento e actualização de conhecimentos e simultaneamente sejam um espaço de convivência intergeracional (Pinto, 2007) e que não sejam apenas uma forma de matar o tempo ou diluir os vazios, mas que lhes continuem a possibilitar o desempenho de um papel activo na sociedade.

1.2. O contexto geográfico, as instituições e os destinatários

Reportando-nos ao contexto geográfico onde decorreu o estudo, observou-se que um dos objectivos estratégicos da Carta Social de Cascais 2008 considerado prioritário, é orientar os investimentos municipais para equipamentos e serviços sociais, adequadamente dimensionados e com uma distribuição territorial que permita responder com elevados níveis de eficácia e eficiência às necessidades das pessoas.

Como **Medida 1**, o mesmo documento visa ampliar a taxa de cobertura das valências de apoio aos idosos e como **Ação 1** pretende ampliar a taxa de cobertura da valência centros de convívio e academias, mantendo até 2016 uma taxa de cobertura dos centros de convívio e

academias de 7% dos idosos do concelho e criar até 2016, 26 novos centros de convívio e academias (mais 1.300 novos lugares).

No percurso exploratório efectuado no início do estudo, constatou-se que existem actualmente no concelho de Cascais actualmente 29 equipamentos sociais com esta designação (Centro de Convívio/Academia Sénior) com lugar para 1360 pessoas idosas. Destes, só 26 têm protocolo com a autarquia, daí terem sido os considerados para o estudo, uma vez que as três não consideradas ainda não têm assistente social.

Quadro nº 8 – Centros Convívio e Academias no concelho de Cascais

Freguesia	Lugares (Nº)	Equipamentos (Nº)
Alcabideche	250	5
Carcavelos	250	5
Cascais	360	6
Estoril	100	2
Parede	50	1
S. Domingos de Rana	350	7
Concelho	1360	26

Fonte: Adaptado da Carta Social do Concelho de Cascais (2008)

O concelho de Cascais é composto por seis freguesias (Cascais, Estoril, Parede, Carcavelos, S. Domingos de Rana e Alcabideche) e como referido na introdução, um dos critérios de selecção da amostra pretendia que a mesma contivesse pelo menos um assistente social de cada freguesia do concelho.

Decorrente também do percurso exploratório foi adicionado outro indicador ao critério de selecção da amostra. Verificou-se a existência de uma instituição que actua no âmbito da prevenção do HIV/SIDA junto da população jovem mas, face ao surgimento de algumas situações em faixas etárias mais avançadas, e a pedido de uma das entrevistadas, emergiu a necessidade de alargar a sua intervenção à população idosa⁷³.

“Foi por isso, exactamente, que surgiu depois o pedido ao GADS. Eu tive conhecimento de um caso num dos Centro de Convívio. Havia um elemento do sexo masculino que estaria infectado. Fiquei um bocadinho apreensiva não é? E revirei a minha cabeça pensando o que vou fazer.

⁷³ Das oito assistentes sociais entrevistadas, quatro delas tiveram nas suas instituições acções de âmbito preventivo por parte do GADS (Grupo de Apoio e Desafio à Sida). Não sendo objectivo desta investigação fazer um estudo comparativo da prática das assistentes sociais nas diferentes instituições, considerou-se relevante analisar a intervenção nesses dois conjuntos de instituições (as que tinham tido a formação e as que não tiveram)

Como tinha realmente uma relação muito estreita com a coordenadora do GADS, falei com ela e coloquei-lhe esta questão: Temos um utente que tem SIDA e que vai com frequência ao Centro de Convívio tal. O que é que nós temos que fazer?” (E2).

Confirmando as transformações demográficas e sociais referenciadas no início deste capítulo verificámos também, no decorrer das entrevistas, uma crescente tendência na diminuição da idade dos indivíduos que procuram as instituições, assistindo-se assim a uma alteração no perfil dos frequentadores como sublinha esta entrevistada.

“[...] Aqui, nos centros, especialmente em três dos quatro que eu coordeno, tive de começar a aceitar pessoas a partir dos 55 e menos até. Comecei a baixar a idade de entrada. Com as questões e os problemas actuais (...) pré-reforma, reforma antecipada, desemprego em fase tardia, etc, as pessoas começaram a vir procurar-nos cada vez mais cedo, não só para as actividades, mas essencialmente para colmatar os vazios. E acho que, nós não podemos de modo nenhum dizer não. Temos é de nos adaptar a estas novas realidades (...) Peço autorização. Não podemos fechar a porta, não é?” (E2).

O quadro seguinte (9) mostra-nos as faixas etárias da população idosa frequentadora das instituições em que foi efectuado o estudo e sobre a qual incide a intervenção das assistentes sociais entrevistadas. Verificamos que no total das 12 instituições, embora o maior número corresponda às faixas etárias acima dos 65 anos, existem 106 frequentadores cuja idade se situa entre os 55 e os 64 anos, confirmando assim a tendência referida anteriormente.

Quadro 9 – Frequentadores de equipamentos sociais por grupo etário (2009)

Grupo Etário	INSTITUIÇÃO								
	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTAL
55-64	16	72	2	2	11	4	3	6	106
65-69	18	90	6	11	21	28	21	22	217
70-79	23	99	20	59	37	36	14	35	323
> 80	11	58	10	25	41	18	26	19	208
Total	68	319 ⁷⁴	38	97	110 ⁷⁵	80	70	72	854

Elaborado a partir dos dados recolhidos nas entrevistas (Centos de Convívio e/ou Academias Seniores de Cascais)

⁷⁴ Estes dados (319) são relativos a 4 Centros de Convívio uma vez que a assistente social entrevistada é responsável pela coordenação dos 4 equipamentos.

⁷⁵ A assistente social entrevistada não possuía informação diferenciada dos utilizadores do Centro de Dia do Centro de Convívio. Assim, o valor 110 refere-se ao total de frequentadores das duas respostas sociais.

Embora os dados apresentados não diferenciem o sexo porque três das instituições não facultaram essa informação de forma distinta, podemos afirmar que na totalidade das instituições e em qualquer das faixas etárias referidas, a sua população é predominantemente feminina. Também a partir da informação recolhida aquando da realização das entrevistas, a população frequentadora dos centros de convívio ou academias seniores tem, na sua maioria, autonomia física, frequenta as instituições por decisão própria e não por imperativos familiares, ou outros, revela capacidade de decisão na escolha das actividades em que participa e mostra-se selectiva nessa escolha, como veremos posteriormente.

1.2. O perfil das profissionais entrevistadas

Dando continuidade ao enquadramento do nosso objecto de estudo, procedeu-se a uma breve caracterização sócio profissional das entrevistadas analisando, sumariamente, alguns aspectos relacionados com o seu percurso pessoal, académico e profissional.

Como já foi referido aquando da abordagem à metodologia seguida era condição *sine qua non* que todas as entrevistadas tivessem formação de base em Serviço Social.

Quadro 10 – Caracterização sócio profissional das assistentes sociais entrevistadas (2009)

Entrevistadas	Idade	Sexo	Ano de conclusão da Licenciatura	Anos de exercício da actividade	Tempo de trabalho com idosos (anos)	Formação Pós graduada na área dos idosos ou noutra
E1	37	F	1997	12	6	Não
E2	48	F	1990	19	17	Não
E3	36	F	2002	8	6	Não
E4	27	F	2004	4	3	Não
E5	39	F	1996	11	11	Não
E6	40	F	1994	15	15	Não
E7	49	F	1983	26	17	Sim
E8	35	F	2002	4	4	Não

Fonte: Elaborado a partir dos dados recolhidos nas entrevistas

A idade das oito entrevistadas situa-se entre os 27 e os 49 anos e são todas do sexo feminino⁷⁶. Ainda que se verifique actualmente alguma mudança comparativamente à sua emergência, a profissão continua a ter uma marca predominantemente feminina.

O exercício da actividade oscila entre os 4 e os 26 anos e o tempo de trabalho com idosos entre os 4 e os 17 anos. Das oito assistentes sociais, apenas três tiveram experiência noutras áreas de intervenção. Uma das entrevistadas divide actualmente o seu tempo numa instituição na área das crianças, mas todas referiram ser a população idosa a preferida.

Pela análise das entrevistas e dos objectivos delineados no início do estudo, os aspectos referenciados não se revelaram determinantes para a importância que os profissionais atribuem à prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco na população idosa, nem alteram a sua perspectiva sobre as práticas preventivas.

Relativamente à formação apenas uma das entrevistadas possui pós graduação na área da gestão de equipamentos sociais e as restantes têm a licenciatura, que oscilou entre os 4 e os 5 anos de formação.

“[...] Não...tenho apenas a licenciatura...mas sinto falta...até porque isso qualificaria muito o serviço que presto aos utentes [...]” (E5).

“ [...] Fiz formações pontuais, mas nada de especial [...] o que tenho mesmo é a Licenciatura [...] faz falta especialização nesta área mas o tempo é muito escasso [...] de facto quando começamos a trabalhar também nos vamos acomodando e financeiramente também não é viável [...] recebemos muito pouco [...] não temos grande margem [...] ” (E6).

“ [...] Na área dos idosos não. Tenho uma pós graduação na área da gestão do sector social, da qual eles usufruem indirectamente. Exactamente porque, há uns anos atrás assumi um papel de gestão e de coordenação do equipamento tive de munir-me de ferramentas que me permitissem desempenhar bem esse novo papel. Por isso tive de investir em formação específica [...] faz muita falta que ao nível dos programas das licenciaturas se dê formação na área da gestão [...] porque na nossa actividade somos muitas vezes confrontadas com essa necessidade [...] de gerir recursos financeiros e humanos [...] e de facto quando isso acontece não sabemos como fazê-lo [...] por outro lado, estou a pensar nestas colegas mais jovens que acabaram há pouco tempo as licenciaturas, têm de agarrar a primeira oportunidade que lhes aparece e sabe que não há por parte das direcções, de grande parte das instituições qualquer apoio ou incentivo [...] se o profissional pede para sair mais cedo porque está a fazer uma formação. Eu nunca tive esse problema [...] mas tenho colegas que sim [...] ” (E7).

⁷⁶ No capítulo II falámos das particularidades do Serviço Social. Sobre este tema Carlos Montañó (2009:159), diz-nos que “a composição do género, eminentemente feminino, na profissão, constitui mais uma das suas particularidades que a têm acompanhado desde a sua génese.

“ [...] *Apenas tenho esta formação, em Serviço Social...penso nisso mas exerço duas actividades. Esta e uma outra que é uma área do secretariado, totalmente diferente...as duas a meio tempo para conseguir ter uma vida normal [...]*” (E8)

Como se pode observar através dos discursos, a maioria manifestou estar consciente da necessidade de continuar a sua formação, referindo mesmo ser uma lacuna. Essa necessidade não tem subjacente o facto de querer dar visibilidade à sua prática, mas sim, a aquisição de uma maior *especialização* que lhes proporcione um aprofundamento teórico, com vista a uma intervenção mais qualificada e inovadora, e que possa traduzir-se numa maior qualidade do serviço prestado ao destinatário da intervenção⁷⁷. Comparativamente ao quadro teórico, podemos estabelecer um paralelismo entre a interpretação que fazemos dos discursos das entrevistadas e aquilo que foi afirmado por alguns dos autores no capítulo II.

Está implícita também, nesta análise, a ideia que “o processo de acção ou de intervenção profissional não se modeliza num conjunto de passos preestabelecidos (a chamada receita), exigindo cada vez mais uma profunda capacidade teórica” (Faleiros, 2002:65) e reflexiva, que se renove permanentemente e que seja capaz de estabelecer os pressupostos da acção e de propor alternativas que vão ao encontro das necessidades dos sujeitos. Por outro lado, do ponto de vista profissional, “o projecto ético-político implica um compromisso com a competência, que só pode ter como base o aprimoramento intelectual do assistente social, onde a “formação académica qualificada e contínua, alicerçada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas (...) com (auto) formação permanente e que estimule uma constante postura investigativa” (Netto, 2001:105).

Sobre este aspecto, Francisco Branco (2008) salienta que continuam a persistir práticas profissionais pouco sustentadas no estudo e na investigação dos fenómenos e dos problemas sociais em que o Assistente Social é chamado a intervir. Numa revisão de literatura do Serviço Social de expressão portuguesa, o autor apresenta-nos três das principais teses explicativas para o fraco desenvolvimento da investigação.

“A primeira tese centra-se no peso das atribuições sócio-institucionais do Serviço Social, de acordo com a qual a profissão de assistente social emerge historicamente como uma profissão da intervenção e não da produção do conhecimento; diz que este código genético da

⁷⁷ Seguindo a perspectiva de Marília Andrade e, assumindo-se um posicionamento análogo ao da autora, procurar-se-á ao longo do texto ser fiel a esta terminologia. Assim, sempre que nos reportarmos ao utente, cliente, usuário (literatura brasileira), designá-lo-emos de *destinatário da intervenção* uma vez que consideramos esta denominação a mais emancipadora relativamente ao sujeito.

De acordo com a autora, “os destinatários da intervenção do assistente social são, na nossa maneira de olhar o agir profissional, o actor social mais significativo do campo (...) eles não só determinam a existência do assistente social, bem como a existência de algumas instituições sociais ou de alguns serviços” Andrade (2001: 172).

profissão persiste na actualidade ainda que variando em função dos sectores de actividade e das políticas sociais conduzindo a que as organizações empregadoras de assistentes sociais não perspectivem a dimensão da investigação como uma componente intrínseca da sua missão e atribuições profissionais; uma segunda tese releva primordialmente a cultura e *habitus* profissional, pautados pelo predomínio da acção em detrimento do conhecimento; numa terceira tese o autor enfatiza a insuficiente formação de pesquisadores resultante das concepções presentes no passado na formação em Serviço Social mas não supridas no presente, mesmo apesar do claro desenvolvimento curricular registado neste domínio” (Branco, 2008:50).

O desafio não é simples, como nos diz Montaña (2009:16) “(...) está em jogo o futuro da profissão. Porém, não recai na *investigação* o único factor determinante do desenvolvimento profissional”. O autor vai mais longe, assegurando que esse desafio deve repercutir-se num investimento na *formação profissional* – ou seja, é preciso que professores e alunos incorporem o produto do conhecimento original e crítico da realidade na actividade docente – e na *reciclagem e actualização* dos profissionais de campo. Considera imprescindível a articulação entre os centros de formação com a pesquisa criativa e rigorosa sobre os fenómenos emergentes e diz também que pouco contribuirá a pesquisa se ela não passar a fazer parte do acervo real da profissão, contribuindo para a actualização dos conhecimentos dos assistentes sociais e estudantes” (Ibidem:16).

Das interpretações dos discursos compreendemos ainda que o vínculo de algumas das assistentes sociais com a instituição é em regime parcial, mal remunerada, muitas vezes sem contratos de trabalho⁷⁸ e daí a necessidade de exercerem, concomitantemente, actividade em mais do que uma instituição, ou mesmo noutras áreas que não têm relação com a sua formação de base. Estes aspectos fazem-nos reflectir acerca da relação da profissão com o mercado de trabalho. O excesso de procura relativamente à oferta faz com que algumas destas profissionais tomem uma atitude de “submissão acomodada”.

Analisando o discurso da entrevista (E7), destacamos um outro aspecto que contrapõe, a vontade e a consciência da necessidade de actualização de conhecimentos dos profissionais, à necessidade de manutenção de um posto de trabalho. Isto é, se por um lado há o reconhecimento de que a formação é necessária, por outro, existe o confronto com uma posição real de “submissão” e de “subalternidade” relativamente ao poder institucional, sob pena de por em causa o próprio trabalho pelas ausências que esse processo formativo possa exigir.

⁷⁸ Três das assistentes sociais entrevistadas exercem a actividade na condição de profissionais liberais.

Em relação ao lugar que as profissionais ocupam na instituição constata-se que a maioria exerce funções de coordenação/gestão do equipamento mas, de alguma forma, “dependente do poder” das direcções.

“ [...] Sou coordenadora dos quatro Centros de Convívios da Junta [...] sou eu a responsável por toda a programação e execução das actividades nos quatro centros de convívio [...] estive sempre mais ligada à área dos idosos. Trabalho com uma equipa multidisciplinar e apenas reporto ao Executivo vigente, em cada momento ” (E2).

“ [...] O serviço social é o motor da casa. Para além de todo trabalho técnico que desenvolve é aquele trabalho de ajuda, de complementaridade, de gestão de recursos humanos [...] portanto o serviço social acaba por ser a locomotiva que faz andar[...] ” (E3).

“ [...] O lugar do Serviço Social na instituição é de coordenador de todas as actividades sócio culturais inerentes ao funcionamento do Centro, em estreita relação com a direcção ” (E4).

“ [...] O papel do Serviço Social aqui na instituição, neste momento, da minha parte é mais de intervenção na gestão do que de intervenção social, com muita pena minha [...] De gestão diária, ocasional, de delineação de projectos, de coordenação das equipas...é mais essa a minha função [...] ” (E6).

Da análise e interpretação dos discursos verifica-se que a prática das assistentes sociais têm alguns condicionalismos e graus de complexidade inerentes às relações de poder estabelecidas. Ainda que, muito ténue e com alguma contradição, está presente uma “consciência reflexiva” em relação a essa mesma subalternidade e falta de autonomia, como ilustra este excerto:

“[...] Só estou subjugada ou reporto ao Executivo da Junta de Freguesia, portanto eu não tenho mais ninguém acima de mim [...] para além dos órgãos eleitos na altura. São os meus superiores hierárquicos [...] é com eles que tenho de gerir e debater as questões e projectos [...] .Eles aceitam ou não as minhas propostas [...] claro que não posso estar a rebater, a dizer que não [...] mas tenho lutado muito para demarcar a imagem da Assistente Social aqui na Junta...” (E2).

De acordo com Iamamoto (2005:9), “embora o assistente social disponha de uma relativa autonomia na condução do seu trabalho – o que lhe permite atribuir uma direcção social ao exercício profissional – os organismos empregadores interferem significativamente no estabelecimento de metas a atingir. Detêm poder para normatizar as atribuições e competências específicas requeridas de seus funcionários, definem relações de trabalho e as condições de sua realização – salário, jornada, ritmo e intensidade do trabalho, direitos e benefícios, oportunidades de capacitação e treinamento, o que incide no conteúdo e nos resultados do trabalho (...) no entanto, o exercício da profissão exige também um sujeito que tenha

competência para propor, para negociar os seus projectos com a instituição, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e suas atribuições profissionais. Requer por isso que vá além das rotinas institucionais e busque apreender no movimento da realidade as tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projectos de trabalho”⁷⁹.

Faleiros (2002:133), diz também que “a correlação de forças presente no campo de intervenção do assistente social implica a articulação do trabalho e dos vínculos das pessoas (...) e que é necessária uma análise crítica da historicidade dos processos, das condições de trabalho dos actores em presença numa sociedade determinada para se estabelecer estratégias e tácticas de acção”. Relacionando com a ideia supra referida, da interpretação da (E7) esta análise crítica é fundamental para se compreender e situar a posição de “submissão acomodada” de algumas das assistentes sociais e, acima de tudo, para se romper com alguma neutralidade ideológica.

2. A sexualidade nos idosos

Esta primeira dimensão de análise, tem como objectivo compreender a percepção das assistentes sociais face às manifestações e vivências da sexualidade que os idosos demonstram na instituição.

Foram consideradas quatro categorias de análise: Manifestação da sexualidade; vivência da sexualidade; natureza das relações; significações atribuídas. Para cada uma das categorias, como se pode verificar nos quadros seguintes, identificaram-se subcategorias nos discursos produzidos pelas entrevistadas.

Como já referido no Capítulo I desta investigação, a sexualidade define-se, segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma energia que nos conduz à procura do afecto, contacto, prazer e intimidade e influencia os nossos pensamentos, sentimentos e interacções, influenciando também a nossa saúde física e mental. O seu desenvolvimento acontece durante toda a vida do indivíduo sendo variável de pessoa para pessoa, podendo assumir diferentes características de acordo com a idade em que é vivida. Depende das características genéticas, das interacções ambientais, condições sócio-culturais e de outras, e tem também diferentes etapas fisiológicas: infância, adolescência, idade adulta e senilidade.

⁷⁹ (www.ts.ucr.ac.cr., acedido em 25 de Abril de 2010).

2.1. Manifestação da sexualidade dos idosos

“A pessoa de idade nunca deve fechar porta alguma que lhe seja aberta para ir ao encontro do outro. Para qualquer pessoa, a sexualidade torna-se forma de encontro, de relação, de comunicação, de expressão dos afectos” (Pascual, 2002:11).

Como se pode verificar pelo quadro, nesta primeira categoria – *manifestação da sexualidade dos idosos* – foram consideradas duas subcategorias.

Quadro 11 – Manifestação da sexualidade nos idosos

Subcategorias	Unidades de registo
Sexualidade expressa	E1,E2, E6, E7
Sexualidade discreta	E3, E4, E7,E8

Sexualidade expressa

A primeira subcategoria, presente no discurso de quatro das entrevistadas, identifica a sexualidade dos idosos como sendo *expressa*, assumindo diversas formas de manifestação. “[...] *A sexualidade manifesta-se de variadíssimas formas [...] Na forma de estar, na forma de vestir, na forma de contactar*” (E1).

Com o decorrer da idade, a sexualidade pode transformar-se noutras formas de expressão em que, por exemplo, o toque, os gestos de ternura, as fantasias dão lugar ao erotismo. A redução da capacidade ou força física da pulsão sexual é compensada por um aprimoramento na qualidade das relações (Pascual, 2000:15). Consideramos assim, que a pessoa idosa não deixa de amar, reinventa é novas formas de o fazer. “[...] *Tem várias manifestações... eu vou dar-lhe um exemplo dos vários que temos aqui...que passam o tempo de mãos dadas e aos beijinhos é uma forma de sexualidade que estão a desenvolver*”(E7).

Independentemente do género e da idade, a sexualidade está associada a uma vontade de querer ter um relacionamento dessa natureza, que faz parte da vida de cada ser humano, e que “(...) só nos abandona depois da morte” (Ibidem).

“ [...] *É algo que de maneira alguma está esquecida [...] está latente nesta população. [...] Já são capazes de falar abertamente deste tipo de questões da sexualidade, e falarem que também há formas de obter o prazer, são capazes de ir a uma sex-shop, sem problemas nenhuns [...] E se calhar, arranjar outras maneiras de possuir ou ter prazer*” (E1).

“[...] *Depois de viúvos, viúvas principalmente, são mulheres que ficam muito atíçadas (...) Com uma vontade de experimentar coisas novas (...) Temos verificado realmente uma abertura de mentalidades [...] e que mulheres de oitenta e tal anos têm uma, uma necessidade de tal*

maneira de serem vistas, de serem olhadas não como mulheres de oitenta e tal anos, mas como uma mulher que ainda tem prazer e que quer ter relações sexuais” (E2).

Verificamos, pela análise e pela interpretação dos discursos que, de um modo geral, as profissionais estão atentas e são sensíveis às diferentes manifestações da sexualidade dos destinatários da sua intervenção e mostram algum conhecimento relativamente ao tema.

Sexualidade discreta

Na segunda subcategoria identificada, quatro das entrevistadas consideraram que a sexualidade dos idosos se manifesta, mas de forma *discreta*, porque fazendo parte do domínio íntimo e privado, nem sempre é possível perceber essas manifestações pelo contacto diário.

“ [...] Relativamente à sua sexualidade se é activa se não é, nós conseguimos perceber pequenas coisas” (E3)

“ [...] Mesmo entre elas, é algo que não se fala... como se estivesse esquecido, não é? [...] algo que não querem que exista pronto [...] É um tema pouco falado e pouco discutido” (E4)

“ [...] É um tema muito reservado [...] os utentes têm algumas reservas na abordagem do tema [...] um ou outro senhor mais atrevido às vezes nos bailes, mas se isso é uma manifestação da sexualidade é muito discreta” (E8)

Por analogia à ideia implícita neste último discurso, reportamos ao texto de Arnaldo Risman (2005), quando o autor refere os grandes *bailes de formatura*⁸⁰ dos colégios no Rio de Janeiro, nos anos 40, 50 e 60. Estes bailes eram um exercício da sexualidade podendo expressar-se e assumir diversas formas de linguagem, sendo esta claramente não verbal. Como vimos no capítulo I as manifestação da sexualidade, como a dança, o olhar, a música, o perfume, o ter o cuidado de vestir-se para o outro, continuam actuais e a fazer parte do conceito mais amplo de sexualidade.

2.2. Vivência da sexualidade

Na segunda categoria *vivência* da sexualidade na pessoa idosa, consideraram-se três subcategorias.

⁸⁰ No artigo sobre a sexualidade dos idosos e a forma como ela foi sendo perspectivada em diferentes momentos, Arnaldo Rismasn fala das atitudes e dos comportamentos envolvidos de sensualidade, da valorização do toque, a sensibilidade, o olhar, entre outros aspectos que eram indiciadores de sensualidade e de manifestações de sexualidade.

Quadro 12 – Vivência da sexualidade nos idosos

Subcategorias	Unidades de registo
Sexualidade desperta	E1, E4
Sexualidade como preconceito	E5, E7
Sexualidade como tabu	E1, E2, E4, E6,E7

Sexualidade desperta

A vivência da sexualidade é *desperta*, conforme o discurso de duas das *entrevistadas* “[...] *Estão ainda muito despertados para a sexualidade [...] há muita procura do sexo oposto [...] São pessoas que estão ainda numa fase da vida muito activa,*” (E1).

“ [...] *Há muito interesse no sexo oposto* ” (E4).

Reiterando o que já foi dito anteriormente, os idosos continuam a ter a possibilidade de praticar e de manifestar a sua sexualidade, fazendo emergir atitudes e sensações que se desenvolveram durante a juventude.

Sexualidade como preconceito

Na segunda subcategoria a vivência da sexualidade associa-se ao *preconceito*⁸¹ e está presente no discurso de duas das *entrevistadas*:

“[...] *quando dois idosos se apaixonam ou quando dois idosos, entre eles, resolvem casar [...] Ou há o total repúdio e nós pensamos, mas que disparate, você agora... ganhe juízo, agora com esta idade, alguma vez... Ou então até achamos graça...ai que engraçado, são namorados! [...]*”(E5).

“[...] *Eu nunca tinha imaginado, um senhor de 70 anos bater à porta do meu gabinete e sentar-se na minha frente e falar-me abertamente sobre esta questão! [...]Jele era viúvo e juntou-se com uma senhora aqui do Centro. Que era uma senhora que nós olhávamos para ela e dizíamos: não, é impossível,... ninguém diria [...]*”(E7).

⁸¹ Como refere Crockik (2006: 17, 20) nós não vemos a pessoa que é objecto de preconceito a partir dos diversos predicados que ela possui, mas a um nome que não permite nomeação. Por exemplo, quando afirmamos que aquela pessoa é portadora de SIDA, ela é, para além disso, mulher ou homem, nova ou velha, etc. Embora algumas destas dicotomias tenham alternativas, aquilo a que damos ênfase para caracterizar a pessoa é ao preconceito. A esta particularidade que assume a característica preponderante da vítima do preconceito, são associados outros atributos fixos que se designam de estereótipos. De modo geral, estes são o ponto de partida do *preconceito*.

Vimos no capítulo I que o *preconceito* é uma atitude negativa, injustificável face a um grupo ou aos seus membros. Assenta em pré-julgamentos que se formam no processo de socialização e, por vezes, conduzem à discriminação.

Pela revisão da literatura efectuada, sabemos que a vivência da sexualidade nesta faixa etária nada mais é do que a continuação de um processo iniciado na infância e que depois de uma vida conjunta o que prevalece é o afecto, a sensação de aconchego em que o sexo é a manifestação disso mesmo. Na terceira idade faz-se amor com valores, não apenas com desejo. É claro que a satisfação física se mantém, mas com ela cada parceiro reafirma a sua identidade, mostra ao outro quão valioso é (Pascual, 2005). Contudo, sabemos também que muitos continuam a ser os preconceitos que lhe estão associados, sendo prova disso os resultados obtidos.

Sexualidade como tabu

No passado, como refere Machado Pais (2006:151), “as atitudes sexuais eram uma mistura complicada de puritanismo e de irreverência, onde havia uma dupla moralidade que colocava as mulheres do lado do puritanismo «meninas honradas, tímidas», e os homens do lado da irreverência «muita sabedoria». Se a mulher se mostrava mais sabida do que deveria ser, era logo olhada com desconfiança, mulher com cisma perversa, pecaminosa. O «saber» da mulher devia estar subordinado ao controlo do marido”.

Da análise das entrevistas sobre a percepção da vivência da sexualidade nos idosos, verificamos que esta é também associada a *tabus* e esta ideia é visível na maioria dos discursos.

“[...] O problema é mais nosso muitas vezes. Achamos que eles já não querem saber de sexo...se calhar. Tem um bocadinho mais a ver com isso [...]” (E2).

“ [...] Mesmo que se sintam, essas coisas nunca são muito faladas abertamente [...] A sexualidade nos idosos é um tabu para eles. E para nós, até que ponto é que também não é? Porque nós não falamos sobre a sexualidade dos nossos pais, não falamos sobre a sexualidade dos nossos avós [...]” (E4).

“[...] É um bocadinho complicado as pessoas saltarem esta barreira e perceberem que, pelo facto de as pessoas terem 70 ou 80 anos elas têm a sua sexualidade [...]É sempre muito complicado [...]. Porque o peso cultural é muito grande, nós temos muitas ideias arreigadas e não nos libertamos delas facilmente [...]” (E7).

Pese embora tenha havido cinco respostas que consideram a sexualidade dos idosos um *tabu*, duas das entrevistadas referiram a presença de alguma mudança e abertura relativamente à forma como eles próprios vêm a sua sexualidade. *“[...] Tenho assistido a uma evolução na forma de*

estar e de pensar este tema [...]mas é preciso que ela aconteça também em nós...não é? [...]” (E4);“[...] Temos verificado realmente uma abertura de mentalidades [...]” (E2).

Sabemos que continuam ainda a persistir muitos *preconceitos* e *tabus* a respeito da sexualidade e que historicamente, estes, no caso da sexualidade dos idosos, têm sido responsáveis pela sua negação e pela construção de uma concepção negativa. Também o contacto directo com as assistentes sociais, aquando da realização das entrevistas, permitiu perceber que este é um tema ainda muito reservado e acerca do qual têm uma percepção ligada a *tabus* e a *preconceitos*, que muitas vezes são acentuados pela postura de rejeição por parte das famílias, em aceitar e entender a exteriorização da sexualidade do seu familiar. “[...] *Temos mais problemas nesta área com as famílias. As famílias têm alguma dificuldade em entender estas manifestações [...]*” (E7) . Este foi um constrangimento implícito no discurso de algumas das entrevistadas e explícito num deles, facto que reforça negativamente a visão da sexualidade na pessoa idosa.

2.3. Natureza das Relações

Quanto à categoria natureza das relações, extraímos dos discursos duas subcategorias: *relações estáveis* e *relações ocasionais*. Como se pode verificar pelo quadro seguinte, em ambas as subcategorias existiram igual número de respostas

Quadro nº13 – Natureza das relações

Subcategorias	Unidades de registo
Relações estáveis	E1, E2,E4,E6
Relações ocasionais	E2, E4,E5, E7

Relações estáveis

Pela interpretação dos discursos, a natureza dos relacionamentos entre os idosos assume duas características (subcategorias): **Relações estáveis** referentes a casais com uma vivência comum de vários anos, ou de casos que aconteceram recentemente, já depois de idosos e que mantêm também uma relação séria. “[...] *Sim, vários casais, pessoas que se conheceram aqui. Neste momento estão juntos, vivem juntos, têm uma relação duradoura. Não é um nem dois, são vários [...]*” (E1).

Relações ocasionais.

Nesta subcategoria verificámos quatro unidades de registo.

“ [...] Percebemos perfeitamente que há muitos arranjinhas e que há sexo [...] há viúvos e viúvas que depois começam a namoriscar e há aquelas situações de pessoas, homens e mulheres que são casados e dão as suas facadazinhas [...]” (E2).

“[...] Tenho conhecimento de algumas delas com novos companheiros. Portanto senhoras viúvas ou divorciadas que iniciaram novas relações e portanto que partilham novas experiências” (E4).

Pela interpretação dos discursos são pessoas casadas que têm uma relação paralela e, por vezes “consentida”, e pessoas viúvas que partilham experiências nesta nova fase da vida. Esses relacionamentos podem acontecer entre pares ou mesmo entre os utentes e os colaboradores.

“[...] Acontecem com alguma frequência algumas paixões que têm uma conotação sexual, não só entre utentes, mas até entre utentes com funcionários[...] Por exemplo já tivemos dois casos muito sérios aqui. Uma senhora que era do Centro de Dia ligou-se muito afectivamente a um enfermeiro depois da morte do marido. Era mesmo patológico. Todos os dias ela punha um colar e arranjava-se para o enfermeiro [...]” (E7).

Por analogia ao quadro teórico percebemos também através dos discursos, que a sexualidade não deve ser circunscrita ou limitada a um período finito e determinado da vida do ser humano, nem remetida para o conceito arcaico que a reduz à procriação. Consideramos no entanto, fundamental que se combata a cultura do “achismo” e das distorções que afirmam que, ao chegar a uma determinada idade, o ser humano perde o interesse pela actividade sexual. O que na realidade verificamos é que, independentemente do carácter estável ou ocasional que a relação possa ter, *o tempo não tem idade*, e que o ser humano continua a querer relacionar-se com o outro e a gostar de agradar e ser agradado.

2.4. Significações atribuídas

Nesta categoria pretendemos compreender quais as significações atribuídas pelas assistentes sociais em relação à sexualidade dos idosos. Foram identificadas cinco subcategorias que constam do quadro seguinte:

Quadro nº 14 – Significações atribuídas à sexualidade

Subcategorias	Unidades de registo
Sexualidade promotora de prazer e de afecto	E1, E2, E7
Sexualidade promotora de companhia	E1, E7
Sexualidade reprimida	E4,
A sexualidade é natural e faz parte da intimidade individual	E1, E3, E4 E6, E5
Sexualidade está ligada a questões culturais	E1,E6, E7

Verificamos uma frequência nas unidades de registo em que a mesma entrevistada pode no seu discurso atribuir vários significados à sexualidade das pessoas idosas permitindo uma combinação entre as diferentes significações.

Sexualidade promotora de prazer e de afecto

A subcategoria que refere a sexualidade como *promotora de prazer e de afecto*, está presente no discurso de três das entrevistadas. “ [...] *É ter prazer de estar com o outro [...] Nós encaramos a sexualidade em algumas das suas vertentes como formas de afecto, formas de tocar, de sentir a outra pessoa [...]*”(E7).

Tal como verificámos no capítulo I, a sexualidade não desaparece com a idade, reinventa é novas formas de o fazer e se há funções orgânicas que se perdem ou alteram, encontram-se outras vias de sublimar a realização, o que implica a relação com o outro noutras perspectivas (Pascual, 2002).

Sexualidade promotora de companhia

Nesta subcategoria, *promotora de companhia*, verificámos duas unidades de registo “ [...] *Ter alguém que possa estar com ele, que possa dar-lhe atenção [...]*”(E1).

“ [...] *É uma forma de se sentir mais acompanhado [...] sentem necessidade de se fixar em alguém, porque acham que aquele alguém os vai apoiar, os vai ajudar a colmatar os vazios que têm, ...as angústias que têm [...]*” (E7).

Sabemos que o envelhecimento como processo natural, se excluirmos as patologias físicas e psíquicas, pode significar ao nível da sexualidade, um maior enriquecimento na medida em que a relação deixa de ter um carácter onde domine a dimensão física e acentua-se a dimensão afectiva. A idade pode assim, “permitir vivenciar e apreciar mais a relação sexual em

todas as suas dimensões, que não apenas física, mas mesmo tornar-se mais serena e espontânea” (Ribeiro, 2002 *in* Oliveira, 2008:18).

Sexualidade reprimida

A sexualidade entendida como algo que é *reprimido* esteve presente num dos discursos. “[...] *Tenho a percepção que as mulheres idosas vêem a sua sexualidade como algo que as incomoda, que é reforçado pelos maridos [...] Quer seja pelas alterações mesmo do corpo, muitas delas não se sentem bem com elas próprias [...]*” (E4).

Como abordado no capítulo I, continuam a persistir muitos estereótipos e preconceitos a respeito da sexualidade quer nas mulheres, quer nos homens idosos, sendo um deles precisamente a que reputa a velhice como época assexuada, que têm marcado negativamente essa imagem, e “desvalorizado” as práticas sobre a sua sexualidade deste grupo. Pela abordagem teórica efectuada, se no caso dos homens idosos se associa a idade à incapacidade para o desempenho sexual, nas mulheres idosas a idade constitui-se também como sinónimo de perdas, muito pela perspectiva da beleza. O discurso da entrevista anteriormente referido confirma o que refere Machado Pais, quando fala das atitudes sexuais no passado, mas que se mantém com alguma actualidade como podemos verificar. No uso da sua sexualidade, muitas vezes as mulheres idosas eram desprezadas pelos homens, sendo incentivadas a conter e a reprimir os desejos. “No passado, se a mulher se mostrava mais sabida do que devia, era logo olhada com desconfiança com «cisma», perversa e pecaminosa. O saber da mulher estava subordinado ao controlo do marido. Já os homens, contrariamente, era de bom-tom, mostrarem-se mais conquistadores e potentes” (Pais, 2006:151).

A sexualidade é natural e faz parte da intimidade individual

A quarta subcategoria identifica a sexualidade dos idosos como algo que é *natural e faz parte da intimidade individual*, foi a mais destacada, estando presente no discurso de seis entrevistadas “[...] *Isto de falar da sexualidade é uma questão íntima [...]*” (E1); “[...] *Acho que é uma coisa normal e natural [...] faz parte da vida*” (E6).

Como verificámos, a maioria das assistentes sociais considerou a sexualidade nos idosos como algo que é natural, mostrando uma atitude positiva.

A sexualidade está ligada a questões culturais

Três das entrevistadas sublinham que a sexualidade está muito *ligada às questões culturais* “[...] *Estas pessoas vivem de acordo com os valores com que foram educadas. Não têm muita*

abertura algumas pessoas que estão mais evoluídas [...] tiveram um contexto que lhes proporcionou outro tipo de experiências [...]” (E1). Neste excerto está subjacente a ideia de que existe uma relação entre a experiência de vida quer profissional, quer social do indivíduo e a forma como este vive a sua sexualidade na velhice.

“[...] é um bocadinho complicado as pessoas saltarem esta barreira e perceberem que pelo facto de as pessoas terem 70 ou 80 anos a pessoa tem a sua sexualidade... É sempre muito complicado [...]. Porque o peso cultural é muito grande [...]” (E7).

Sabemos que existem vários factores que interferem na construção da sexualidade e que as influências sociais e culturais são determinantes nessa mesma construção e transversais à forma como ela se processa. Também no discurso de algumas das entrevistadas a questão cultural é central nas significações atribuídas.

Como refere Oliveira (2008:16) a sexualidade é vivida de modo diferente, por exemplo por um africano, por um asiático ou por um europeu; também as pessoas menos cultas tendem a viver a sua sexualidade mais espontaneamente e sem complexos. Uma sexualidade mais “descomplexada”, mais livre e mais desprovida de *tabus* e de *preconceitos*, que na perspectiva desta assistente social, assume uma posição diferente da expressa pelo autor “ [...] Não é muito fácil lidar e falar desta questão, porque a nossa população é de carácter muito rural...apesar de estarmos em Cascais, muito perto, esta população ainda tem características muito rurais e de aldeia...muitas não sabem ler, nem escrever, portanto é muito difícil [...]” (E6). Esta ideia contrária, de alguma forma, o posicionamento do autor, na medida em que atribui à ruralidade e à iliteracia dos destinatários da sua intervenção, a dificuldade em abordar temas relacionados com a sexualidade.

Verifica-se que as entrevistadas, de uma maneira geral, têm algum conhecimento da sexualidade dos idosos nas respectivas instituições, percebem-na como algo que existe e que pode assumir diversas formas de manifestação e de ser vivenciada, contudo não é um assunto comumente abordado nas suas acções quotidianas, nem acerca do qual se sintam à vontade para debater “[...] Estas pessoas têm idade para ser meus avós e estão-me aqui a confidenciar aqui coisas [...]” (E2), revelando, simultaneamente, em certos momentos da entrevista, um quase desconhecimento “[...] Eu muito francamente também tenho vindo a aprender um bocadinho sobre este tema, não é? [...] também tenho vindo a adquirir mais conhecimentos e, tenho-me surpreendido, acima de tudo, estou muito mais sensível para este tema [...]” (E4).

Se, pela própria natureza do tema, ele é do domínio privado também o conhecimento acerca dele e a abordagem que lhe fazem acontece por essa via.

“O momento de partilha acontece sempre no gabinete [...] em privado” (E4); “[...] Fala-se mas de forma informal em contexto de gabinete[...](E1).

Reforçando as perspectivas dos autores analisados sobre este tema, embora tenha havido mudanças muito significativas, pois vivemos actualmente numa sociedade muito mais pluralista e menos sancionadora, entende-se que há ainda um longo caminho a percorrer pela sociedade em geral e, muito particularmente, pelos profissionais que privilegiam do contacto diário com os idosos.

3. Comportamentos sexuais de risco nos idosos

Como já referimos no Capítulo I, apesar da universalidade dos riscos eles não deixam de onerar os grupos mais vulneráveis (Nunes, 2004:35).

Falar de comportamentos sexuais de risco nos idosos, remete-nos não só a definição de risco, defendida por Beck e Giddens, como um conceito com um génese recente e que é fruto da própria modernidade, como também para uma mudança na natureza do próprio envelhecimento e dos estilos de vida.

Face às alterações ocorridas no processo de envelhecimento à mudança de estilos de vida, vamos nesta segunda dimensão de análise, compreender a percepção das assistentes sociais face aos comportamentos de risco da população idosa e se têm conhecimento efectivo do problema.

Assim identificaram-se três categorias: *os idosos como um grupo de risco; os comportamentos de risco dos idosos da instituição; o perfil dos idosos que têm comportamentos de risco.*

3.1 - Os idosos e “grupo de risco”

Apesar de não ser terminologicamente correcto fazer-se referência a grupos de risco, mas sim a comportamentos de risco, colocámos a questão desta forma com o objectivo de melhor compreender a percepção das assistentes sociais face aos comportamentos dos idosos. Pela interpretação e análise do discurso das entrevistas a maioria considera os idosos como um grupo de risco e fazem-nos por associação ao seu comportamento sexual.

Razões de serem considerados um grupo de risco

Os comportamentos de risco apontados para se considerarem *os idosos como um grupo de risco* são diversos. Estão ligados a *preconceitos* e a *tabus* quando é referido que “ [...] Muitos deles acham que “*não acontece comigo*”, *é só com os outros [...]*” (E1). Também estão associados a

um querer (re)afirmar ou firmar a sua juventude e a sua capacidade física, denotando uma falta de responsabilidade individual. Mas como refere Oliveira “(...) É de bom tom mostrar-se potente e conquistador” (2008:20). “ [...] *Os Idosos, as pessoas com mais idade, querem viver as coisas que não conseguiram viver na juventude Então agora, procuram fazer tudo, correm riscos... de certeza que correm riscos. O que interessa é viver, o ter a experiência de ter vários parceiros ou várias parceiras [...]* ” (E1).

“[...] *Quando têm aquela necessidade de chamar a atenção e de se afirmarem perante senhoras mais novas e as raparigas mais novas, como um ponto de virilidade, claro [...]*” (E5).

Os idosos são ainda identificados como *um grupo de risco* pela prática de relações extra-conjugais, ocasionais, pautadas pela despreocupação ou falta de consciência de atitudes preventivas.

“[...] *Vêm de uma geração em que havia aquelas fugas no matrimónio [...] Relações pseudo-afectivas que envolvem questões de dinheiro [...] têm que ter algum cuidado, têm que se prevenir, mas não o fazem, arriscam [...]* Há também muita oportunidade, há muito oportunismo da indústria farmacêutica [...]” (E5).

“ [...] *A questão dos novos fármacos no mercado. Portanto, tudo isso são situações actuais e que vieram potenciar os comportamentos de risco desta população [...]*”(E7).

Acrescentam também o oportunismo da indústria farmacêutica pela facilidade com divulgam medicamentos, apelando ao seu consumo, constituindo-se neste caso os idosos como um nicho importante dos consumidores.

Razões para não serem considerados como um grupo de risco

Apenas uma entrevistada considera que os idosos não são um grupo de risco, associa os comportamentos de risco a grupos muito particulares e sublinha como *razões de não serem um grupo de risco*:

“[...] *Era uma coisa que para mim estava posta de lado, nunca me tinha debruçado, via nos tais grupos específicos, em toxicodependentes, em prostitutas, agora nos idosos não estava a ver como muito sinceramente [...]*” (E3).

A posição assumida por esta assistente social revela desconhecimento relativamente ao problema e caracteriza-se por preconceitos e estereótipos associados à sexualidade dos idosos. Conforme tratámos anteriormente vem comprovar também a perspectiva dos autores que afirmam que “os estereótipos ligados à degradação biológica, que serviu durante séculos para caracterizar o processo de envelhecimento, continuam a impregnar o imaginário cultural, cujas repercussões no processo de envelhecimento sobre a sexualidade constituem um assunto particularmente contaminado (Monteiro, 2006:414).

Como sublinhámos na abordagem teórica no capítulo I e II e confrontando com os resultados empíricos, a ausência de atitudes preventivas, por um lado, como o uso regular de contraceptivos nos relacionamentos e, por outro, a confiança estabelecida nas relações de vários anos, fazem com que de facto os idosos sejam considerados um grupo de risco, pela prática reiterada e assumpção de atitudes desprevenidas “*[...] No que respeita à prevenção é algo que eles não adoptam como rotina [...] Eu creio que tanto as senhoras, como os senhores não têm qualquer cuidado em termos de contraceptivos. Quer nas relações com as esposas quer nos relacionamentos extraconjugais e portanto esta falta de actuação (...) e de continuarem a achar que só acontece aos outros e a confiança extrema numa relação com 40 anos, com 50 anos leva a que de facto estas pessoas estejam em risco[...]*” (E4).

Pode também associar-se o risco à vulnerabilidade a que a solidão frequentemente remete os idosos. A fragilidade, a carência emocional e afectiva que muitos vivenciam e experienciam nesta fase da vida, pode conduzi-los a adoptarem comportamentos de risco “*[...] é uma altura da vida em que a pessoa pode estar mais vulnerável, mais sozinha [...]*” (E5).

“*[...] Porque são pessoas autónomas, mas muito fragilizadas, sós e com grandes carências afectivas. Vou voltar a repetir-me...pela via dos afectos, da necessidade de carinho facilmente essas pessoas podem ter comportamentos de risco [...]*” (E7).

Sobre a solidão Machado Pais (2006:15-145) sublinha que ela “só existe na medida em que é vivida (...) ela transforma-se numa espécie de bolha pessoal que não se dissipa quando acumulada com outras (...) as reformas da vida activa e as doenças em idade avançada originam, por vezes, verdadeiras retiradas da vida” e essa retirada pode conduzir à vivência, não apenas de sentimentos de solidão mas susceptibiliza os idosos para a prática de determinados comportamentos de risco, tornando-os assim num grupo vulnerável.

Pela análise e interpretação das respostas nesta categoria, verificou-se que coexistem duas posições em relação às assistentes sociais entrevistadas: por um lado as que denotam uma sensibilidade e reflexividade prática implícitas no tratamento e análise do tema e, por outro, as que o tratam na base do senso comum, quase considerando que é dispensável um conhecimento mais aprofundado sobre o tema.

3.2 – Identificação dos comportamentos de risco

Com esta categoria pretende-se conhecer e identificar os comportamentos de risco dos idosos da instituição.

Quando interpeladas sobre o conhecimento dos comportamentos de risco dos idosos da instituição, três das entrevistadas afirmaram explicitamente a sua existência, apontando como

causa principal a facilidade com que a Internet permite conhecer pessoas e criar relacionamentos.

“[...] Tenho perfeita consciência que sim [...] Muitos até pela questão da facilidade desse tipo de relações, via net. [...] E vão, e arriscam. Tenho alguns casos aqui que foram para o Brasil, atrás de conhecimentos pela net. Porque é uma pessoa que não conhece [...] ” (E1).

Outro dos motivos referidos relaciona-se com a prática de relações extra-conjugais, por parte de alguns idosos que recorrem à prostituição e tal como já foi referido, denotam ausência de atitudes preventivas. O uso do preservativo não faz parte das suas rotinas. Como refere Chaves, (2006:122,123) o idoso negligencia o seu uso e, associado ao isolamento em que muitas vezes se encontra nesta idade, recorre com frequência a prostitutas ou ainda a relações extra-conjugais.

“[...] Pronto, eu comecei-me a aperceber de que realmente havia facadinhas de matrimónio de alguns senhores que iam lá ter relações com prostitutas e depois faziam a vida normal com as respectivas mulheres [...] outros viam que o não sei quantos foi apanhado ou que foi visto na zona onde a mulher do outro senhor ia [...]”(E2).

“[...] Creio que pela conversa que muitas delas já tiveram comigo, o preservativo nunca foi algo que... fizesse parte daquela relação, nunca [...] portanto são pessoas que ainda vivem de acordo com os métodos tradicionais não é? [...]Sabe que aqui na zona há alguma prostituição e, temos aqui alguns senhores já com mais idade que ficam deslumbrados com certas coisas(...) têm algum dinheiro e estes idosos acabam por ser uma presa fácil, em certos períodos do mês(...) quando recebem as reforma [...]”(E4).

As entrevistadas que referem *não ter na instituição idosos com comportamentos sexuais de risco*, justificam esta posição com o facto de ser uma população já envelhecida e que, consequentemente, não tem condições para a prática de determinados comportamentos.

“ [...] Eu tenho uma população com 70 e tais, 80 e tais 90 anos...são pessoas com uma outra vivência diferente [...] Neste momento para a minha população não vejo como grupo de risco...já não têm idade para certas coisas [...] ” (E5).

Esta posição é reveladora da manutenção dos *preconceitos* e dos *estereótipos* associados à sexualidade das pessoas idosas, como “são velhos querem lá saber de sexo...” e apela para a necessidade dos profissionais que trabalham com eles diariamente pautarem a sua intervenção mais pela via do conhecimento do que pela via de uma prática baseada e reiterada pelo senso comum. Um dos recursos prioritários inerente a toda e qualquer intervenção é a aceitação e o respeito por algo que é natural e faz parte da vida de todos os seres humanos, independentemente da idade que se tenha e isso, obtém-se pela via do conhecimento e de uma prática reflectida e atenta.

Verifica-se também que os comportamentos de risco são transversais ao género, ao estado civil e à idade, não havendo propriamente uma fronteira que delimite.

“ [...] São homens casados, que estão saturados do casamento e procuram outra relação [...] viúvos, viúvas que procuram relacionamentos sem conhecer ” (E1).

“O comportamento de risco é transversal ao homem ou mulher e às idades que temos aqui...são os mais jovens, são os mais idosos... temos desde os cinquenta até aos 96, 97 [...]” (E2).

Uma das entrevistadas salienta que na sua instituição, os comportamentos de risco estão associados aos homens mais velhos, e às senhoras cuja idade se situa entre os 60 e os 70 anos.

“São homens mais velhos, portanto, não são homens na faixa etária dos 55 ou nem dos 60, mas os mais velhos [...] No caso das, das senhoras [...] E estou a falar de duas ou três senhoras de 60 e tal anos muito perto dos 70 anos [...]” (E4).

Como reflexão sobre este ponto e confrontando a posição assumida pelas entrevistadas, se por um lado certas respostas passam uma ideia positiva acerca da sexualidade do idoso, revelando algum conhecimento sobre esta e sobre os seus comportamentos de risco, por outro está implícita, ao longo dos discursos, uma conotação algo preconceituosa e de desconhecimento sobre a sexualidade. Exemplificando: a mesma assistente social questionada acerca da sexualidade do idoso diz *“[...] Acho que é uma coisa normal, natural[...] ” (E3)*, relativamente aos comportamentos de risco diz também *“[...] Não sei se considero... se eles são um grupo de risco...grupo de risco não sei muito bem...era uma coisa que para mim estava posta de lado...nos idosos não estava a ver muito sinceramente[...]”(E3)*. Se numa questão se expressa maior compreensão, na questão seguinte já se verifica algum fechamento.

Pela discordância e mesmo contradição em algumas das respostas, sentiu-se dificuldade em interpretar e analisar coerentemente os discursos. No entanto, as dissonâncias identificadas revelaram-se importantes na medida em que permitem concluir que ainda há um longo caminho a percorrer pelos profissionais.

Por outro lado, há interpretações positivas *“[...] Hoje cada vez mais temos uma população idosa cada vez mais activa, sexualmente, até mais tarde. Com relações interpessoais das mais diversas ordens, que gosta de estabelecer relações com outras pessoas, porque os idosos não estão mortos, nem pouco mais ou menos [...]”(E7).*

A sexualidade nasce com o indivíduo é algo dinâmico que o acompanha desde que nasce até que morre. Nem o interesse nem a actividade desaparecem com a idade. Vão-se (re) descobrindo é novas formas de a viver e de a exteriorizar. Os avanços da medicina vieram proporcionar, tanto nas mulheres mais idosas com a terapia de reposição hormonal, como nos homens com o Viagra, a manutenção de uma actividade sexual salutar, e objecto de prazer, nesta fase da vida.

Freud, ao afirmar que o prazer era o objectivo da sexualidade, “liberou-a do seu carácter de obrigação de reprodução como resultado final. Esta tese veio a ser confirmada recentemente com a emergência do conceito de saúde sexual e com a sua dissociação progressiva da ideia de algo meramente do campo reprodutivo. Veio também salientar a autonomização da vida sexual e a sua importância para a realização e bem-estar dos indivíduos ao longo da vida” (Giami, 2003 in Vasconcelos, 2004:414).

Ao longo deste segundo ponto foram analisados alguns aspectos relativos aos comportamentos de risco dos idosos, por relação à sua sexualidade, sob o ponto de vista das assistentes sociais, fica-nos contudo a ideia, por relação ao quadro teórico no capítulo II, da importância dos assistentes sociais investirem na sua *qualificação/especialização* para que possam responder cabalmente à complexidade dos problemas sociais emergentes e que lhe imprimam um verdadeiro enfoque interdisciplinar.

4. HIV/SIDA nos idosos: percepção e conhecimento

Mais do que qualquer outra doença, o HIV/SIDA continua a ter inerentes problemas de desinformação, receios, medos e discriminação, construídos a partir de percepções erradas e que se constituem como obstáculos ao conhecimento necessário para o seu entendimento.

Com este ponto pretende-se compreender qual o entendimento e o conhecimento das assistentes sociais relativamente à SIDA na população idosa em geral e a sua atitude face a situações concretas.

4.1 -Importância atribuída ao problema pelas assistentes sociais

Considerou-se como categoria de análise a *importância atribuída* relativamente ao problema do VIH/SIDA nos idosos e dentro desta, pela via dos discursos, três subcategorias, expressas no quadro seguinte.

Quadro Nº15 – Importância atribuída ao problema pelas assistentes sociais

Subcategorias	Unidades de registo
Importância Relativa	E1, E4, E8
Preocupação com o presente e com o futuro	E2, E6, E7
Não tem percepção do problema	E3

Importância Relativa

A maioria das assistentes sociais entrevistadas revela preocupação relativamente ao problema.

“ [...] Não é algo que os preocupe [...] é um problema sobre o qual não estão para pensar [...] portanto a minha preocupação é relativa e a minha actuação também tem a ver um pouco com a postura deles [...]” (E1).

“ [...] A população idosa com HIV é algo que me é um bocadinho desconhecido. Não sei se posso chamar preocupação...não faz parte da minha problemática diária... embora agora depois desta entrevista...acho que vou estar mais atenta. Tenho a certeza. Sabe? Às vezes é preciso os problemas acontecerem muito perto de nós para lhe atribuímos a devida importância...não devia ser...mas é [...]” (E4).

“ [...] A ideia que tenho é que embora existam casos de idosos afectados, não é um fenómeno de grande impacto na população idosa [...]” (E8).

Desta análise fica a ideia que embora não seja visível um conhecimento profundo relativamente ao HIV/SIDA nos idosos, existe alguma preocupação e o reconhecimento do problema tem uma relação muito directa com a existência de casos concretos, com os quais se tenham deparado e que tenham exigido um posicionamento mais atento.

Preocupação com o presente e com o futuro

A preocupação com o presente e com o futuro foi o segundo aspecto identificado em três das entrevistas.

“ [...] O problema começou a assustar-nos, aqui, quando o número dos infectados com HIV começou a ser uma realidade aqui [...] E a minha preocupação é o que vai daqui para a frente acontecer [...]” (E2).

“ [...] É claro que estou atenta [...] tem impactos mesmo a nível de intervenção e de cuidados prestados a esta população, tanto de apoio a nível social...portanto a nível de apoio, como também a nível das intervenções de saúde, acaba por se um problema que exige repensar estratégias de intervenção e ao nível das próprias políticas [...] portanto devemos respeitar o problema real antes de ele deflagrar [...]” (E6).

“É uma preocupação. E não é maior, como lhe digo, talvez pelas características dos nossos utentes. [...] É uma preocupação até porque não é uma questão que se peça um documento que afirme que sim ou que não [...] Assisti a uma conferência aqui em Cascais onde foram dados a conhecer alguns números e sinceramente fiquei preocupada com o que pode acontecer, com o que pode advir daqui [...] não só em termos sociais como até financeiros [...] isto irá futuramente afectar o sistema de Segurança Social” (E7).

Pelo contacto com as assistentes sociais aquando da realização das entrevistas e pela interpretação dos discursos, é possível inferir que a preocupação expressa tem uma dupla perspectiva. No primeiro (E2) trata-se de uma assistente social que tem duas situações de HIV/SIDA na população com a qual intervém e por isso, face à experiência do problema constrói esse conhecimento e demonstra preocupação com o futuro a partir de uma causa concreta. Isto é, o problema existe e agora? (...) *O que vai ser daqui para a frente (...) o que vai acontecer (...)*. As duas outras entrevistadas (E6 e E7) indiciam preocupação a partir do conhecimento de casos exteriores e centram-na, não apenas na pessoa e na dimensão social, mas também na dimensão financeira e na necessidade de criação de políticas sociais preventivas.

Como se pode verificar no ponto em que analisámos o papel do Serviço Social na instituição, ambas desempenham funções de gestão da instituição e, comparativamente revelam uma perspectiva mais crítica e reflexiva e uma preocupação mais *macro* e prospectiva acerca do problema.

Não tem percepção do problema

Outra entrevistada (E3) expressa que não *tinha percepção do problema*.

“ [...] Uma grande faixa na casa dos 55 anos é portadora do vírus e eu nem sequer sabia, e aquilo fez-me imensa confusão, como? Os idosos? [...] E foi aí que eu pensei pela primeira vez como é o HIV nos idosos, era uma coisa que para mim estava posta de lado, nunca me tinha debruçado [...]”(E3).

Tal como referido anteriormente embora se tenha partido de uma perspectiva de conhecimento mais geral, para se particularizar, o que concluímos da interpretação das respostas obtidas é que há uma relação muito estreita com a experiência diária, não se identificando nelas uma separação entre o que é *macro* e *micro*. Inferindo-se assim, que a preocupação atribuída ao problema é, na sua maioria, por relação à prática e à existência ou não de casos concretos no contexto institucional.

Da análise *importância atribuída* relativamente *ao problema do HIV/SIDA nos idosos* fica-nos uma ideia que será posteriormente objecto de aprofundamento e que nos orienta para três posicionamentos distintos por parte das entrevistadas: Um posicionamento atento e de preocupação com o problema, não só com o presente mas também com o futuro; um posicionamento em que há uma preocupação diminuta dado o parco conhecimento do tema; e uma terceira que revela um quase total desconhecimento, uma “quase” despreocupação. E localmente de que forma é percebido o problema pelas assistentes sociais entrevistadas?

4. 2 - Conhecimento do problema a nível local e na instituição

Conhece o problema

A maioria das entrevistadas (cinco) manifestou *conhecer* a sua dimensão a nível local.

“[...] Na terceira idade está a subir realmente o número destes casos [...] É um problema transversal [...] São os mais jovens, são os mais idosos, as mulheres [...] Neste momento sabemos exactamente porque o problema começou a assustar-nos o número dos infectados do HIV[...]”(E2).

“[...] Conheço, porque tenho utentes que têm amigas que são portadoras do vírus [...] Tive recentemente algumas formações [...] percebi que é uma problemática em evolução no concelho de Cascais [...]”(E4).

“[...] Tenho conhecimento de situação actual muito por via do GADS, têm feito um trabalho excelente ao nível de nos dar a conhecer essa problemática aqui no concelho de Cascais [...] E por notícias que vou lendo [...] começa a estar na agenda dos debates políticos a SIDA nos mais idosos[...]”(E7).

Tal como no ponto anterior, constata-se que o conhecimento demonstrado é directo, advindo da proximidade e da existência de casos concretos na instituição, ou por via indirecta. Isto é, o conhecimento é construído pela comunicação social ou por outros profissionais e instituições das quais recebem formação.

Conhece pouco, ou não tem conhecimento

Três das entrevistadas dizem que *conhecem pouco ou não têm conhecimento* da extensão do problema a nível local.

“[...] Só pelo que leio e pela formação que o GADS veio cá fazer [...] percebi que é uma problemática em evolução no concelho de Cascais” (E3).

“[...] Não temos na proximidade da aldeia conhecimento dessa problemática de HIV”(E6).

“Tenho lido algumas notícias mas sobre a SIDA noutra faixas etárias...nem a nível local nem a nível mais abrangente, não conheço nenhum estudo sobre esta problemática. [...] A SIDA nos idosos...é um assunto sobre o qual não estou informada...É uma área que conheço muito pouco [...]” (E8).

A fonte de conhecimento expressa nestes dois casos é semelhante às situações anteriormente descritas, isto é, o conhecimento advém por via indirecta. A partir de leituras (comunicação social) e/ou por via de instituições que trabalham com a problemática, no entanto estas duas entrevistadas revelam um escasso investimento em tentar conhecer melhor o

problema. E quando este acontece na própria instituição, será que é melhor percebido por estas profissionais?

Conhecimento do problema a nível local e na instituição

Cinco das entrevistadas revelam já ter tido casos na instituição.

“ [...] Eu tive conhecimento de um caso num dos Centros de Convívio. [...] Temos outro utente que tem SIDA e vai com frequência ao Centro de Convívio tal [...] Tenho também lá uma funcionária, seropositiva. [...]”(E2).

“[...] Tive aqui uma situação que foi logo no meu primeiro ou segundo ano de estadia aqui. Que foi uma senhora, com HIV [...] Depois tivemos também uma situação, daqueles casos que não estão no rendimento social, que não estão no Espaço Sénior nem no Apoio Domiciliário, mas foi uma situação acompanhada por nós [...]”(E5).

Desta análise concluímos que apenas uma das assistentes sociais tem, actualmente, casos concretos identificados, as restantes referem o problema, mas reportando-se ao passado.

Três das entrevistadas sublinham que *não tem casos concretos*, ou nunca teve *“[...] Na instituição não foi identificado nenhum caso”* (E8).

A ideia que fica deste último discurso, confrontando com o que a mesma entrevistada refere em momentos anteriores *“...embora existam casos de idosos afectados, não é um fenómeno de grande impacto na população idosa”*(E8), questionamos: Se não reconhece como sendo um fenómeno com impacto, então será que está atenta à identificação do problema se este acontecer na instituição e ele não for partilhado pelo utente?

Globalmente verificamos que há ainda um trajecto a percorrer no que concerne à forma como se lida e se entende o HIV/SIDA. Como referimos no quadro teórico torna-se imperiosa a implementação de medida preventivas, mas para isso é condição *sine qua non* conhecer.

4.3 – Atitude face a situações concretas na instituição

Nesta categoria pretendia-se compreender a atitude das profissionais face a situações concretas na instituição ou a eventual atitude em possíveis situações. Identificaram-se duas subcategorias.

Aceitação aberta

Três entrevistadas explicitaram uma *aceitação aberta*, verificando-se a referência ao princípio da igualdade e da confidencialidade a que todos os indivíduos têm direito⁸².

“[...] Nós temos que ser iguais para todos [...] Não tinha que dizer [...] Não tem que ser identificado [...]” (E1).

E simultaneamente o “princípio” da segurança e do cumprimento das normas colectivas, como manutenção e garantia da salvaguarda dos direitos individuais. *“ [...] Acho que temos que lidar com o HIV como se lida com qualquer outra infecto-contagiosa [...] se as regras forem cumpridas, em termos de segurança, para todos os utentes, ninguém corre riscos e a pessoa permanece com a sua intimidade salvaguardada”* (E7).

Não podemos deixar de remeter este discurso para a consciência moral e para a responsabilidade individual e colectiva. Na perspectiva Kantiana elas não aparecem no ser humano de uma forma independente ao problema do outro, pelo contrário, são duas questões interdependentes e indissociáveis, ou seja, só podemos ter uma boa ou má consciência de um acto ou de um gesto, na medida em que eles se colocam face ao outro. Somos seres em relação e esta qualidade é determinante para o sentido de responsabilidade de cada um de nós para com o outro.

Aceitação com reservas

Noutros casos verificou-se *aceitação com reservas*, como se pode aferir pelos excertos transcritos, sendo esta posição assumida pela maioria das assistentes sociais (cinco).

“Mesmo que à primeira vista pareça estranho, aceitaria uma pessoa que procurasse os serviços da instituição e que dissesse estar infectada. Eles têm direitos como todos os outros, não é?”(E3).

“[...] Eu enquanto Assistente Social, aceitá-la-ia..., não sei se conhecendo a minha direcção como conheço, isso seria um constrangimento para eles, porque é uma direcção de pessoas idosas, não sei que abertura é que teriam[...]” (E4).

“Se estivesse perante uma situação concreta. Se uma pessoa procurasse a instituição, com certeza que aceitava. Embora por muito assustador que pareça, não é? [...]”(E6).

“Penso que aceitaria [...] mas para admissão dos utentes, cumpriria os requisitos que contam o regulamento interno”(E8).

⁸² A Declaração Universal dos Direitos Humanos diz no Artigo 1º que “ Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos...” e no Artigo 3º que “Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança”.

Ainda que as profissionais apresentem alguma abertura face a situações concretas ou a possíveis situações, está implícita ou explicitamente colocada alguma reserva inicial nessa aceitação, independentemente de terem ou não proximidade ou experiência de casos.

“[...] A nossa função não é de modo nenhum excluir, mas integrar. No entanto devo dizer-lhe, e não vou negar que quando soube dos casos na instituição fiquei um bocadinho apreensiva não é? Como calcula, a primeira reacção que temos, instintivamente não é logo de abertura, ...é um pouco difícil de explicar...compreende? Mas depois vamos em frente como é óbvio [...]” (E2).

Como referido anteriormente e como síntese das três dimensões abordadas conclui-se, que se o envelhecimento enquanto fenómeno social começou a ser estudado nos anos 60, a sexualidade, por razões de natureza cultural, e dada a delicadeza do tema, por pertencer ao domínio da intimidade, aconteceu mais tardiamente. Também, se em relação ao conceito de idoso, nos deparamos com múltiplas concepções e muitas delas depreciativas, no que se refere à sua sexualidade, essa visão estereotipada e associada a preconceitos e a tabus, ainda é mais acentuada (Elaine Steinke, 1997)⁸³. Partilhamos da perspectiva deste autor quando salienta que um dos principais factores que continua a influenciar negativamente as representações é o importante desconhecimento acerca da sexualidade na velhice, assim como aspectos culturalmente proibitivos com respeito às relações sexuais entre os idosos. De igual modo, no que concerne ao HIV/SIDA é ainda o parco conhecimento dominante que se constitui como factor bloqueador e potenciador de preconceitos a ela associados, como já referenciado em momentos anteriores.

Consideramos ser muito ténue nestes profissionais, a linha que separa a necessidade do conhecimento efectivo e as crenças construídas à volta desta problemática, para que a abordagem feita tenha como base uma “prática antecipativa” ao problema.

Neste ponto pretendeu-se aceder e interpretar a percepção das assistentes sociais relativamente à SIDA na população idosa em geral e a sua atitude face a situações concretas. Tal como sublinhado no início, embora se tenha partido de uma perspectiva de conhecimento mais geral, para se particularizar, o que concluímos da interpretação das respostas obtidas é que há uma relação muito estreita com a experiência diária, não se identificando nelas uma separação entre o que é macro e micro. Inferindo-se assim, que a preocupação atribuída ao problema é, na sua maioria, por relação à prática e à existência ou não de casos concretos no contexto institucional.

⁸³ (<http://gballone.sites.uol.com.br/sexo/sexo65.html> consultado em 25 de Abril).

Concluímos que existe uma relação directa entre a percepção e a representação construída acerca do HIV/SIDA por parte das assistentes sociais e a dificuldade associada em responder cabalmente ao problema, quer nos reportemos a casos concretos, quer enquanto possibilidade.

As percepções reveladas constituem-se como indicadores do percurso que há ainda a efectuar pelas profissionais no que se refere: ao conhecimento da sexualidade nos idosos, das suas manifestações e da percepção face à mesma; da percepção face aos comportamentos de risco e do conhecimento que estes profissionais revelam relativamente ao HIV/SIDA na população idosa e da atitude assumida face a situações concretas.

Consideramos que há ainda um caminho a percorrer não só em termos de uma maior postura reflexiva relativamente a este problema, bem como quanto à desvinculação de um conhecimento que ainda tem por base o “senso comum” firmado em preconceitos e em tabus.

5- Abordagem sobre a Intervenção do Serviço Social: que particularidades?

“A prática profissional só deixará de ser repetitiva, pragmática, empiricista se os profissionais souberem vincular as intervenções no cotidiano a um processo de construção e desconstrução permanente de categorias que permitam a crítica e a autocrítica do conhecimento.

A prática crítica não se reduz à mera aplicação do conhecimento que vem de fora dela, mas ela própria gera a necessidade de reformulação do conhecimento, e em cada situação, é preciso uma hermenêutica, uma interpretação que alie os sentidos que se dão à prática, à análise das condições em que esta se realiza”.

Faleiros (2003:72)

Só a partir de uma prática crítica e reflexiva, que se paute por um questionamento permanente, é possível conhecer, interpretar e transformar os fenómenos sociais.

No âmbito deste trabalho a expressão intervenção refere-se à acção realizada pelo assistente social com o destinatário no contexto das organizações. Esta profissão define-se, entre outros aspectos, por um domínio de conhecimentos teóricos, de métodos e de técnicas que lhe são inerentes e, como abordámos no capítulo anterior, são estes aspectos que lhe atribuem as suas particularidades ou competências.

É com esta perspectiva que se irá prosseguir dando continuidade à interpretação e análise dos resultados das entrevistas, no que concerne à intervenção do Serviço Social, tentando extrair o lugar e sentido da dimensão reflexiva.

Para a dimensão *abordagem sobre a intervenção* foram encontradas três categorias.

5.1. A sexualidade como tema

Como se pode verificar pelo quadro seguinte, para esta categoria identificámos três subcategorias.

Quadro nº 16 – Abordagem ao tema da sexualidade

Subcategorias	Unidades de registo
Abordagem individual	E1,E2,E4,E6
Abordagem em grupo	E1, E2,E3, E4, E5, E8
Abordagem indirecta	E7

Abordagem individual

Quatro das entrevistadas referiram que essa abordagem é feita de forma *individual*.

“O momento de partilha acontece sempre aqui no gabinete, em privado [...] mesmo que eles tenham contacto com o tema por outras vias, alguma palestra, programa de televisão, estão apenas enquanto espectadores, enquanto ouvintes, depois, aquilo que lhes fica é discutido, à posteriori, aqui no gabinete comigo [...]” (E4).

“ [...] Não temos nada definido, em concreto, neste momento para essa problemática... vamos falando se houver alguma necessidade de o fazer pontualmente, se há algum utente que levanta a questão, ...até peço ajuda à psicóloga, mas nada que tenha um carácter formal ou que faça parte da nossa programação, por enquanto [...]” (E6).

Sabemos que no contexto da intervenção as acções individuais têm uma grande relevância, pelo impacto que podem produzir no destinatário. Como referido no quadro teórico, dadas as características do tema, ser do domínio privado, e das representações que lhe estão associadas é mais fácil, quer para o idoso, quer para as assistentes sociais fazerem a abordagem individualmente, seja formal ou informalmente.

Abordagem em grupo

Pelo número de respostas obtidas, a abordagem ao tema *grupo* foi a que mais se destacou. *“ [...] Numa sessão dessas, tive a necessidade de falar de sexualidade, tive algumas dúvidas e procurava algumas técnicas da área da saúde para virem falar. Depois o GADS tem feito muito esse papel de fazer sessões sobre esses temas [...]” (E2).*

“[...] A CMC levou a cabo algumas acções de formação não só para os técnicos mas também para os idosos... um grupo de enfermeiras, deslocou-se aqui ao CC no sentido de explicar um bocadinho como é que se vive a sexualidade na 3ª idade [...]” (E4).

“[...] Temos cá regularmente estágios das escolas de enfermagem, já têm feito aqui apresentações sobre o tema da sexualidade no idoso, para todos” (E3).

“[...] Eu tenho vários estagiários, que faço questão de ter em várias áreas, entre os quais enfermagem e aquilo que eu tento trabalhar é também algumas sessões de esclarecimento de vários temas”[...]” (E5).

Esta análise permite-nos concluir que a abordagem ao tema da sexualidade, enquanto acção programada e dirigida aos grupos é feita quase exclusivamente por instituições parceiras como os Centros de Saúde, a Autarquia ou pelo GADS. As acções acontecem por iniciativa destas instituições, como o caso da autarquia, ou por solicitação da própria assistente social, através da formalização de convites a profissionais com formação noutras áreas. Também utilizam a presença de estagiários, nomeadamente da área da enfermagem para abordarem esses temas.

Abordagem indirecta

A abordagem *indirecta* constituiu a terceira subcategoria identificada, presente no discurso de uma das entrevistadas. *“ [...] Temos de abordar este tema mas não de uma forma directa, talvez dando formação aos colaboradores. Começar por aí [...] ”(E7).*

Há nesta análise uma consciência expressa por parte da assistente social em relação à necessidade do tema ser discutido e tratado, mas simultaneamente uma indefinição e incerteza quanto à forma de *como fazer*. Por um lado, o facto de ser da esfera privada e das características da população alvo e por outro, a necessidade de o abordar colocam-na numa situação de alguma indecisão. *“Devo confessar que sinto uma grande necessidade profissional de abordar esta temática, (...)mas sinceramente não sei muito bem como, tendo em conta as características da população” (E7).*

Como sublinha Robertis (1992), as intervenções indirectas são muito diversificadas e ocupam um lugar central na intervenção do assistente social. Uma intervenção indirecta é aquela que o assistente social realiza fora da relação pessoal com o destinatário. Passa pela organização de acções e tarefas, das quais o sujeito vai usufruir posteriormente. *“Talvez começar por aí. Pelo esclarecimento dos colaboradores...porque afinal são eles que, primeiramente, melhor podem passar a mensagem aos idosos...nos pequenos actos do dia a dia [...]”(E6).*

Neste caso concreto e de acordo com o discurso, esta entrevistada considera que a mensagem a passar relativamente aos comportamentos de risco dos idosos, terá maior impacto

se, num primeiro momento se investir na formação dos colaboradores que trabalham diariamente com os idosos, para depois se passar à intervenção directa. Podemos concluir que na perspectiva desta assistente social, a abordagem indirecta terá um maior impacto se o esclarecimento for feito num primeiro momento, à equipa que diariamente trabalha com os idosos, no sentido de desconstruir preconceitos e tabus associados à sexualidade, para depois se intervir directamente. Pois estes são os primeiros receptores e o “veículo” propiciador à posterior passagem da mensagem.

5.2 - Procedimentos face a situações concretas de HIV/SIDA

Quisemos ainda compreender os *procedimentos face a situações concretas de HIV/SIDA*, identificando-se dois aspectos: num, a assistente social *resolve a situação pessoalmente/internamente* e no outro que *recorre ao apoio de outros profissionais*. Houve, em ambas, um igual número de respostas.

Antes de procedermos à interpretação e análise do discurso das entrevistadas deve sublinhar-se que esta questão foi colocada, quer a profissionais que já experienciaram no contexto da sua prática, no passado ou no presente, casos de utentes com HIV/SIDA, quer a profissionais que nunca passaram por essa experiência na intervenção. Desta forma, as respostas obtidas tiveram como pressuposto a experiência concreta e a condicionalidade de uma possível experiência.

Resolve a situação pessoal/internamente

Quatro das entrevistadas referem resolver a situação pessoalmente e internamente, centrando a intervenção na pessoa, guardando o sigilo e enquadrando-a nas actividades diárias da instituição.

“Já tive uma pessoa infectada [...] ele foi enquadrado exactamente como todos os outros. Portanto foi inserido no grupo normalmente [...] Nós não temos que ter cuidados extra pelo facto de termos uma pessoa portadora de HIV dentro de uma instituição [...] esses cuidados já devem já existir [...]”(E3).

“ [...] A rotina da instituição não pode ser alterada se tivermos uma situação dessas...nós temos que obedecer à vontade da pessoa, porque faz parte da intimidade de cada um, lá está, os cuidados que podemos ter com essas pessoas são os cuidados que nós devemos ter com outras quaisquer [...]” (E5).

Destas respostas apenas uma não teve casos concretos. Ainda que por suposição, a entrevistada sublinha que “[...] eu creio que a rotina diária do centro não se iria alterar por nós termos uma pessoa portadora [...] encontraríamos internamente uma saída, com certeza [...] ” (E4).

Recorre a outros profissionais

O recurso a outros profissionais face a situações concretas de HIV/SIDA está também presente no discurso de quatro das entrevistadas. As duas primeiras têm experiência de casos na instituição e, quer uma quer a outra, face a situações concretas, procuraram apoio junto de profissionais que conhecem e trabalham diariamente com o problema.

“Quando eu comecei a verificar que havia pessoas com o problema, houve realmente necessidade de recorrer ao GADS. [...] Pensei para comigo. Isto não pode ser só ficar por uma acção de formação ou de informação. Isto se calhar tem eu ir a outro nível... [...] era necessário ir mais além e eu não me sentia com competência para fazê-la. Isto não ia lá só com a minha intervenção. [...] Era importante realmente ter uma formação ao longo do tempo, feita por alguém que domine [...] O doutor X do Centro de Epidemiologia do Hospital, fez a ponte com o Centro de Saúde [...]” (E2).

“ [...] Aqui há uns 15, 20 atrás, ainda não se sabia muito, a Segurança Social pediu-me apoio, para acompanhar dois casos em SAD e pedi até ao médico do Centro de Saúde de Cascais que nos desse alguma informação que nos desse apoio nessa matéria [...]” (E7).

“Olhe a primeira coisa que fazia era contactar a colega do GADS para tentar perceber a problemática um bocadinho melhor [...] eu tive a possibilidade de contratar uma pessoa com HIV e antes de ligar à senhora para lhe para lhe fazer a proposta, telefonei à colega do GADS para saber quais eram as envolvências e como é que eu poderia tratar se ela realmente fosse contratada, como é que eu iria proceder, se era preciso comunicar às colegas, se tinha de comunicar à direcção [...]” (E6).

“ [...] Articularia com colegas da área de saúde para a colaboração da prestação de cuidados e também de informação para mim [...] e para melhor acompanhar socialmente o caso, da pessoa, da sua família [...] estar atenta aos outros utentes aqui dentro [...]” (E8).

Nestas duas últimas entrevistas, ainda que não tenham a experiência de casos na instituição, manifestam de igual modo a necessidade de recorrer a profissionais que conheçam o problema com mais profundidade.

Como já referenciado no quadro teórico, o HIV/SIDA é um fenómeno recente. Este facto eventualmente responsável pelo parco conhecimento do problema faz com que as participantes, independentemente existirem ou não casos nas instituições, recorram a profissionais de outras áreas para intervirem no problema. A interpretação dos seus discursos permite-nos atribuir um

duplo sentido a esta posição: positivo e negativo, que nos remete para a interdisciplinaridade, abordada no capítulo II. Assim, dando-lhe uma conotação positiva podemos, por analogia, considerá-la uma *interdisciplinaridade complementar*, onde diferentes disciplinas, no estudo ou na intervenção sobre determinado objecto, não se anulam mas completam-se. Neste caso, a partir das necessidades diagnosticadas pelas assistentes sociais, a alternativa para abordar o tema da sexualidade e do HIV/SIDA, foi o recurso aos centros de saúde e ao GADS. A posição interpretada como “negativa”, face à solução adoptada, tem por base a constatação que, o recurso a profissionais de outras áreas tinha subjacente alguma insegurança e desconhecimento relativamente ao problema, que como revelam estes dois exemplos podem traduzir-se numa “prática de anulação”:

[...] Era necessário ir mais além e eu não me sentia com competência para fazê-la. Isto não ia lá só com a minha intervenção [...] (E2).

[...] Eu tive a possibilidade de contratar uma pessoa com HIV e antes de ligar à senhora para lhe para lhe fazer a proposta, telefonei à colega do GADS, para saber quais eram as envolvências e como é que eu poderia tratar se ela realmente fosse contratada, como é que eu iria proceder, se era preciso comunicar às colegas, se tinha de comunicar à direcção [...] (E6).

Tendo em conta a posição assumida pelas entrevistadas e reportando ao quadro teórico considera-se que este tema apela, não apenas à pertinência da especialização profissional em determinadas áreas, bem como à consciencialização por parte destas profissionais para essa necessidade. É importante que se crie a cultura de um processo formativo contínuo e que este tenha subjacente uma “educação problematizadora na medida em que esta se faz a partir de um esforço permanente, através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo com que e em que se acham” (Freire, 1994:41).

Face aos problemas emergentes e às necessidades deles decorrentes, o Serviço Social terá de encontrar mecanismos que garantam uma renovação contínua e que lhe permitam uma postura que não seja a da adaptação ou da acomodação, do deixar para o outro que é “especialista”, porque como refere Carlos Montañó (2009:144) “ (...) hoje, especialmente na área do social não se podem demarcar espaços profissionais, compartimentando, ou estabelecendo fronteiras exactas onde começa uma e acaba a outra”.

5.3 - Estratégias utilizadas na intervenção

O Serviço Social utiliza estratégias e, permanentemente toma decisões e para que estas sejam fundamentadas, é necessária uma articulação entre a praticidade e o esclarecimento, estruturando-se as estratégias de intervenção através desta articulação (Faleiros, 2002).

A prática surge assim, de acordo com Marília Andrade (2001), não como uma mera aplicação de conhecimentos, mas como algo que é baseado num constante processo de interpretação e de transformação, de construção e (des) construção, imprimindo à acção dos assistentes sociais um *continuum* que implica uma capacidade de relação e de estabelecimento de mediações entre os diferentes protagonistas e a criação de espaços de aproximação que lhe permitam a compreensão das situações. A compreensão e o conhecimento dos contextos sociais subjacentes à intervenção, são algo fulcral e determinante para a definição das estratégias a adoptar no processo de intervenção.

Dando seguimento à pretensão de concretização do objectivo geral deste estudo, compreender o papel do Serviço Social na prevenção da SIDA e dos comportamentos sexuais de risco na população idosa, identificámos como terceira categoria as *estratégias utilizadas na intervenção* das assistentes sociais, onde destacámos oito subcategorias: *Sessões de informação/formação individual/em pequeno grupo, relação de grande abertura e de proximidade, criar/fomentar grupos de comunicação, trabalho em equipa, formação à equipa, participação/implicação da família, adequação do discurso e respeito pelos ritmos, trabalho persistente e de continuidade.*

Quadro nº 17 – Estratégias utilizadas na intervenção

Subcategorias	Unidades de registo
Sessões de informação/formação individual/em pequeno grupo	E1,E2,E4,E5,E6, E8
Relação de grande abertura e de proximidade	E1,E2, E3
Criar/fomentar grupos de comunicação	E6
Trabalho em equipa	E1,E2
Formação em/ à equipa	E1,E2,E4, E5, E7
Participação/Implicação da família	E7
Adequação do discurso e respeito pelos ritmos	E3, E4, E8
Trabalho persistente e de continuidade	E4

Sessões de informação/formação individual/em pequeno grupo

As intervenções directas são aquelas que se dirigem ao destinatário da intervenção, não importa se este é apenas um indivíduo, uma família ou um pequeno grupo. Centram-se numa relação directa com o assistente social onde ambos são actores (Robertis, 1992). As sessões de informação enquanto forma de intervenção podem ser uma estratégia em que o assistente social utiliza prioritariamente os seus conhecimentos e o seu saber para responder às necessidades dos sujeitos e, simultaneamente, criar espaços de aproximação que lhe permitam a concretização de objectivos.

Quando questionadas sobre o que fazem na sua intervenção para alterar comportamentos de risco dos idosos, identificámos, como subcategoria o recurso a *sessões de informação/formação individual ou em pequenos grupos*, presente no discurso de seis das entrevistadas. Esta subcategoria foi a que teve maior representatividade quanto ao número de respostas.

“[...] Tento esclarecê-los individualmente, dar -lhes soluções, informações [...] Tem que ser uma intervenção com grupos pequenos, porque em grupo é que há a expressão de ideias e o falar sobre alguns mitos que têm, consegue-se perceber que se calhar a vida que ela tinha é igual à outra... poder ser trabalhada[...]”(E1).

“[...] Dar alguma formação aos utentes em grupos pequenos e também conversas em privado. Portanto, acima de tudo nestas duas vertentes: formação em grupo e depois conversas de grande abertura em contexto de gabinete de atendimento [...] passa mesmo pelas acções de formação [...] primeiro muni-los de informação e depois digeri-la com eles em privado [...]” (E4).

Como se pode verificar, nestas seis respostas, está presente uma prioridade que acentua a intervenção individualizada, que tem como finalidade, entre outras, “(...) aumentar a capacidade da pessoa, que vive uma situação-problema, de a alterar e, tornar-se mais capaz de lidar com ela e de modificar comportamentos” (Silva, 2001:42). Este aspecto remete-nos para a dimensão educativa abordada no quadro teórico, enquanto elemento transformador e potenciador de novos comportamentos. Pese embora as patologias associadas ao processo de envelhecimento e à idade, a aprendizagem acontece ao longo da vida, sendo possível a aquisição e manutenção de determinadas competências se as praticarmos diferindo, no caso das pessoas idosas, o ritmo com que esse processo acontece.

Relação de grande abertura e de proximidade

Três das entrevistadas privilegiaram na sua intervenção a *relação de proximidade e de abertura*.

“ [...] É importante que o assistente social estabeleça um contacto muito próximo com o utente. Eu tento. E tento também fazer o papel de mediador [...] Conhecer as pessoas muito bem....para depois falar bastante sobre as questões [...] ”(E1).

“ [...] Aquilo que eu faço muito, mas isto tem já a ver com a minha maneira de ser, é brincar muito. A brincar, a falar e a rir muito, rirmos de nós próprios. Às vezes há sessões de risota mesmo, porque pela brincadeira, pela parte mais marota, eles começam também às vezes a falar [...]”(E2).

A centralidade na relação constitui um dos “eixos” da intervenção centrada na pessoa. Uma das particularidades do trabalho do assistente social é a possibilidade do contacto directo com as pessoas, e o diálogo, sendo necessário que este tenha também a competência e a capacidade para estabelecer relações. “Ter aptidão para o relacionamento humano, não significa querer agradar o outro, seduzi-lo como tática de trabalho. Para se ganhar a confiança, não implica nenhum tipo de acção demagógica quando a relação se baseia na autenticidade⁸⁴, na lealdade, na clareza e no sentido profissional” Ander-Egg (1995:272).

A abertura e a proximidade permitem ao assistente social o estabelecimento de uma relação de empatia, propiciadora de uma intervenção orientada para a participação e implicação do sujeito no processo. Ela é também estimuladora da descoberta de potencialidades muitas vezes desconhecidas.

Criar/fomentar grupos de comunicação

Apesar da estreita relação com a subcategoria anterior optou-se por diferenciá-la, pela relevância que consideramos que ela assume, enquanto estratégia, no contexto da intervenção, presente no discurso da entrevista (seis).

“ [...] Criámos um grupo de comunicação. Uma vez por semana, reunimos e estamos com os nossos utentes, tentamos desenvolver um bocadinho a comunicação deles, portanto algumas capacidades e fala-se de todos os assuntos [...] Esta é a forma que nós temos de chegar a estas pessoas e de as motivar e de prevenir o isolamento uns dos outros [...] o estar por estar. É essa a nossa preocupação. [...] Os utentes não têm que estar todos sempre em actividade, mas têm de ter motivo de vida. Têm de comunicar [...] Têm de se sentir motivados, de ter energia,

⁸⁴ A autenticidade é a correspondência entre o que uma pessoa pensa ou sente interiormente e aquilo que ela comunica abertamente ao outro. A autenticidade não é sinónimo de abrir-se sobre si. Para se ser autêntico não é necessário apresentar-se como um livro aberto. Uma pessoa autêntica pode agir espontaneamente mas com reflexão. (Tremblay, 2002:66).

pelo menos anímica ...! A nossa grande preocupação é de prevenir o isolamento... a abstenção da realidade e da própria vida [...]" (E6).

É através da comunicação que se enfrentam e superam problemas e esta pressupõe diversas maneiras de o conseguir. *"[...] Sabemos que essas pessoas gostam de contar a sua história de vida, no fundo gostam de falar de si [...]" (E6).*

Face à constatação de uma insuficiente interacção no grupo de idosos, esta assistente social, pretende modificar o seu comportamento, recorrendo à criação de grupos de comunicação, como estratégia de intervenção, no sentido de estimular a capacidade participativa de cada idoso, permitindo que este organize a compreensão do mundo que o rodeia e lhe dê sentido, pois "o processo de comunicação e as experiências para terem significado têm de ser comunicadas" (Howe, 1999:175).

Também os princípios do paradigma construtivista⁸⁵ dizem-nos que à medida que o sujeito analisa o objecto ele altera esse objecto e altera-se a si próprio, sendo ambos fontes de conhecimento e que, neste processo de interacção, a comunicação surge como veículo privilegiado. Desta forma a interacção social, possibilitada pelos grupos de comunicação, enquanto influência recíproca entre os indivíduos, conduz à modificação de determinados comportamentos e, neste caso concreto contrariando *"[...] a abstenção da realidade e da própria vida [...]" (E6).*

Trabalho em equipa

Falar de trabalho de equipa assume-se cada vez mais, na actualidade, como uma necessidade inerente à intervenção social. Não apenas com vista à obtenção de melhores objectivos, mas também de estimular a participação e a implicação de todos os elementos que a constituem. Sabemos que a resolução de determinados problemas exige o esforço colectivo e que o seu sucesso e eficácia serão tanto maiores, quanto mais espírito de grupo existir na organização ou instituição. Em relação ao HIV/SIDA nos idosos ou à prevenção dos seus comportamentos de risco, se efectivamente não existir um trabalho em equipa, onde todos os esforços sejam convergentes, dificilmente se conseguirão resultados positivos no que concerne à mudança de atitudes, ou à concretização dos objectivos propostos.

" [...] Eu só acredito nesta questão de mudar tabus e mudar mentalidades, se houver o trabalho em equipa [...]" (E1).

⁸⁵ Constructive Social Work – Parton e O’Byrne). “What the problem is not, or what is happening when the problem is not, leads us to think of exceptions to the problem, and this exceptions help us to see possibilities for change” (Parton & O’Byrne, 2000:56).

“[...] Não centrarmos o trabalho só em nós, e não ter problemas em recorrer a outros profissionais ou em partilhar e trocar experiências [...] só assim conseguiremos atingir, verdadeiramente os objectivos da intervenção [...]” (E2).

Sem pretender cair em contradição considera-se também que “Mucho se habla de trabajo en equipo, pero poco se hace de trabajo en equipo. No porque no se quiera, sino porque ello tiene no pocas dificultades, y porque un equipo no se hace con sólo decirlo. Necesita madurar en un proceso que, aun cuando se intente, no necesariamente se tiene garantizado llevarlo a término” (Ander-Egg & Ibáñez 1997:13-14).

Consideramos que a este nível há ainda um longo caminho a percorrer, e não se pode incorrer no erro de considerar que trabalhar juntos significa trabalhar em equipa. Como referem os autores, num trabalho de equipa há aspectos que não podem ser menosprezados: ser um trabalho realizado conjuntamente de acordo com os objectivos propostos enquanto equipa; haver uma estrutura organizativa onde sejam claras a divisão de tarefas e de responsabilidades; haver um sistema relacional dinâmico dentro da própria equipa onde haja participação, comunicação e complementaridade, constituem condições *sine qua non* ao trabalho de equipa (Ibidem).

Formação em/à equipa

Como realça esta entrevistada, “[...] A formação é a melhor ferramenta que podemos dar e ter. É preciso o conhecimento. Eu não acredito numa boa intervenção se não apostar na formação de todos os colaboradores. Talvez começar por aí. [...] Portanto temos aqui outro cavalo de batalha que é formar as pessoas e combater a desinformação [...]” (E7).

A interpretação dos discursos, remete-nos para a necessidade de formação contínua como estratégia fundamental a utilizar na intervenção, sublinhando que é através da formação que se combate a desinformação.

No capítulo II e ao longo do trabalho temos vindo a dar alguma relevância a este aspecto, à importância da formação no Serviço Social e da formação especializada como forma de resposta aos diferentes problemas. Sabemos que as transformações sociais contemporâneas, impuseram uma necessidade de actualização de conhecimentos constante e de formação contínua, transversal a todas as áreas, onde a acção social não foge a esta regra, e a qualificação/actualização permanente das equipas, são elementos essenciais para a qualidade dos serviços prestados. “ É neste contexto particular, mas não exclusivo, que é necessário apreender a parcialidade do desenvolvimento da qualificação definindo políticas de

qualificação. Esta não pode ser resumida a formação inicial ou à certificação, mas deve integrar uma formação contínua” (Chauvière, 2002:109).

Participação e implicação da família

As instituições para idosos não pretendem substituir a família, mas complementá-la. Esta relação de complementaridade é reforçada quando esta assistente social sublinha que, “ [...] Nós nunca nos substituímos à família, complementamo-nos. A casa deles continua a ser a família. É lá que estão as suas memórias, as suas vivências, até para o próprio sucesso do processo da intervenção essa visão é fundamental. A forma como a família participa, a forma como a família se implica e é ou não capaz de fazer-lhes sentir que ainda fazem parte dessa família, pode ser o garante de um maior sucesso da nossa intervenção [...] Estão aqui porque não há alternativa e porque precisam de um apoio mais eficaz e durante mais horas, mas, muitos deles, acima de tudo porque precisam de não se sentir sós [...] ”(E7).

Consideramos a subcategoria – *a participação e implicação da família* como estratégia de intervenção de extrema relevância e o sentido implícito neste discurso mostra-nos que, pese embora em alguns aspectos as instituições “substituam a família”, elas não a substituem naquilo que é fundamental. Como já referido, apesar das muitas transformações sofridas pela sociedade que modificaram não só o seu papel, como também as suas funções, a família continua a proporcionar o enquadramento natural de apoio emocional, financeiro e material que é indispensável para o crescimento e desenvolvimento dos seus membros, particularmente dos mais vulneráveis e é, como nos diz Silva (2001) o ambiente “ecológico” do ser humano. De igual modo a entrevistada sublinha que a família permanece como o principal meio na conservação e na transmissão de valores.

Pensar como estratégia a participação e a implicação da família apela, antes de mais, para uma reflexão relativamente ao papel que esta desempenha na sociedade contemporânea e à importância assumida. Apesar de todas as alterações ocorridas e que a têm afectado na sua estrutura organizativa, na distribuição de papéis, das funções desempenhadas, e nos próprios modelos actuais “(...) a família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização afectiva do indivíduo (...) sentida e desejada como verdadeira e única amarra que o prende à sociedade” (Pimentel, 2005:65).

Referimos no início deste capítulo que as preocupações resultantes dos problemas inerentes ao envelhecimento têm um carácter recente, que a protecção social não era extensível a todos os cidadãos e que as prioridades eram centradas noutros grupos populacionais. Em Portugal, só a partir de 1974 a evolução das políticas sociais dirigidas aos idosos se acentuou e a

família que, até então, era a instituição que mais assegurava a satisfação das suas necessidades, começou a ter a colaboração de instituições nessa tarefa.

Constatámos ao longo desta entrevista (E7) uma manifesta preocupação em destacar a importância do papel da família na vida do idoso, que interpretamos sob duas perspectivas: primeiro, esta assistente social revelou um grande sentido crítico e reflexivo acerca da profissão e da sua intervenção; segundo, nesta instituição para além da resposta centro de convívio existe, paralelamente, a resposta lar, e embora sejam públicos completamente distintos, possibilitam-lhe uma visão mais abrangente da realidade. Esta “dupla” experiência facultará uma maior reflexão acerca da importância do papel da família que implicitamente se espelha em qualquer um dos contextos. De facto, tratar temas como a sexualidade nos idosos e dos comportamentos de risco, ou falar sobre o HIV/SIDA, terá um maior impacto no público-alvo, se se começar também pelo envolvimento da família.

Nenhuma das outras entrevistadas fez referência à importância da implicação da família neste processo e, sobre esta “ausência” consideramos que é um caminho a percorrer. Defendemos a importância dos assistentes sociais enquanto “elementos chave” na prevenção primária, e na promoção dos comportamentos saudáveis, consideramos também que estas só são possíveis a partir do envolvimento de todos. Não basta o trabalho parcelar da instituição.

Adequação do discurso e respeito pelos ritmos

A perda de capacidades físicas e psicológicas, decorrentes da idade, em muitos casos o baixo grau de literacia, entre outros, são aspectos a ter em conta na intervenção, com esta população. Daí, reforçarmos a importância da *adaptação do discurso e das actividades às pessoas* quer em termos do seu conteúdo, quer na forma como ele é transmitido, bem como o *respeito pelos ritmos* nesse processo de interiorização.

“ [...] Quando é passada determinada mensagem temos sempre de ter o cuidado de perceber se existe uma forma mais simples ainda de a passar [...]” (E3).

“ [...] É possível aprender-se até ao fim e consequentemente educar-se, mas as acções terão de ser dirigidas, adaptadas a esta população com mais idade [...]” (E8).

Esta ideia remete-nos para a importância da adaptação do discurso e das actividades aos destinatários da intervenção. Cruzando com o quadro teórico é indispensável ter presente, a dimensão bio-psico-social e cultural dos sujeitos. A análise das entrevistas permite-nos concluir que este foi também um aspecto ao qual, as assistentes sociais mostraram sensibilidade e deram grande relevância. Falámos no enquadramento teórico acerca da importância da comunicação

destacando-a como essencial para a intervenção “É impossível não comunicar”⁸⁶. Toda a interacção social implica um uso específico de linguagem (...) e a especificidade da acção comunicativa pressupõe um entendimento entre os parceiros da comunicação Cohn (1993:67). Seguramente que uma comunicação deficitária produz uma má intervenção. Sabemos que esta ideia se pode generalizar a todas as áreas e, em todas elas, mas particularmente quando nos reportamos à população idosa, há que ter em conta as particularidades que lhe estão associadas.

Trabalho persistente e de continuidade

A necessidade de um *trabalho persistente e de continuidade* esteve presente no discurso de duas entrevistadas.

“É essencial um trabalho contínuo...com sessões muito frequentes [...] nestas idades tem de ser, é assim que funciona e que se consegue algum resultado [...]” (E2).

“ [...] Acima de tudo é preciso tempo, não é nada que se mude da noite para o dia. É preciso insistência, é preciso continuidade, não é nada que a gente fale uma vez por ano numa acção de formação e que depois se esqueça [...]” (E4).

Pese embora estas duas últimas subcategorias sejam distintas, em termos da sua interpretação, acabam por se relacionar directamente. Por analogia ao quadro teórico, em que a autora define sete estratégias de intervenção social no caso da saúde, enquadrarmo-las na “estratégia informacional cognitiva, que se baseia no saber, nos sentimentos, na cultura, nos ritmos dos sujeitos” (Moraes, 2008:46).

Como referimos no capítulo II toda a intervenção que pretenda alterar comportamentos pressupõe aprendizagem. Este, enquanto processo é contínuo, e com a população idosa, por comparação a outras faixas etárias, o que altera são os ritmos em que acontece. A adequação do discurso e respeito pelos ritmos torna-se deste modo uma estratégia fundamental para a eficácia da intervenção. Salientamos que a intervenção que pretenda alcançar metas, quer a curto, médio ou a longo prazo exige trabalho *persistente* e de continuidade, pois só estas premissas possibilitam uma intervenção preventiva. É na *continuidade* deste pensamento que iniciaremos o ponto seguinte.

Consideramos que globalmente, as assistentes sociais identificam e utilizam na sua intervenção estratégias preventivas mas fazem-no, na generalidade. Isto é, por relação à prevenção em geral relacionada com, a alimentação, exercício físico, doenças “mais comuns”, a

⁸⁶ Este constitui o primeiro dos cinco princípios ou axiomas da teoria da comunicação da Escola de Palo Alto. Esta foi fundada nos EUA em 1942, teve como precursor Gregory Bateson, surgiu como reacção à comunicação pela máquina e procurou reflectir e introduzir a ideia de comunicação numa lógica interpessoal (Pestana, 1998).

solidão ou outros, mas não por relação aos comportamentos sexuais de risco. Manifestaram conhecimento das estratégias mais eficazes na prevenção tendo presente as características da população alvo da sua acção, o respeito pelos ritmos, a continuidade e a persistência das acções, a necessidade de trabalhar em pequenos grupos, a formação, mas no que concerne à sexualidade ou à SIDA recorrem a outros profissionais. Como veremos no ponto seguinte, não assumem a abordagem destes temas mais íntimos, do foro privado, como algo que faça parte das suas competências. Esta postura reforça, de alguma forma, o paradoxo sobre as perspectivas que temos vindo a constatar entre o que se conhece, o que se faz e o como se faz.

6 – A Prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco dos idosos: práticas de cruzamento ou de anulação?

Sobre as particularidades dos assistentes sociais já abordadas no capítulo II, reforçamos a articulação com outras áreas e, por isso é fundamental que estes não desenvolvam uma prática isolada. No que se refere ao HIV/SIDA e, sendo este um fenómeno com uma dimensão também social, como referenciado no quadro teórico, deve reflectir-se sobre a sua presença e a sua importância na prevenção, no conjunto das profissões que actuam nesse âmbito.

Uma intervenção preventiva sobre um determinado comportamento, potencialmente problemático, ou sobre um problema social, pode apresentar diferenças significativas de acordo com o ponto de vista em que o risco for percebido e avaliado e, consequentemente, for entendido como necessitando de intervenção profissional.

Neste ponto visa-se, especificamente, compreender a intervenção das assistentes sociais na prevenção da SIDA com a população idosa, na relação com outros profissionais; identificar que acções são desenvolvidas e qual o nível de participação dos utentes, e perceber o efeito dessas acções na mudança dos comportamentos de risco. Assim definimos cinco categorias de análise: *lugar/papel do Serviço Social na prevenção da SIDA; tipo de acções preventivas desenvolvidas pelas assistentes sociais; adesão dos idosos às acções; iniciativa das acções realizadas; efeito das acções.*

6.1. Lugar/papel do Serviço Social na prevenção

Nesta categoria pretende-se aceder ao entendimento das assistentes sociais sobre o lugar do Serviço Social na prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco dos idosos. Da análise e interpretação efectuadas aos discursos identificámos quatro visões sobre o lugar/papel do Serviço Social comparativamente a outros profissionais.

Quadro nº 18 – Lugar/ papel do Serviço Social na prevenção

Subcategorias	Unidades de registo
Privilégio	E2,E4,E6, E7
Preponderância	E2, E7
Complementaridade	E2,E4,E5,E6, E7,
Secundaridade	E3, E8

Privilégio

O papel ou lugar do serviço social na prevenção por relação a outros profissionais foi considerado um lugar de vantagem, de *privilégio*, no discurso de quatro das entrevistadas.

“ [...] É connosco que eles desabafam e é em nós que eles depositam confiança... nós temos ali a matéria-prima à mão todos os dias [...] temos uma posição privilegiada [...] Os assistentes sociais vêem mais, os utentes e uma pessoa que lhe pode dar algumas indicações, independentemente de ser mais nova ou ser mais velha...é o Assistente Social que tem aquela carga de aconselhar, do que é que devem fazer [...] os outros profissionais não têm essa regalia” (E2).

“[...] Acho que nós assistentes sociais que trabalhamos nos centros de convívio estamos de facto na primeira linha, nós temos aqui a relação privilegiada” (E4).

“[...]Somos nós que estamos efectivamente diariamente com eles ...A enfermagem, não desvalorizando, claro que também tem um papel muito importante, mas não tem o contacto diário, a cada minuto [...]”(E6).

Daqui se depreende que há uma consciência nítida das assistentes sociais relativamente à sua importância e ao seu papel desencadeada pela proximidade com os destinatários, que a sua intervenção lhes permite. Consideram esta relação de privilégio, como se constata, pela vantagem e possibilidade do contacto diário, enquanto elementos potenciadores de uma abertura em termos da relação que é possível estabelecer, comparativamente a outros profissionais. São efectivamente estas profissionais que estão na “*primeira linha*” e que podem diagnosticar situações de risco, constituindo-se um dos elementos chave na prevenção primária.

Preponderância

Comparativamente com outros profissionais, “[...] Nós temos um papel realmente fundamental na vida destes idosos dos Centros de Convívio. Não digo inigualável, não vou usar essa palavra tão forte, mas acho que é de supremacia comparativamente aos outros em muitos aspectos [...] eles desabafam muito connosco e estão pré-dispostos a cooperar. [...]” (E2).

“ [...] A prevenção deste tipo de doenças, nunca passará sem uma intervenção do Assistente Social. Nós temos essa sensibilidade, conhecemos a realidade, conhecemos as famílias, de uma forma que,

seguramente, muitas vezes os profissionais de saúde não conhecem [...] temos em nossa posse muito mais elementos para poder passar a mensagem de uma forma mais adequada que qualquer outro profissional [...] Para já, nós, enquanto técnicos existentes numa instituição temos uma relação de proximidade muito maior com os utentes [...] os profissionais de saúde actuam muito em linha recta [...] Portanto eu atrever-me-ia a dizer que o assistente social [...] não só é capaz de transmitir os conceitos da área da saúde, como também é capaz de apresentá-los e perceber as representações sociais que estão associadas a determinado tipo de comportamentos e imprimir-lhes a dimensão social inerente [...]” (E7).

Há nestes dois discursos, particularmente, no último, percepções que colocam a profissão num lugar de supremacia e de hegemonia relativamente às outras que intervêm no mesmo campo. E as profissionais explicam isto não com o sentido de sobrevalorização da profissão, mas antes porque *“[...] temos em nossa posse muito mais elementos para poder passar a mensagem de uma forma mais adequada que qualquer outro profissional [...]*”(E7).

As assistentes sociais estão de facto “na primeira linha” e têm essa “mais valia” da proximidade com os cidadãos.

Complementaridade

Considerando que o processo de envelhecimento não pode ser visto apenas em termos demográficos (alterações na estrutura da idade da população), mas assume também aspectos biológicos, psicológicos e sociais, de igual modo a prevenção de factores de risco associados a esta população, requer uma intervenção multidimensional. Nesta perspectiva, como já referido em momentos anteriores deste trabalho, justifica-se que estejam presentes diferentes contributos profissionais, sendo importante analisar as relações entre si. Em que estas não pautem pela anulação, mas pela complementaridade e convergência de saberes.

Seis entrevistadas indicam e identificam que o papel do Serviço Social na área da prevenção é, por relação a outros profissionais, de *complementaridade* entre os diferentes saberes.

“ [...] O equilíbrio de uma pessoa passa precisamente por essas dimensões, clínica, biológica, psicológica e pela dimensão social. [...] Aqui o papel do assistente social, [...] faz muito bem o elo, de ligação entre as outras dimensões temos alguns instrumentos de despiste, que se calhar outros não têm. Não são tão notórios, mas que são capazes de nos dizer alguma [...]” (E5).

“ [...] Os assistentes sociais que estão no terreno são muitas vezes o elo entre as pessoas e os outros profissionais e são um ponto de referência [...]têm, portanto um papel muito relevante nesta questão da prevenção e são um meio facilitador (...) no entanto considero também que nos complementamos [...]” (E6).

Esta complementaridade expressa-se porque os assistentes sociais são detentores de instrumentos de análise que permitem uma primeira avaliação, como o diagnóstico, e após a detecção do problema tornam-se um “meio facilitador” e um elo de ligação com os outros profissionais.

Secundaridade

Duas assistentes sociais consideraram de *secundaridade* o papel do Serviço Social na prevenção por relação a outros profissionais.

“No meu caso aqui concretamente, eu tenho de facto esse papel da retaguarda, de 2º plano (...) Com mais facilidade talvez o idoso fale mais destas questões com o médico e com o enfermeiro, do que com o assistente social [...]” (E3).

“O papel do assistente social é importante na prevenção [...] Mas isto teoricamente...porque na prática há temas que é melhor serem abordados por outros profissionais do que por nós, faz-me mais sentido [...]” (E8).

Encontramos nestes depoimentos alguma analogia e coincidência com a autora Garcia Salord (in Montañó, 2009:138), relativamente à discussão sobre a “especificidade” do Serviço Social quando afirma que “(...) a especificidade do assistente social não recai no facto de ele intervir no terreno das interacções sociais, pois nelas actuam diversas profissões. O assistente social não intervém directamente⁸⁷ nos fenómenos constituídos como problema, mas indirectamente. Cria sim, condições propícias à intervenção de outros profissionais, ou à implementação de programas de desenvolvimento, de políticas de bem-estar social ou de projectos”.

Como reflexão consideramos que “a base de conhecimentos de todas as profissões está, por um lado em permanente mudança e construção e, por outro, numa interacção constante com outros campos profissionais” Payne (2001:45) e que por esse motivo se requer um (re) pensar, uma (des) construção e uma (re) actualização permanentes da intervenção. Isto, para que deixem de subsistir sentimentos de alguma insegurança, como está presente nestes dois discursos e que colocam a profissão, nestas duas perspectivas, numa posição de *secundaridade*. Como assumido em momentos anteriores e de acordo com Inês Amaro, o Serviço Social ganhará se souber incorporar no seu campo de saberes, contributos que vêm de outras áreas do conhecimento (Amaro, 2008:66). *“[...] Em determinadas questões, creio que nós podemos partilhar com outros técnicos e podemos estabelecer aqui parcerias muito interessantes [...] Portanto é um enriquecimento e não uma substituição[...]*” (E4).

⁸⁷ Na perspectiva da autora, intervêm directamente nos problemas os médicos, os advogados, os arquitectos, os psicólogos, etc., os assistentes sociais intervêm indirectamente.

Globalmente, através dos discursos recolhidos, é indiciador que para estas assistentes sociais que o Serviço Social tem um lugar *privilegiado, preponderante* e de *complementaridade* na intervenção com a população idosa e na prevenção dos seus comportamentos de risco, relativamente a outras profissões.

Apesar da análise indicar que o maior número de assistentes sociais se revê na função de *complementaridade*, a maioria (neste estudo é a totalidade) opta por recorrer a profissionais de outras áreas ou aos estagiários, sempre que no seu quotidiano têm necessidade de abordar temas como a sexualidade, (auto) *secundarizando* o seu papel, designadamente por não se reconhecerem neste tipo de competência.

Como mencionámos no início deste ponto pretendíamos compreender a intervenção das assistentes sociais na prevenção dos comportamentos de risco e do HIV/SIDA nos idosos, sem sobrevalorizar ou atribuir um papel de supremacia à profissão, mas reconhecendo que ao nível da prevenção primária pode ser um dos primeiros elementos do processo.

6.2. – Tipo de acções preventivas desenvolvidas pelas assistentes sociais

Falar de *acções preventivas* requer falar de uma diversidade de práticas e do modo como são desenvolvidas por relação à implicação dos sujeitos alvo dessa intervenção.

Neste ponto iremos primeiramente distinguir a prevenção numa perspectiva abrangente, para a circunscrever posteriormente por relação aos comportamentos sexuais de risco, diferenciando também as instituições que foram objecto de formação (dada pelo GADS) e as instituições que não tiveram as sessões de formação.

Para a categoria *tipo de acções preventivas desenvolvidas pelas assistentes sociais*, foi possível tipologizar três modos de acção.

Quadro nº 19 – Tipo de acções preventivas desenvolvidas pelas assistentes sociais

Subcategorias	Unidades de registo
Acções informativas	E1,E2,E3, E4, E5, E6, E7, E8
Acções expositivas	E1,E2,E3, E4, E5, E6, E7, E8
Acções interactivas	E2, E5, E6, E8

Verificamos o predomínio das acções expositivas e das informativas com oito unidades de registo, sobre as interactivas com quatro unidades de registo.

Acções informativas

Reconhecendo que todas as acções têm, de certa forma, as três componentes, considerámos pertinente diferenciá-las.

“[...] Temos trabalhado um tema muito actual a transmissão do vírus H1N1[...]Recorri a algumas informações, brochuras, apliquei na instituição, facultei-lhes algum material, recorri à Segurança Social, centros de saúde, informações que tivessem para entregarmos aos idosos [...]” (E4);
“ [...] Nós fazemos reuniões semanais [...] Porque depois as acções preventivas são em função disso. [...]” (E7).

Dos discursos analisados constata-se que, no seu dia a dia, as assistentes sociais entrevistadas realizam acções preventivas, através de actividades que são associadas à prevenção de doenças mais comuns nos idosos. Estas centram-se essencialmente na informação que é feita directamente através de sessões individuais ou colectivas, ou indirectamente, afixando informação no espaço frequentado pelos idosos, que contenha mensagens de fácil leitura ou visualização de modo a que a mensagem seja captada e interiorizada. Fazem também pequenas reuniões semanais com carácter informativo sobre acontecimentos relacionados com a vida da instituição.

Acções expositivas

As *acções expositivas* são baseadas essencialmente na realização de palestras, sessões esclarecimento, sessões temáticas, havendo diversidade nos temas apresentados. Nesta subcategoria identificámos seis unidades de registo.

“[...] Fazem-se palestras sobre vários temas, tento fazer formações em articulação com outras instituições, e neste momento, tenho uma médica voluntária, de clínica geral e estou a tentar que todos os utentes vão à consulta, falar de questões de saúde e quase de certeza algumas pessoas querem falar sobre a questão da sexualidade[...]” (E1).

Pese embora como supra referido não possamos desassociar destas acções a componente informativa, elas vão um pouco além. Incluem o debate e tentam fomentar a participação dos idosos.

Acções interactivas

A realização de acções *interactivas* está presente no discurso de três entrevistadas, utilizam técnicas diferenciadas e potencialmente mais propiciadoras à participação como: “*focus group, workhsops, teatralização, roleplaying, visionamento de filmes com posterior debate e discussão fomentando, desta forma, uma maior implicação dos idosos.*

“[...] por exemplo costumamos debater vários temas em que damos a conhecer às pessoas, elas reflectem sobre ele e depois em grupo discutimos, sendo eu ou uma das minhas colegas a dinamizar essas sessões[...] Acções, sensibilização através das várias técnicas [...] dar temas e estimular o debate, peças de teatro, etc.[...]” (E5).

“[...] Utilizamos algumas metodologias como rollplay, jogos, o visionamento de determinados filmes que abordam aquela temática, aquela problemática. [...] Também há conversas que abordam diversos temas [...] portanto o conversar, sem ser com aquele carácter tão institucional [...] fomentar uma postura de conversar, de partilhar [...]” (E6).

Fazendo uma retrospectiva e cruzando com o que já foi referenciado, as *acções informativas*, realizadas em pequenos grupos, com um carácter informal, ou individualmente em contexto de gabinete, são as que predominam no quotidiano das instituições onde foi realizado o estudo.

Como vimos no quadro teórico, a origem e o conceito de prevenção estão associados à medicina e à epidemiologia que definiram as acções preventivas como uma intervenção orientada de modo a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a sua incidência e prevalência nas populações e procurando evitar os riscos. Este é o princípio orientador da prevenção primária. A partir da análise e da interpretação das entrevistas, consideramos que embora este grupo de assistentes sociais não faça prevenção direccionada para o tema da sexualidade, fá-lo por relação a outros problemas, centrando-se essa prevenção, fundamentalmente nos níveis secundário e terciário.

De acordo com Vallespir (in Osório, 2007:227) “os idosos agem da forma que sempre agiram ao longo da vida e participam conforme aprenderam a participar”. Assim, consideramos, que a sua participação se torna numa questão fulcral, sendo imperativo que quer ao nível das actividades desenvolvidas, quer dos programas preventivos, quer ao nível das políticas sociais, estas não sejam pensadas ou programadas à margem dos idosos.

Reportando-nos ao nosso objecto de estudo, se ao falarmos de acções preventivas desenvolvidas pelas assistentes sociais, elas não forem planeadas a partir das necessidades sentidas pelos idosos e da sua participação na decisão, dificilmente se educará para a prevenção e para a promoção de estilos de vida saudáveis. Contudo, verificamos que em alguns casos,

existe preocupação com as metodologias utilizadas, procurando que estas sejam diversificadas, apelativas e que fomentem a participação dos idosos. É sobre a implicação e a participação dos idosos nesse processo que vamos reflectir, desenvolver e compreender nos pontos seguintes.

6.3 - Iniciativa das acções realizadas

Relativamente à iniciativa das acções realizadas verificámos três situações distintas, mas que em alguns casos coexistem. Assim, essa iniciativa pode *partir dos idosos, da assistente social ou de instituições exteriores/outros profissionais*.

Quadro nº 20 – Iniciativa das acções realizadas

Subcategorias	Unidades de registo
A partir dos idosos	E1,E2
A partir da assistente social	E2,E4,E6, E7, E8
A partir de instituições exteriores/outros profissionais	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8

Como verificamos, apenas em dois casos a iniciativa parte dos destinatários. Cinco das entrevistadas referem que a iniciativa parte delas próprias e em todas encontramos a iniciativa das acções a partir de instituições exteriores. Analisando as unidades de registo constatamos que no caso da entrevistada (E1) essa iniciativa das acções pode partir de qualquer um dos elementos considerados.

Nesta análise estão contemplados temas que incidem sobre a prevenção de comportamentos de risco, quer esses comportamentos sejam relacionados com a alimentação, com a ausência de exercício físico ou com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesta última, diferenciámos o nível e a forma de participação das assistentes sociais, pois em todas as entrevistas analisadas verificámos uma intervenção indirecta. Já relativamente à prevenção de outros comportamentos, constatámos uma participação directa. Esta ideia remete-nos para o quadro teórico, uma vez que a proposta das acções para a prevenção dos comportamentos sexuais de risco e do HIV/SIDA partiu da iniciativa do GADS.

Nas instituições em que houve sessões de prevenção de comportamentos sexuais de risco, o papel das assistentes sociais no processo centrou-se na divulgação “[...] o meu papel aqui é mais até de divulgação. Pois foi feita por mim e depois também expus alguma divulgação nos placards

e foi feita também de boca a boca. Falei com algumas pessoas... não querem vir, não querem saber?”(E1); “[...]O GADS propôs-nos aquela formação “quebrar Tabus” nós fomos a uma reunião com eles e eu achei bastante interessante o projecto [...] e acabámos por aderir [...] Depois eu é que informei numa reunião de utentes, fiz uma explicação acerca do projecto[...]”(E2); na sensibilização dos idosos à participação e no acompanhamento propiciando as condições necessárias à concretização das acções.

A assistente social que, confrontada com situações concretas, solicitou a intervenção do GADS, de igual modo, responsabilizou-se pela divulgação das acções, no entanto, assumiu no processo uma postura de compromisso com a prevenção relativamente aos idosos que não aderiram à participação nas sessões. “ [...] O meu papel aqui era como mediadora. Eu não intervinha, directamente nas sessões só na divulgação, saber o que era necessário [...] estive presente em todas as que tivemos. [...] Era a anfitriã da casa, havia sessões em que havia convidados [...] O meu papel era realmente fazer o ponto da situação nas reuniões mensais com o resto do grupo e chamando sempre alguém, algum elemento que quisesse participar e que não se importasse de se expor, de partilhar com o resto do grupo o que tinha sido debatido. Para o final já todos queriam participar [...]”(E2).

Cruzando esta categoria com a anterior, *tipo de acções preventivas*, verificamos que as acções expositivas e interactivas são, na sua maioria, da iniciativa/propostas de instituições exteriores, “[...] São apresentados vários temas aos idosos por entidades envolvidas nas acções...Câmara, outros Centros, a Junta de Freguesia, mas a escolha e as prioridades dos temas é feita pelos utentes [...]” (E8); “Há temas que são da iniciativa da autarquia [...] advêm de um questionário aplicado aos utentes. Portanto foram os que os utentes seleccionaram como prioritários”(E4); outras são da iniciativa da assistente social, “[...] Nas acções aqui promovidas por nós parte muito das necessidades que nós vamos verificando”[...]”(E2) e, residualmente, de uma solicitação dos idosos, “[...]Também já aconteceu, os utentes deslocarem-se ao meu gabinete e pedirem para da próxima vez que tivermos, que fizermos uma formação, ou uma conversa ser este tema a ser debatido [...]”(E4) .

Existem nas instituições planos “fixos” de actividades que são definidos anualmente pelas assistentes sociais, e outras actividades “esporádicas” que se vão planeando e executando de acordo com as necessidades e ou manifestações de interesse dos idosos. Pese embora não haja muito equilíbrio ao nível da decisão, as actividades são definidas maioritariamente pelas profissionais, assumindo elas um elevado destaque na concepção, execução e avaliação do plano.

Paralelamente coexistem actividades propostas por organizações exteriores, a autarquia, a junta de freguesia ou outras, mas o seu planeamento é antecedido por uma auscultação aos

idosos em cada instituição a fim de se definirem quais os temas das sessões. Nestas situações as assistentes sociais têm uma função de divulgação, incentivando os idosos à participação, e de acompanhamento de forma a garantir o sucesso das sessões realizadas por outros profissionais, assumindo deste modo um papel indirecto na intervenção. No caso da assistente social que se confrontou com três situações de HIV/SIDA, propiciou condições para que houvesse uma intervenção directa, recorrendo no início ao Centro de Saúde e posteriormente ao GADS. Foi nesta sequência que se iniciou o processo de prevenção dos comportamentos de risco e do HIV/SIDA nos idosos, em algumas das instituições, porque nem todas se mostraram “permeáveis” no tratamento da questão da prevenção.

Neste universo, apenas uma das assistentes sociais solicitou a intervenção do GADS, nas restantes instituições (três) em que decorreram sessões, a proposta partiu do GADS. É sobre a adesão dos idosos às actividades propostas que vamos falar no ponto seguinte.

6.4 - Adesão dos idosos às acções

“A acção profissional constrói-se em conjunto entre o profissional e o sujeito, o que garante a concretude da mesma” (Martinelli, 1994:12). Isto significa que a participação dos destinatários pressupõe uma prática baseada na sua centralidade no processo de intervenção.

A adesão dos idosos às acções constituiu-se como categoria tendo-se identificado três subcategorias: *gradual e variável*, *boa e espontânea*, *fraca*. Salientamos que nestas subcategorias estão inseridas todas as acções de âmbito preventivo e, por isso, referem-se aos dois grupos de instituições (as que foram objecto de acções preventivas por parte do GADS e as que não foram).

Quadro nº 21 – Adesão dos idosos às acções

Subcategorias	Unidades de registo
Adesão gradual e variável	E2,E4,E5,E6,E8
Adesão boa/espontânea	E2,E3,E4
Adesão fraca	E1,E5,E6

Adesão gradual e variável

Adesão gradual porque se verifica, num primeiro momento, quase sempre uma menor participação e *variável* pois depende também da actualidade dos temas, com a relação dos

mesmos com a pessoa e, uma vez que o número de mulheres frequentadoras das instituições é superior ao dos homens, também elas são mais participativas “[...] *As mulheres aderem muito mais do que os homens. No entanto a evolução é de facto os homens também estarem presentes...temos vindo a conquistar esse público [...] Temos outros que nem são frequentadores diários, que têm conhecimento desta acções, muitas delas até são pessoas que ainda estão no activo e que depois vêm segundo o interesse do tema, pela sua actualidade ou afinidade [...]*” (E4).

Uma das entrevistadas sublinha que a participação também varia em função do grau de escolaridade. “*Mais mulheres, mas muito eclético [...] São pessoas informadas, com escolaridade média que mais se entusiasma*” [...] (E5); “[...] *A adesão é positiva, mas depende muito dos temas abordados [...] e são frequentadas maioritariamente pelas mulheres, também há homens[...]em menor número [...]*”(E8).

Acentua-se a importância da relação que os temas das actividades efectuadas com os idosos deve ter com o quotidiano destes. Como verificámos, em ambos os excertos esta identificação do tema ao seu dia-a-dia, mostra-se determinante não só para um maior envolvimento e participação dos habituais frequentadores das instituições, como também para implicar outros que regularmente não o fazem. Concluimos que para se prevenir os comportamentos de risco e do HIV/SIDA, e promoverem comportamentos saudáveis, um dos aspectos a ter em conta é que as actividades planeadas contemplem esta perspectiva da relação ao quotidiano dos destinatários.

Adesão boa/espontânea

Para a subcategoria, *participação boa/espontânea*, encontramos três unidades de registo.

“[...] *Nós pensámos ao princípio achámos que a adesão iria ser incipiente em 3 dos centros. Mas não, tivemos, que constituir mais que um grupo, foram 3 grupos [...] O final teve uma participação massiva. [...]*” (E2).

“[...] *Já tivemos situações muito curiosas de até nos pedirem para alguns amigos que não são sócios ou utentes poderem estar presentes também[...]*”(E4).

A implicação dos destinatários nas acções não é uma tarefa fácil e o processo ainda se torna mais complexo se esses destinatários são idosos. O sucesso verificado nestas acções comprova as perspectivas dos autores analisados no quadro teórico acerca da importância da actualidade dos temas e da sua adequação ao público-alvo, aos seus contextos de vida.

Reiterando a ideia desenvolvida no ponto das estratégias profissionais parece ganhar força a ideia de que as profissionais guiem a sua intervenção, não como uma mera aplicação de conhecimentos, mas como algo que é baseado num permanente processo de interpretação e de transformação da realidade. É preciso conhecer para intervir.

Adesão fraca

Pela interpretação dos discursos verifica-se existir uma relação entre o grau de escolaridade e o percurso de vida profissional e a participação.

“Não é muita mesmo. [...] É como lhe digo, nós temos aqui tanta gente a frequentar as aulas, temos a academia, que é uma universidade sénior, e nem com estas pessoas do clube sénior consegui mobilizá-las para esta formação [...] temos aqui pessoas com formação superior e essas não aderiram mesmo. Tive mesmo poucas pessoas. De 10, ficaram 3 mulheres [...]”(E1).

A ideia expressa revela um sentido contrário ao da entrevista (E5). Enquanto na subcategoria anterior, *adesão variável*, se verifica maior participação nas idosas (apenas participaram mulheres) mais escolarizadas, nesta, os idosos com um grau de escolarização mais elevado são os menos participativos. Frequentam a instituição com objectivos muito concretos, sendo selectivos face ao que lhe é proposto pela instituição *“[...] No fundo eu acho que vêm aqui um pouco para criar novas amizades, ter interesses diferentes, para viver... ter aqui uma convivência agradável com outras pessoas, ir a festas, ir a passeios[...]”(E1).*

No que se refere às actividades de prevenção dos comportamentos de risco como referiu a assistente social apenas participaram três senhoras, curiosamente as que possuíam a escolaridade básica, porque para os restantes entendem que *“[...] assim questões mais de fundo...para a maioria...sabe isso ainda é associado aos mais pobres [...]”(E1).*

Confirmando o que foi dito no quadro teórico esta análise remete-nos para a persistência dos estereótipos e dos preconceitos e acima de tudo para a desinformação existente em relação à transversalidade da doença.

6.5. Efeito das acções

O efeito das acções preventivas revela, na sua maioria, alteração nos comportamentos de risco dos idosos. A análise dos discursos levou-nos a considerar duas subcategorias: *Alteração efectiva de comportamentos* e *alteração momentânea de comportamentos*.

Quadro nº 22 – Efeito das acções

Subcategorias	Unidades de registo
Alteração efectiva de comportamentos	E2, E3, E4,E5, E7
Alteração momentânea de comportamentos	E3, E4, E6, E7, E8

Alteração efectiva de comportamentos

Quanto ao efeito das acções realizadas que visam a prevenção de comportamentos de risco, verificamos que elas têm impacto nos destinatários da intervenção.

“ [...] O efeito das acções sentiu-se aí no dia-a-dia e ainda actualmente é tema de conversa entre eles. [...] Foi, foi tema de conversa com as filhas e com os filhos em casa [...] E é engraçado que a maior parte deste grupo, conseguia transmitir aquilo que tinha aprendido. E de uma forma divertida [...] Falar da sexualidade aqui quase deixou de ser tabu [...]” (E2).

“[...] Uma das utentes que participou, tem um filho portador de HIV e disse-me: “Havia coisas que eu tinha medo que o meu filho fizesse porque eu também tinha medo de ficar infectada, e agora eu percebo que nada daquilo é possível... eram os meus medos [...]” (E3).

Pese embora tenhamos constatado uma fraca relevância atribuída a esta questão, manifestada pela assistente social, a análise da resposta mostra-se bastante reveladora e indicia a estreita relação entre o desconhecimento e a desinformação que teimam em persistir e o modo como se lida com o HIV/SIDA. Os medos, os preconceitos e a confusão em relação às formas de transmissão e a persistência “(...) dos clichés do contágio. A associação da contaminação não só relativa a grupos específicos, mas através de instrumentos nos dentistas, bisturis, etc.” (Lopes, 2006: 180).

Como está presente nos discursos, as assistentes sociais em cujas instituições decorreram acções de prevenção relacionadas com o HIV/SIDA, referem a alteração de comportamentos através de uma maior abertura face ao tema, não só entre os pares, em contexto familiar e também a preocupação em divulgar para os mais jovens. *“[...] Eles propuseram também reproduzir esta peça para os mais novos, com esta preocupação de divulgar. E de representarem aqui no centro [...]” (E5).* Esta preocupação em divulgar a mensagem junto dos mais jovens ou junto dos pares que não participaram nas actividades traduz-se num efeito, que consideramos multiplicador na medida em que a informação recebida foi divulgada para outros grupos.

Confrontando com o quadro teórico interpretamos que, também a abertura verificada pode ter uma estreita relação com o processo de aprendizagem e que a educação se constitui como um instrumento de transformação social que pode propiciar a aceitação de novos valores (Carvalho, 2001). Assim, consideramos que toda a acção preventiva comporta em si um processo educativo e que é transformador, comparativamente à situação inicial.

Alteração momentânea de comportamentos

Nesta subcategoria identificámos cinco unidades de registo.

“[...] Durante os primeiros tempos, sim, até se percebia que eles falavam, perguntavam: vais à Dra. Ana? Mas depois com o tempo ia caindo no esquecimento o assunto [...]” (E3).

“[...] Estamos a falar de uma percentagem muito pequena [...] isto pode parecer uma coisa muito simples, mas o meu colega terapeuta percebeu que eles não lavavam muito as mãos e desenvolveu uma campanha onde colocou por todo o centro cartazes: já lavou as mãos hoje? E foi engraçado porque isto teve um impacto muito grande na altura [...] falavam sobre isso entre eles e começaram a questionar os que não o faziam...mas depois desvaneceu [...]” (E6).

Uma breve reflexão quanto ao efeito das acções preventivas permite-nos concluir que globalmente, estas provocam alteração nos comportamentos ainda que, por vezes, possam ser momentâneas, e que também é possível encontrar o seu efeito multiplicador pela vontade expressa em divulgar nos grupos mais jovens.

De acordo com o analisado na revisão bibliográfica, consideramos que a eficácia e o impacto das acções nos destinatários da acção têm uma relação estreita com a persistência, a continuidade e actualidade do problema. Ou seja, para além da necessidade de um trabalho contínuo e persistente, ele deve ser pensado tendo em conta o quotidiano, as vivências, os ritmos e as trajectórias individuais dos idosos.

No que concerne à alteração efectiva de comportamentos sexuais de risco não obtivemos informação conclusiva através da interpretação das entrevistas, tendo as assistentes sociais assumido mesmo não saber responder à questão [...] *“Em termos de conhecimento concreto de alteração de comportamento de risco, não lhe posso dizer se teve ou se não teve [...]”* (E5). Embora saibamos que nem sempre os conhecimentos se traduzem em práticas preventivas efectivas, na medida em que as informações teóricas não dão necessariamente lugar a uma consciencialização dos riscos, esta constatação permite-nos reiterar algo que temos vindo a defender ao longo do trabalho: Apesar de reconhecermos o importante papel que estas profissionais desempenham e de valorizarmos a dedicação e o empenhamento constatado na manutenção da qualidade de vida dos idosos, tal como Montañó, consideramos que é essencial quebrar algum “conservadorismo no campo da intervenção profissional. É preciso assumir a responsabilidade e o desafio de enfrentar as novas necessidades emergentes sendo indispensável para isso, saturar-se de conhecimento crítico acerca da dinâmica da realidade sobre a qual e com a qual se interage” (2009:199).

Importa que o Serviço Social, para defender uma relação horizontal com as outras áreas do saber, produza conhecimento sobre a realidade onde intervém e o traga também para o

debate. Só assim o Serviço Social será “a locomotiva que faz andar”, assumindo ao lado dos demais profissionais uma posição de igualdade, enquanto impulsionador da *engrenagem* na prevenção da SIDA e dos comportamentos de risco dos idosos.

Termina-se este capítulo III com a convicção e uma profunda consciência que " (...) só depois de ter conhecido a superfície das coisas, nos podemos aventurar a procurar o que está por baixo. Mas a superfície das coisas é, por si, inesgotável" (Calvino, 2002:63).

No ponto seguinte procederemos a uma síntese dos resultados e apresentaremos as conclusões deste estudo e algumas propostas para futuras pesquisas.

CONCLUSÕES

Tendo partido para esta investigação da leitura de uma notícia que referia o “aumento da SIDA nos maiores de 55 anos no concelho de Cascais”, o percurso exploratório efectuado permitiu-nos constatar o número de casos (76) de HIV/SIDA nesse concelho, e que a transmissão sexual é uma das principais causas destas infecções⁸⁸.

A partir daqui desenhámos dois propósitos: compreender a expressão do problema na população idosa, designadamente a frequentadora de centros de convívio e academias, e o papel do Serviço Social na prevenção da SIDA e dos comportamentos sexuais de risco.

Da inquietação e curiosidade iniciais, que motivaram a descoberta e a formulação de questões, passámos à construção teórica, que possibilitou e explicitou a fundamentação das questões e o delinear dos objectivos.

Iniciámos o enquadramento teórico da dissertação com uma retrospectiva histórica da SIDA, desde o seu surgimento até à actualidade, partindo de uma análise macro para o vir situar na sua expressão micro, o concelho de Cascais, contexto geográfico onde decorreu o estudo. Apresentámos as vias de transmissão e os dados epidemiológicos mais recentes que nos possibilitaram a visualização do fenómeno, em termos quantitativos e relacionámo-lo com os comportamentos sexuais de risco.

A SIDA é hoje um fenómeno global e transversal a todos, independentemente do sexo, da idade, ou da cultura e, comparativamente com o seu perfil inicial, deixou de ser uma doença ligada a grupos específicos para se associar aos comportamentos de risco. Apesar das descobertas científicas e da vasta informação existente sobre as formas de infecção e de prevenção, o número de pessoas infectadas continua a aumentar⁸⁹ (embora o número de novas infecções tenha diminuído) e o estigma a persistir. A incidência da SIDA na população acima dos 55 anos em Portugal reflecte a tendência mundial de aumento do número de casos motivado por transmissão sexual, em indivíduos que tiveram comportamentos de risco já nesta faixa etária. Nalguns casos, a doença resulta da introdução da terapia anti-retroviral, que possibilitou o prolongamento de vida de indivíduos que contraíram o vírus enquanto jovens.

⁸⁸ Dos 76 casos que ocorreram entre 1989 e 2009 apenas 4 apresentaram outra via de transmissão.

⁸⁹ Na avaliação global da epidemia, Michel Sidibé (2010), director da ONUSIDA, refere que houve uma diminuição de 20% em novas infecções durante a última década, no entanto a epidemia está longe de ser controlada. Conseguiu-se a redução da taxa de contágio em aproximadamente 56 países, mas apesar disso continuam, diariamente a ser infectadas com o vírus 7 mil pessoas.

Na continuidade deste percurso procedemos à reflexão e ao estudo dos conceitos de prevenção e de promoção e à sua relação com a dimensão educativa, bem como com as estratégias de intervenção necessárias para a promoção de comportamentos saudáveis.

Pelos autores analisados concluímos que à prevenção terá de se associar a ideia de risco e do seu acautelamento e que as premissas fundamentais se suportam na análise e modificação do ambiente social e na construção de competências que abranjam o maior número possível de sujeitos, onde as noções de universalidade e de colectividade estejam subjacentes. A esta ideia associamos a promoção que não exclui a de prevenção, mas tem um sentido mais amplo. Tanto a prevenção como a promoção têm uma estreita relação com a educação, sendo ambas essenciais na elaboração de programas e de projectos específicos, bem como para a definição de estratégias mais eficazes que possam viabilizar um maior sucesso na intervenção.

A revisão da literatura, o seu aprofundamento e a realização do estudo empírico permitiram-nos compreender, ainda que com algumas surpresas, o papel do Serviço Social na prevenção em geral e na prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos sexuais de risco nos idosos.

A opção por instituições, centros de convívio e academias seniores, teve por base essencialmente as características dos destinatários que acolhem – prioritariamente os cidadãos com 65 e mais anos embora nos últimos anos se tenha verificado uma maior procura destas instituições a partir dos 50 anos.

Numa sociedade a envelhecer, onde cada vez mais pessoas são retiradas da vida activa antes dos 65 anos, considera-se de extrema relevância a existência de instituições que pautem a sua orientação pelo desenvolvimento de programas educativos, culturais e relacionais adaptados e direccionados para um tipo de população, cujas características e exigências diferem, se comparadas com um passado recente. Instituições que possibilitem e assegurem, acima de tudo, a qualidade de vida das pessoas, a continuidade do seu desenvolvimento e actualização de conhecimentos, a aquisição de novas competências e simultaneamente sejam, um espaço de convivência intergeracional saudável. Porque muitas vezes, pela disponibilidade, pela autonomia física e psicológica, pela solidão e pela precariedade das relações familiares, podem desenvolver relacionamentos que, pela ausência de uma cultura preventiva sejam facilitadores de comportamentos de risco.

A partir da informação recolhida no estudo empírico, de um total de 854 frequentadores das instituições, 106 têm idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos, 217 entre os 65 e os 69 anos e os restantes acima dos 70 anos. Esta população tem, na sua maioria, autonomia física, frequenta estes espaços por decisão própria e não por imperativos familiares, ou de outra

natureza, revela capacidade de decisão na escolha das actividades em que participa e mostra-se selectiva nessa escolha. A constatação da alteração do perfil da população idosa requer uma mudança na forma de olhar a intervenção e permite-nos apontar a necessidade de incorporar novas propostas interventivas que permitam reorientar a prática das assistentes sociais.

Sabemos que a população idosa constitui, actualmente, “um grupo de risco” e a merecer uma intervenção urgente uma vez que as pesquisas efectuadas nos revelam que as suas práticas sexuais são, na maioria desprotegidas. Regista-se, por outro lado, que as campanhas preventivas das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são quase exclusivamente, dirigidas à população jovem, em idade reprodutiva. Vimos que a transmissão sexual (heterossexual) é a que predomina na faixa etária considerada e é responsável pelos números actuais, no concelho de Cascais, e que o desenvolvimento de relações ocasionais, sem a utilização de preservativo, está na origem dessa transmissão. Ainda o diagnóstico tardio, nas relações estáveis surge como uma das causas responsáveis por uma parte das infecções. Estes pressupostos reforçaram a nossa convicção sobre a necessidade, supra referida, de uma mudança de paradigma da intervenção do Serviço Social na prevenção. Daí o interesse em compreender também neste estudo, a percepção das assistentes sociais entrevistadas sobre a sexualidade e sobre os comportamentos de risco dos idosos.

Conscientes que para atingir os objectivos inicialmente propostos iríamos tocar em temas envolvidos em preconceitos e em tabus, tínhamos igualmente a convicção que estas profissionais que aceitaram colaborar nesta investigação iriam enriquecê-la e contribuir para a sua fundamentação.

Sabendo do privilégio da regularidade e da proximidade das assistentes sociais com esta população e pela importância que lhe reconhecemos no âmbito da prevenção primária, quisemos compreender o papel do Serviço Social na prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos sexuais de risco nos idosos frequentadores de centros de convívio e academias seniores no concelho de Cascais. Especificamente pretendíamos também, identificar os conhecimentos e a perspectiva dos assistentes sociais face ao HIV/SIDA e à sexualidade e comportamentos de risco da população idosa, compreender o papel do Serviço Social na prevenção do HIV/SIDA por relação a outros profissionais, identificar acções de âmbito preventivo utilizadas na intervenção, em que nível da prevenção se situa a intervenção dos assistentes sociais e apreender as percepções sobre as mudanças verificadas nos comportamentos de risco.

As assistentes sociais entrevistadas, têm entre os 27 e os 49 anos e são do sexo feminino e a duração da sua actividade profissional com idosos oscila entre os 4 e os 17 anos. Todas têm como formação de base a licenciatura em Serviço Social e apenas uma possui graduação na área

da gestão de equipamentos sociais. Constatámos que a maioria das profissionais está consciente da necessidade de continuar a sua formação, de modo a que a sua intervenção seja mais qualificada e inovadora e que consequentemente, se traduza numa melhoria da qualidade de vida dos destinatários da sua intervenção.

Através do estudo efectuado verificámos ainda que as assistentes sociais têm conhecimento da sexualidade dos idosos nas respectivas instituições, percebem-na como algo que existe e que pode assumir diversas formas de manifestação. Independentemente do carácter, estável ou ocasional que a relação possa ter, os idosos continuam a querer relacionar-se com o outro e a gostar de agradar e ser agradados. A sexualidade foi entendida, por este grupo de profissionais, como promotora de prazer e de afecto pela forma como se expressa nos pequenos gestos do dia a dia, o seu lugar como companhia, na medida em que contribui para diminuir o sentimento de vazio e de solidão e dar um sentido à vida. A sexualidade ainda foi referida como reprimida pela forma como muitas vezes motiva a rejeição e a vergonha das alterações físicas trazidas pelos anos.

Embora as entrevistadas tenham demonstrado conhecimentos acerca da sexualidade dos idosos nas respectivas instituições, concomitantemente, constatámos que está profundamente associada a tabus e a preconceitos e que não é ainda um assunto comumente abordado na sua intervenção. Assim, as influências sociais e culturais aparecem nesta pesquisa como determinantes para a construção social da sexualidade, sendo essas influências transversais à forma como ela se processa.

Reforçando as perspectivas dos autores analisados para o enquadramento do tema, e apesar das significativas mudanças, porque vivemos actualmente numa sociedade mais pluralista e menos sancionadora, este estudo deu-nos uma visão do longo caminho que há ainda a percorrer pela sociedade em geral e, muito particularmente, pelas/os profissionais que têm o contacto diário com os idosos.

Como podemos então perspectivar uma intervenção preventiva neste campo sem a prévia desvinculação de preconceitos e de tabus por parte das/dos profissionais? Por certo que as representações acerca da sexualidade dos idosos influenciam a intervenção sobre o problema em vários campos profissionais.

Com base nas percepções sobre os comportamentos sexuais risco e da SIDA nos idosos, constatámos duas posições distintas. Por um lado, as assistentes sociais que reconhecem os “idosos como um grupo de risco” e apontam como causas principais a facilidade com que a Internet permite conhecer pessoas e criar novos relacionamentos, bem como a prática de relações extra-conjugais, a utilização do *Viagra*, o recurso à prostituição e à ausência de atitudes

preventivas (como o uso do preservativo). Por outro lado, as que referem não ter na instituição idosos com comportamentos sexuais de risco, justificando esta posição com o facto de ser uma população já envelhecida e, consequentemente, não ter condições ou interesse em determinados comportamentos. Estas duas posições apontam também para dois níveis de conhecimento acerca dos comportamentos de risco. No primeiro grupo estão as profissionais que, porque conhecem o problema e as suas implicações denotam uma atenção e reflexividade para o tratamento e análise do tema, explicitando que os comportamentos de risco são transversais ao género, à idade e ao estado civil. O segundo grupo é composto por profissionais que dizem desconhecer o tema, relativizando-o pela inexistência de situações concretas. Esta discordância e mesmo contradição em algumas das respostas revelaram-se importantes e mostraram-nos que um dos recursos prioritários, a toda e qualquer intervenção preventiva sobre esta problemática, passa pela aceitação da sexualidade nos idosos. Independentemente da idade que se tenha, a sexualidade deve entender-se como algo que é natural e faz parte da vida de todos os seres humanos e isso obtém-se pela via do conhecimento e também de uma prática reflexiva, atenta e destituída de preconceitos.

A abordagem ao tema da sexualidade, enquanto acção programada e dirigida aos grupos é feita, quase exclusivamente, por instituições parceiras como os centros de saúde, a autarquia ou pelo GADS e as acções acontecem por iniciativa destas instituições e, com menor expressão, por solicitação da própria assistente social, através da formalização de convites a profissionais com formação noutras áreas. Paradoxalmente, constatámos nos discursos das profissionais a necessidade e a pertinência do tema ser discutido e tratado, mas simultaneamente reconhecemos-lhe uma indefinição e incerteza quanto à forma de *como fazer*.

O conhecimento e reconhecimento da SIDA enquanto problema que afecta a população idosa, numa perspectiva mais abrangente, ou a nível local, no contexto da instituição revelaram, neste estudo, ter uma relação directa com a presença de situações concretas no âmbito da intervenção das assistentes sociais. Esta relação permite-nos distinguir três “perfis”/visões: i) as profissionais atentas ao problema, não só no presente mas também com o futuro, as quais face a casos concretos, tomaram medidas; ii) as profissionais com uma preocupação relativa mas atentas e que mostraram abertura para a necessidade de intervenção no problema; iii) e as profissionais que revelaram algum desconhecimento e que associam o problema a grupos muito específicos. Esta última posição questiona-nos sobre as repercussões que podem ter face ao surgimento de situações na própria instituição. Em geral verificámos que, embora todas tenham mostrado abertura perante a possibilidade de aceitarem uma pessoa seropositiva ou com SIDA, está implícita uma reserva inicial nessa aceitação, mesmo naquelas que têm casos na instituição.

Partilhamos da perspectiva dos autores abordados no quadro teórico que defendem que, um dos principais factores que continua a influenciar negativamente as representações sobre a sexualidade na velhice, é o importante desconhecimento que persiste, assim como os aspectos culturalmente proibitivos referentes às relações sexuais entre os idosos. De igual modo, no que concerne ao HIV/SIDA, é também o escasso conhecimento dominante que se constitui como factor bloqueador e potenciador de preconceitos que lhe estão associados.

O estudo permite-nos considerar ser muito ténue, nos profissionais, a linha que separa a necessidade do conhecimento efectivo e as crenças construídas à volta desta problemática, para que a abordagem efectuada tenha como base uma “prática antecipativa” ao problema. Tal como Lopes (2005) entendemos que num processo onde se pretenda a mudança de comportamentos, os conhecimentos, as habilidades, as estratégias e os recursos requeridos são determinantes.

O facto de a SIDA ser um fenómeno recente pode, eventualmente, ser responsável pelo parco conhecimento e respectiva divulgação sobre o problema e faz com que as assistentes sociais se considerem substituídas recorrendo a profissionais de outras áreas, por vezes descartando a importância que podem ter como primeiro elemento no processo da prevenção. Paradoxalmente, o estudo mostra-nos que se por um lado se identificam, comparativamente a outros profissionais, como alguém que ocupa um lugar de privilégio, de preponderância/hegemonia, por outro, quando confrontadas com situações reais, ou com a possibilidade, remetem o problema para outras áreas. Não seria controverso se, em alguns dos casos analisados não houvesse a constatação de alguma anulação da própria profissão comparativamente a outras (mais especialistas). Ou seja de haver um maior auto-reconhecimento da profissão, no que concerne ao seu papel na prevenção primária, e uma prática mais crítica e reflexiva, porque só a partir dela é possível conhecer, interpretar e transformar os fenómenos sociais.

O que faz então e como faz este grupo de assistentes sociais para prevenir os comportamentos de risco e o HIV/SIDA dos idosos frequentadores dos centros de convívio e academias seniores no concelho de Cascais?

Por um lado sabemos que são os profissionais de primeira linha e que têm em sua posse os elementos chave para iniciarem o processo de uma intervenção preventiva: i) quer ao nível do diagnóstico; ii) quer intervindo através da planificação e do desenvolvimento de acções que capacitem, eduquem e motivem os idosos para a adopção de comportamentos saudáveis; iii) quer ainda, constituindo-se como um elemento mediador na procura de recurso a outros profissionais, estabelecendo parcerias, no sentido de promover uma prática interdisciplinar. Por outro lado, constatámos que a abordagem ao tema da sexualidade, ou da SIDA enquanto acção

programada e dirigida aos grupos é feita quase exclusivamente por profissionais de outras áreas e, maioritariamente, por iniciativa de outras instituições. As assistentes sociais fazem prevenção de alguns comportamentos de risco relacionados com a alimentação, com a prevenção de algumas doenças, promovem, através das actividades realizadas, estilos de vida saudáveis, mas não fazem prevenção directa dos comportamentos sexuais de risco. Revelaram-se também conhecedoras de algumas estratégias que se sabe serem fundamentais para a prevenção, mas fizeram-no sobretudo por relação à prevenção em geral, e menos relacionada com o problema. Constatámos assim, que os níveis de prevenção predominantes na intervenção são o secundário e o terciário, e com menor expressão o primário. No que concerne à prevenção de comportamentos sexuais de risco nos idosos, a ausência de práticas preventivas de nível primário, por parte das assistentes sociais revelou-se neste estudo, ser um dos factores bloqueadores à redução do risco nesta população.

A perspectiva sobre o efeito das acções de prevenção mostra alteração nos comportamentos de risco dos idosos, seja efectiva ou momentânea, visível através de uma maior abertura face ao tema, não só entre os pares, mas em contexto familiar e também numa preocupação/vontade em transmitir para os mais jovens. Isto leva-nos a concluir, à semelhança do que deixou apontado o quadro teórico, que o desenvolvimento de uma intervenção preventiva com os idosos que pretenda promover comportamentos saudáveis é possível, através de um processo educativo, sendo fundamental ter presente também, a necessidade da sensibilização de todos os agentes gerontológicos que com eles interagem diariamente. Só este compromisso global pode contribuir para a redução do risco efectivo.

Sobre a alteração de comportamentos sexuais de risco a informação obtida foi de desconhecimento. Esta constatação reforça a nossa convicção sobre a necessidade das assistentes sociais repensarem e reorientarem a sua prática, de modo a compreenderem o impacto das acções preventivas, não descurando a avaliação sistemática na/da intervenção. Porque para a prática ser transformadora, é necessário não só o estabelecimento de objectivos, mas também estar atento a todo o processo e, igualmente procurar um equilíbrio entre os meios utilizados e os resultados pretendidos.

Consideramos imperativo que se criem condições mais imediatas para alterar os comportamentos de risco dos idosos e que se promova com eles estilos de vida saudáveis, onde a educação para a saúde, enquanto elemento constitutivo da prevenção primária, seja pensada como um processo contínuo, capaz de desenvolver neles a consciência crítica para as causas reais dos seus problemas. Sendo assim necessária uma prática emancipatória e autonomizadora que proporcione e que promova a autonomia e a capacidade de decisão dos idosos. Este

constitui um dos desafios do Serviço Social e simultaneamente uma das suas particularidades pela proximidade e contacto diário que tem com os destinatários da sua acção.

Concordamos com Montañó (2009) ao considerar que os problemas e as necessidades decorrentes das transformações sociais fazem com que as profissões se desenvolvam, criem novos e aprofundem os velhos saberes e se especializem campos de conhecimento. Assim, pensamos que a prevenção da SIDA apela, não apenas à pertinência da qualificação profissional especializada nesta área, mas acima de tudo à consciencialização por parte das profissionais para essa necessidade. É importante que se crie a cultura de um processo formativo contínuo e que a temática da prevenção faça também parte dos programas curriculares do Serviço Social⁹⁰.

Face aos novos problemas emergentes, o Serviço Social terá de encontrar mecanismos que garantam a sua renovação contínua, que lhe permita uma postura que não seja a da secundarização, do deixar para o outro que é “especialista”, como em alguns casos o estudo apontou.

Sendo a prevenção da SIDA um dos desafios da actualidade para a intervenção do Serviço Social, consideramos basilar a sensibilização e o envolvimento de profissionais que numa perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar se articulem de modo a produzir reflexão sobre o problema, e onde a prevenção primária, pelo seu pendor antecipatório, se assuma como estratégia comum mais efectiva. O envolvimento efectivo das/dos assistentes sociais ao nível da prevenção primária pode constituir-se como a “peça-chave” neste processo. Se entendermos a prevenção enquanto norma activa na implementação de programas que visem a melhoria da qualidade de vida das populações, ela tem de se desenvolver a partir de “intervenção primárias”, sendo condição *sine qua non* a uma maior eficácia na resolução do problema.

Conhecer os diferentes contextos sociais e as especificidades de cada grupo são pressupostos essenciais para que o assistente social identifique as potencialidades e os limites da sua intervenção. Assim, promover comportamentos saudáveis junto da população idosa requer antes de mais, uma prática pensada nas suas necessidades e nas suas aspirações que vise atingir o seu bem-estar e a sua qualidade de vida numa perspectiva global.

Para além dos resultados positivos obtidos nesta dissertação, é possível indicar-lhe algumas limitações. Embora tenhamos atingido o ponto de saturação relativamente aos dados recolhidos, consideramos reduzida a dimensão da amostra e desta forma os resultados obtidos não são representativos nem generalizáveis a outras situações, designadamente porque se reportam a um contexto delimitado. Acrescentamos também as “aritmias” que caracterizaram e

⁹⁰ Em pesquisa efectuada algumas das licenciaturas em Serviço Social contemplam a Prevenção nos programas de algumas UC de Serviço Social.

marcaram este trajecto que, se por um lado, foram uma limitação relativamente ao cumprimento de prazos, por outro permitiram um amadurecimento de algumas das ideias aqui assumidas e defendidas.

A abordagem a esta problemática permitiu-nos constatar a necessidade de investigações nesta área. Assim deixamos como sugestões para pesquisas futuras: i) A importância de se compreender junto das/dos profissionais quais as áreas onde há maior fragilidade em termos das suas necessidades formativas e fomentar a articulação às universidades no sentido de se adaptarem não só os currículos da formação de base, mas também de se criarem formações especializadas mais específicas que respondam as essas necessidades; ii) A realização de investigação específica sobre – o lugar do Serviço Social na prevenção comparativamente a outras profissões, onde se pronunciem não apenas os assistentes sociais mas também os outros profissionais – parece-nos fundamental para a compreensão da problemática e para uma redefinição das estratégias da intervenção/prevenção; iii) Seria interessante compreender o modo como as representações acerca da sexualidade dos idosos determinam a intervenção das/dos assistentes sociais e perceber junto da população idosa o impacto das acções de prevenção sobre o conhecimento da SIDA e a alteração efectiva de comportamentos.

Concluimos esta dissertação com as palavras de uma das entrevistadas e com a convicção de que a realização do estudo empírico, pelo contacto que possibilitou com este grupo de assistentes sociais, provocou uma reflexão sobre a perspectiva de olhar a intervenção e a prevenção.

“Para finalizar gostava de dizer-lhe que de facto pelas perguntas que me fez nesta entrevista, acabei por reflectir nas fragilidades da minha intervenção enquanto assistente social (...) e deixou-me a pensar profundamente sobre o tipo de trabalho que de facto se faz, (...) Não temos o hábito, nem a cultura, nem o tempo para reflectir e tentar perceber qual é a perspectiva que cada um tem relativamente à prevenção e qual é efectivamente o trabalho que se faz nestes centros...e nem temos sequer a consciência da importância do papel que desempenhamos (...) e a sua entrevista deixou-me a pensar...” (E4)⁹¹.

⁹¹ Notas retiradas já no final, depois de concluída a entrevista. Por lapso não tinha ainda desligado o gravador... (E4).

Bibliografia

- AAVV (2003). *Intervención social y demandas emergentes*. Madrid: Editorial CCS.
- Abreu, M. M. (2002). *Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional*. São Paulo: Cortez.
- Abric, J. C. (1996). *Exclusion Sociale, Insertion et Prevention*. France: Érès.
- Albarelo, L., Digneffe, F. Hiernaux, J. P., Maroy, C., Ruquoy, D. & Saint- George, P. (1997). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Amaro, I. (2008). Os campos paradigmáticos do Serviço Social: proposta para uma categorização das teorias em presença. In *Locus Soci@l*, nº 1, (pp.65-80).
- Ander-Egg, E. & Idáñez, M. J. A. (1997). *El Trabajo en Equipo*. Argentina: Colección Humanitas.
- Ander-egg, E. (1995). *Introdução ao Trabalho Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Andrade, M. (2001). *Serviço Social e Mutações do Agir na Modernidade*. Tese apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do grau de Doutor em Serviço Social, sob a orientação da Professora Doutora Aldaísa Sposati. São Paulo.
- Andrade, M. (2005). Serviço Social Campo de Intervenção e Protagonistas do Agir. In *Estudos do Serviço Social Brasil e Portugal*, nº 2, São Paulo, PUC/SP.
- André, M. R. & Reis, A. C. (2004). SIDAania, o Direito à Inclusão das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. In *Cidade Solidária*, Lisboa, SCML.
- André, M. R. (2005). *Adesão à Terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA: estudo exploratório em sujeitos do Centro de Convívio e do apoio ambulatório de um serviço da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Lisboa: Stória Editores.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação*. Coimbra: APPORT.
- Almeida, L M. (2004) Da prevenção primordial à prevenção quaternária. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol. 23 (1).
- Alvarez, M. J. (2005). *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco: O Guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Ander-egg, E. & Aguillar M. J. (1995). *Cómo elaborar un proyect*. Buenos Aires: Lúmen.
- Autès, M. (1999). *Les Paradoxes du Travail Social*. Paris: Dunod.

- Azevedo, M. (2006). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares – sugestões para a construção da escrita*. 5ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Baillergeau, É. (2008). Intervention sociale, prévention et contrôle social : La prévention sociale d'hier à aujourd'hui..In *Déviance et Societé*, Vol. 32, nº 1, (pp. 3-20)
- Banister, B., Norman, T. B., & Gillespie, S.H. (2003). *As Doenças infecciosas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Baptista, M. V. (2001). *A Investigação em Serviço Social*. Lisboa: CPHITS/VERAS.
- Barros, C. P. & Santos, J. C. G. (1997). *As Instituições Não-Lucrativas e a Acção Social em Portugal*. Lisboa: Vulgata.
- Bastos, C. (2002). *Ciência, poder, acção: as respostas à Sida*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais.
- Beck, U. (1999), *World Risk Society*. London: Publishers Lda.
- Beck, U. (1998). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Beck, U., Lash, S., & Giddens, A. (1997). *Modernização reflexiva*. São Paulo: UNESP.
- Berger, L. & Mailoux-Poirier, D.M. (1995). *Pessoas Idosas : uma abordagem Global – processo de enfermagem por necessidade*. Lisboa: Lusoditata.
- Berger, P.L. & Luckman, T. (2004). *A Construção Social da Realidade*. 2ª edição. Lisboa: Dinalivro.
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde – manuais universitários*. Lisboa: Climepsi.
- Bernex, R. (1986). *SIDA-AIDS, O que cada um deve saber para a combater*. Mem- Martins: Europa América (Tradução de Wanda Freitas Canas Ferreira).
- Bernoux, P. (s/d). *A sociologia das Organizações*. Lisboa: RÉS- Editora, Lda.
- Biscaia, A., Martins, J. N., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A.R. & Ferrinho, P. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Blaikie, N. (2000). *Designing social research: the logic of anticipation*. Londres: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2008). *Para uma Sociologia da Ciência*. Lisboa: Edições 70.
- Bourdieu, P. (1993). *La Misère du Monde*. Paris: Seuil.
- Borgianni, E., Guerra, Y. & Montañó, C. (Orgs.) (2003). *Sevicio Social Critico*. Cambridge, Malden: Polity Press.

- Bozon.M. (2004). Sociologia da Sexualidade. *Ciências e Saúde Colectiva*. Vol. 9 (4): Rio de Janeiro
- Branco, F. (2008). A investigação em Serviço Social em Portugal: trajectórias e perspectivas. In *Locus Soci@l*. nº 1, (pp.48-63).
- Brant de Carvalho, M. C. (1979). *Serviço Social – Uma Nova Visão Teórica*. 3º. Edição. São Paulo: Cortez.
- Butt AA, Dascomb KK, Desalvo KB, Bazzano L, Kissinger PJ. & Szerlip HM HIV infection in the elderly persons. *Southern Medical Journal*. [Em linha]. Vol. 94, nº 4 (2001), p. 397-400. Disponível em [www:<URL:http://www.aidsportugal.com/print.php?sid=549>](http://www.aidsportugal.com/print.php?sid=549). [Consultado em 20 de Junho de 2010].
- Cabral, M.V.V., & Ferreira, P.M. (2010). *Sexualidades em Portugal – Comportamentos e Riscos*. Lisboa: Bizâncio.
- Caetano, M. J.A. (2000). *Prevenir não é só informar*. Actas I Encontro Nacional. Odivelas.
- Calado, D. (2004). Velhice, Solidão ou vida com sentido? In Quaresma, L. (coord.), *O sentido das idades da vida. Interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Edições CESDET.
- Calduch, J. de H. (1985). *Malalties de transmissió sexual – la Sida*. Barcelona: Ediciones Proa.
- Camus, A. (2009). *La Peste*. Tradução Ersílio Cardoso. Lisboa: Livros do Brasil.
- Canavarro, M. C. (2003). *Qualidade de Vida e Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carvalho, M. I. L. B. (2005). *Problematização dos espaços de conhecimento e acção no Serviço Social*. Ensaio elaborado no âmbito da cadeira de doutoramento Desenvolvimento do pensamento e da teoria em Serviço Social, 1º programa de doutoramento em Serviço Social, ISSSL e ISCTE. Lisboa: CPHITS.
- Carvalho, G. S. Anastácio, Z. C., & Vasconcelos-Raposo, J. (2001). *Educação sexual como contributo para a promoção e educação para a saúde*. Actas do I Encontro de promoção e Educação para a Saúde: Beja.
- Carrillo, J. M. M. (2006). *Fundamentos del Trabajo Social: Trabajo Social y Epistemologia*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Casau, N.C. (2005). *Perspective on HIV infection and aging: Emerging research on the horizon*. Chicago: University of Chicago Press.
- Chaves, C. (2005). Sida e o Idoso. Metodologias Educativas de Âmbito Preventivo. In *Revista do ISPV*, nº 32, Millenium, Viseu.
- Chauvière, M. & Tronche, D. (2002). *Qualifier le Travail Social: Dynamique professionnelle et qualité de service*. Paris: Dunod.

- Chon, G. (1993). A Teoria da Acção em Habermas. In Brant de Carvalho, M.C. (org.) *Teorias da Acção em Debate*. São Paulo: Cortez.
- Cláudio, V., & Mateus, M. (2000). *SIDA: eu e os outros*. Lisboa: Climepsi.
- Costa, A. (1995). Face-a-face com o vírus. Lisboa: *CAT das Taipas*, (Colectânea de Textos, 7).
- Corckik, J. L. (2006). *Preconceito, Indivíduo e Cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 3ª Ed.
- Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (orgs.) (2003). *Promoção da saúde – Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Czeresnia, D. (1997). *Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na génese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- De Vita Jr., .V.T., Hellman, S., & Rosenberg, A. S. (1991). *AIDS SIDA: etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção*. 2.ª edição. Rio de Janeiro: Revinter.
- Dias, A. (2005). *A infecção VIH/ SIDA na população idosa com mais de 50 anos: Análise estatística da população idosa com mais 50 anos infectada em Portugal*. 6º Congresso – Comunicação – Tema: Epidemiologia, Prevenção e Saúde Pública (Epidemiology, Prevention and Public Health).
- Dominelli, L. (2004). *Social Work. Theory and practice for a changing profession*. Cambridge: Polity Press.
- Dominelli, L. & Bernard, W. T. (Ed.) (2003). *Broadening horizons. Internacional Exchanges in Social Work*. Aldershot: Ashgate.
- Duque, V. (2002). *Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – Perspectiva Epidemiológica*. Coimbra: Minerva.
- Durkeim, É. (1968). *Les formes élémentaires de la cie religieuse*. Paris: PUF.
- Dubar, C. (2006). *A Crise das Identidades: A interpretação de uma mutação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Eco, H. (2004). *Como se faz uma Tese em Ciências Sociais*. 11ª edição. Lisboa: Presença.
- Falcão, M. C. (1986). A prática Social na Modernidade. In *Intervenção em Serviço Social*. Lisboa: (4) ISSSL.
- Faleiros, V. P. (2002). *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- Faleiros, V. P. (2001). Desafios do Serviço Social na Era da Globalização. In *100 Anos de Serviço Social*. Coimbra: Quarteto Editora. (pp. 315-349).
- Faleiros, V. P. (1983). *Metodologia e Ideologia do Trabalho Social*. São Paulo: Cortez.

- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade. Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Celta Editora: Oeiras.
- Ferreira, A. (2005). A acção do Serviço Social em contexto de Globalização: Limites e (ou) Desafios. Nº2. *Campus Social*. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Filho, H. C., Ferreira-Borges, C. & Frاسquilho, M. A. (2008). *Organização de Intervenções Preventivas – Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Freire, P. (1994). *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 23ª ed.
- Garcia, T. F., & Bracho, C. A. (coords). (2006). *Introducción al Trabajo Social*. 3ª ed. Madrid: Alianza Editorial.
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C., & Penna, C. M. M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública* [online]. v. 21, n. 1, pp. 200-206. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2005000100022.
- Grmek, M. D. (1994). *História da SIDA*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção. O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia.
- Giddens, A. (2007). *A Europa na Era Global*. Lisboa: Editorial Presença.
- Giddens, A. (2006). *O Mundo na Era da Globalização*. 6ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Healy, K. (2001). *Social Work Practices: Contemporary Perspectives on Change*. London: Sage Publications.
- Hespanha, P. (2007). *Famílias pobres: Desafios à Intervenção Social*. Lisboa: Climepsi.
- Hespanha, P. & Carapinheiro, G. (2001). *Risco Social e Incerteza: Pode o Estado Social recuar mais?* Porto: Edições Afrontamento.
- Howe, D. (1999). *Dando sentido a la práctica: una Introducción a la teoria del trabajo social*. Granada: Editorial Maristán.
- Houyez, F. (1998). Recuperação do sistema imunitário? *Abraço*, 2 (4), (pp. 6-8): ACIDI.

- Hoven van den, R. (2003). Teorias de Intervenção Social. In Rodrigues F. (coord.). *Poor People*. Frankfurt: Meter Lang.
- Iamamoto, M. (2005). As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. Trajectória e desafios, *Boletín Electrónico Surá 107*, Escuela de Trabajo Social: Universidad de Costa Rica.
- Imaginário, C. M. I. (2004). *O Idoso Dependente Em Contexto Familiar – Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Ítalo, C. (2002). *Palomar*. Lisboa: Teorema.
- Junior, F. L. & Guzzo, R. S. L. (2005). Prevenção primária: análise de um movimento e possibilidades para o Brasil. In *Interacção em Psicologia*. Campinas, Alínea, 9 (2), (pp. 239-249).
- Lacerda Júnior, F., & Guzzo, R. S. L. (2005), Prevenção Primária: análise de um movimento e possibilidades para o Brasil. In *Interacção em Psicologia* (Vol.. 9, n. 2, pp. 239-249), Curitiba, PR.
- Leandro, M. E., Nossa, P. N., & Rodrigues, V. (2009). *Saúde e Sociedade: Os contributos (in)visíveis da Família*. Viseu: Psicosoma.
- Lieberm, R. (2000). HIV in older Americans: an epidemiologic Perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45 (2), (pp.176-182).
- Lopes, L. C. (2007). *Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada à Universidade Aberta de Lisboa: Edição ACIDI.
- Lopes, O. (2006). *SIDA: os media são Deuses de duas cabeças: Como elaborar campanhas de saúde pública*. Viseu: Psicosoma.
- Lourenço, O. (2002). *Psicologia do Desenvolvimento Cognitivo: Teoria, dados e implicações*. Coimbra: Almedina.
- Lucas, J. S. (1993). *A sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Luz, M. (1993). O interaccionismo simbólico: breve exposição de uma corrente accionalista em ciências sociais. In Brant de Carvalho, M.C. (org.) *Teorias da Acção em Debate*. São Paulo: Cortez
- Karsch, Ú. M. S. (1998). *O Serviço Social na Era dos Serviços*. 3ª ed. São Paulo: Cortez.
- Ketele, J. & Rogieres, X. (1999). *Metodologias de recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Krammer, L., Altman, D. & Brandt, A.M. (1997). *A Sida por um fio – antologia de textos*. Alpiarça: Veja. (organizador António Fernando Cascais).

- Machado Pais, J. (2006). *Nos rastros da solidão: Deambulações sociológicas*. Porto: Âmbar.
- Maia, M. (2010). Práticas de Risco no contexto das relações homossexuais. In Cabral, V.V. & Ferreira, P.M. (Orgs). *Sexualidades em Portugal – Comportamentos e Riscos*. Lisboa: Bizâncio.
- Martinelli, M.L. (2003). *Serviço Social: Identidade e alienação*. 8ª ed. São Paulo: Cortez.
- Meireles, A. C.P. R. (2008). Níveis de Prevenção em Saúde. Portal de Saúde Pública [Consultado em 14 de Junho de 2010]. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>.
- Meijas, N. P. (1984). O psicólogo, a saúde pública e o esforço preventivo. *Rev. Saúde Pública* [on-line]. v. 18, n. 2, (pp. 155-161). ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89101984000200007.
- Melo, M. (2007). A Prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. In *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. (23:289-93).
- Merchan-Hamann, E. (1999). Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. *Cad. Saúde Pública* [on-line]. v. 15, suppl. 2. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1999000600009.
- Menezes, M. (2003) – Empowerment: possível estratégia da prática profissional em direcção à cidadania activa. *Intervenção Social* nº 27, Lisboa; ISSS.
- Monteiro, A., Rodrigues, F., & Nunes, M. H. (1991). As Práticas dos Assistentes Sociais num Serviço de Assistência Pública. In *Intervenção Social*, nº5/6, Lisboa.
- Monteiro, M. B., & Vala, J. (coords). (2006). *Psicologia Social*. 7ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Montaño, C. (2002). *O Serviço Social frente ao neoliberalismo. Mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional*. São Paulo: Cortez.
- Montaño, C. (2009). *A Natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua génese, a “especificidade” e sua reprodução*. 2ª ed. São Paulo: Cortez.
- Montagnier, L. (1994). *Vírus e Homens – o combate contra a SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Monteiro, M. (2006). Representações Sociais e Psicologia Social do conhecimento quotidiano. In Vala, J. & (coords), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (7ª edição).
- Moraes Ferry de, A. (2008). Informação estratégica para as acções de intervenção social na saúde. In *Ciência e Saúde Colectiva*, Dezembro, 2041-2048.
- Morin, M. (1996). De la Prévention des risques du Sida à la prise en charge des Personnes atteintes. In *Exclusion Sociale, Insertion et Prévention*. France: Érès.

- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Negreiros, M. A. (1995). *As Representações sociais da profissão de Serviço Social: uma análise empírica em contexto autárquico*. Lisboa: ISSSL.
- NETTO, J. P. (2001). “A Construção do Projecto Ético-Político do Serviço Social frente à Crise Contemporânea”. In *Serviço Social – Ética, Deontologia & Projectos Profissionais*, Lisboa/ São Paulo:CPIHTS/VERAS.
- Nodin, N. & Vaz, R. A. (2005). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. In *Análise Psicológica*, 3 (XXIII), Lisboa: ISPA (pp.329-339).
- Nóvoa, A. (2009), *Professores: Imagens do futuro presente*. Lisboa: Educa.
- Nunes, M. H. (2004). *Serviço Social e Regulação Social. Agência do Assistente Social*. Porto: Edições Criativas.
- Nunes, M. H. (1995). A Prática dos Assistentes Sociais: Uma conversa heurística. In *Intervenção Social* nº 11/12. Lisboa: ISSSL.
- Oliveira DC, Formozo GA, Gomes AMT, Acioli S, Marques SC, Costa TL & Heringer A. (2007). A produção de conhecimento sobre HIV/AIDS no campo da teoria de representações sociais em 25 anos da epidemia. In *Revista Electrónica de Enfermagem*, v.09, nº 3, Brasil.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Idoso: Temas complementares*. Porto: Legis Editora.
- Oltramari, L. C. (2005). Sociologia da sexualidade. *Rev. Bras. Educ.* [online]. n.29, pp. 182-184. ISSN 1413-2478. doi: 10.1590/S1413-24782005000200015. [consultado em 2 de Julho de 2010].
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Manuais Universitários. Lisboa: Climepsi.
- Osório, A. R., & Pinto, F. C. (2007). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pacheco, J. A., Morgado, J. C., & Moreira, A. (2007). *Globalização e (Des) igualdades: Desafios contemporâneos*. Porto: Porto Editora.
- Paixão, M. T. (2005). *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal: 31 de Dezembro de 2004*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. *Documento 13*.
- Paixão, M. T. (2006). *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal: 30 de Julho de 2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. *Documento 136*.

- Paixão, M. T. (2007). *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal: 31 de Dezembro de 2007*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. *Documento 139*.
- Paixão, M. T. (2008). *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal: 31 de Dezembro de 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. *Documento 140*.
- Pardal, M. S. (2001). *As mulheres e o vírus da SIDA*. 2.^a ed. Lisboa: CNLCS.
- Pascual, C. P. (2002). *A sexualidade do idoso vista com novo olhar*. São Paulo: Edições Loyla.
- Patroclo, M. A. A., & Medronho, R. A. Evolução da contagem de células T CD4+ de portadores de AIDS em contextos socialmente desiguais. *Cad. Saúde Pública* [on-line]. 2007, vol.23, n.8, pp. 1955-1963. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2007000800022.
- Payne, M. (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Quarteto.
- Payne, M. (2001). Knowledge bases and Knowledge biases in Social Work. *Journal of social Work*, 1 (2).
- Parton, N. (2002). *Constructive Social Work: Towards a new Practice*. New York: Palgrave.
- Pestana, E., & Páscoa, A. (1998). *Dicionário breve de Psicologia*. Lisboa: Presença.
- Pignatti, M.G. (2004). *Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil*. soc. [on-line]. Vol.7, n.1, pp. 133-147. ISSN 1414-753X. doi: 10.1590/S1414-753X2004000100008.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias*. Lisboa: Quarteto.
- Poiariet, J.; Clapier-Valladon, S. & Raybaut, P. (1995). *Histórias de Vida. Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Polonia, A. C., & Alves, E. D. (2003). Acções Educativas em Saúde: repensando paradigmas. In *Adolescentes: pensando juntos*. Distrito Federal, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (Org.). Brasília, (pp. 215-225).
- Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade: Ambições e Limites*. Lisboa: Relógio D`Água.
- Quivy, R. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Queirós, M. J. (2005). *Mulheres e Território. Histórias de Sobrevivência e luta. Rendimento mínimo, redes sociais: permanecer ou sair da pobreza*. Tese apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do grau de Doutor em Serviço Social, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Carmo Brant de Carvalho. São Paulo.
- Restrepo, H. E. (2001). Agenda para la acción en promoción de la Salud. In *Promoción de la Salud: como construir vida saludable*. Colombia: Editora Médica Internacional, Lda.

- Ribeiro, A. (2002). Sexualidade na Terceira Idade. In *Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Robertis, C. (1992). *Metodologia de la intervención en trabajo social*. Barcelona: Prodisa. 2ªed.
- Rodrigues, F. (2008). Novas Políticas Sociais Novas: Entre ‘Belas’ e ‘Senãos’. In *Locus Social*. 1/2008. (pp.90-94).
- Rodrigues, F. (2001). Assistência Social: Uma Política recente em tempo de globalização. In *Risco Social e Incerteza: Pode o Estado Social recuar mais?* Hespanha, P., & Carapinheiro, G. (Orgs.), Porto: Edições Afrontamento.
- Rodrigues, F. (1999). *Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal*: ISSS – Dep. Editorial, CPIHTS.
- Rodrigues, F. (1992). Grupos socialmente desfavorecidos. In *A Acção Social face aos novos imperativos sociais*. 1ªs Jornadas Nacionais. Braga: CRSS.
- Saldanha, A. A. W., Félix, S. M. F., & Araújo, L. F. (2008). *Representações sobre a AIDS na velhice por coordenadoras de grupos da terceira idade*. Brasil: Psico-USF.
- Santos, B. S. (2001). Os processos da Globalização. In *Globalização Fatalidade ou Utopia*. Porto: Edições Afrontamento. (31-106).
- Santos, B.S. (1995). Sociedade-Providência ou Autoritarismo Social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Nº 42. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. 1-4.
- Santos, P. (2003). Introdução à terapêutica de combinação. [s. l.]. *Publicações G.A.T.*
- Sampieri, R. H., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGraw.
- Sarah-Jayne B., & Uta F. (2005). *O Cérebro que Aprende: lições para a Educação*. Lisboa: Gradiva.
- Silva, A. M. C. (2003). *Formação, Percursos e Identidades*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, A. S., & Pinto, J. M. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, C., & Gomes, S. (2008). Perfil dos idosos infectados pelo HIV/AIDS: uma revisão. Rio Grande, VITTALLE – *Revista de Ciências da Saúde*. Vol. 20, nº1.
- Silva, Josevânia (2008). Aids, Estigma e Preconceito: a Percepção da Terceira Idade. 9º Congresso – Comunicação – Tema: *Estigma e Discriminação (Stigma and Discrimination)* – Data: 2008-11-01. IX Congresso Virtual HIV/AIDS.
- Silva, L. F. (2001). *Intervenção Psicossocial*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M. M. (2003). Empowerment: possível estratégia da prática profissional em direcção à cidadania activa. In *Intervenção Social*. nº 27. Lisboa: ISSSL.

- Siminotto, E. & Maiola F., (2008) Tensiones en la construcción de los dispositivos de atención del VIH Sida. *Prácticas Sociales y Pensamento Crítico*. II Encontro Argentino y Latinoamericano.
- Soulet, M. H. (2003). *Penser action en contexte d'incertude*. Suisse: Nouvelles Pratiques Sociales.
- Sposati, A. (2007). Pesquisa e Produção de Conhecimento no Campo do Serviço Social. *Revista Katálisis*. Florianópolis Santa Catarina: Editora da UFSC. Volume 10.
- Teixeira, J.A.C. & Trindade, I. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Manuais Universitários. Lisboa. Climepsi.
- Tremblay, L. (2002). *La relation d'aide: Développer des compétences pour mieux aider*. Lyon : Chronique Sociale.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Ed. Atlas.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Unaid's & Inter Parliamentary Union. (2000). *Compêndio para legisladores sobre HIV/AIDS, legislação e Direitos Humanos: acção para combater o HIV/AIDS em virtude do seu impacto devastador sobre os aspectos humano, económico e social*. Brasília: UNESCO (Trad. Célia Leal da Costa Genovez).
- Vala, J. (2006). Representações Sociais e Psicologia Social do conhecimento quotidiano. In Vala, J. & Monteiro, M. (coords), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (7ª edição).
- Valente, R. (2008). Sinto logo existo! Estudo Sociológico sobre a Sexualidade na Terceira Idade. In *VI Congresso Português de Sociologia*, Universidade Nova de Lisboa, FCSH.
- Vasconcellos, I., & Saldanha, A. (2008). Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento, *IX Congresso Virtual HIV/AIDS*. http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=376 (Consultado em 26 de Junho de 2010).
- Vasconcellos, D., Novo-Ferreira, R., Castro-Perugini, O., Vion-Dury, K., Ruschel, Â., Couto-Pinheiro de Paula, M. C., Colomby, P., & Giami, A. A. (2004). Sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural: Estudos de Psicologia [en línea], vol. 9 No. 003 [citado 2010-05-01]. Disponível en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26190303>. ISSN 1413-294X (consultado em 11 Junho 2010).
- Vass, A. A. (1996). *Social Work Competences, Care Knowledge, Values and Skills*. London: Sage Publications.

- Vaz-Serra, A. (2006). O que significa envelhecer. In Firmino, H., Leuchner, A., & Barreto, J. (Eds.). *Psicogeriatría*. Coimbra. Psiquiatria Clínica. (21-33).
- Vieira, E. B. (2004). *Manual de Gerontologia – Um Guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Weisshaupt, Jean R. (org.) (1985). *As funções sócio-institucionais do Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- Yazbek, M. C. (2003). El Servicio Social como especialización del trabajo colectivo. In *Servicio Social Crítico. Hacia la Construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. S. Paulo: Cortez Editora.
- Vasconcellos, I., & Saldanha, A. (2008). Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento. *IX Congresso Virtual HIV/AIDS*.
http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=376
- Victorino, Rui M. (2003) A SIDA e as novas pestes. *Análise Social*, Vol. 166, pp. 13-33.

Páginas Web Consultadas

- <http://www.roche.pt/sida/estatisticas/mundo.cfm>,
- <http://www.ine.pt/>
- <http://www.aidscongress.net/5congresso.php>
- <http://scholar.google.pt/scholar?q=European+Society+of+Clinical+Microbiology+and+Infectious+Diseases&hl>
- <http://www.congrex.ch/eccmid2010/>
- <http://www.who.int/en/>
- <http://www.worldaidscampaign.org/en/World-AIDS-Day>
- <http://www.cdc.gov/datastatistics/>
- <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/aids.epidemic.update/en/index.html>
- <http://www.unaids.org/en/default.asp>

APÊNDICE I

Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

ASSITENTES SOCIAIS

NOTA DE APRESENTAÇÃO

Esta entrevista destina-se a integrar uma investigação no âmbito do Mestrado de Serviço Social e Política Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, e tem como principal objectivo compreender o papel do Serviço Social na prevenção na prevenção da SIDA e dos comportamentos de risco dos idosos frequentadores de centros de convívio e academias seniores no concelho de Cascais.

Gostaria ainda de assegurar que será garantido o sigilo relativamente a todas as informações que me forem transmitidas. Terá aproximadamente a duração de 1hora.

Caracterização sócio profissional e o lugar do Serviço Social na instituição

Idade? Ano em que concluiu o curso?

Há quantos exerce a profissão?

Há quantos anos trabalha na instituição?

Há quanto tempo trabalha com idosos?

Tem alguma formação específica/especialização nesta área ou noutra?

Valências ou respostas sociais existentes na instituição?

Qual o lugar do Serviço Social na instituição?

Conhecimentos da sexualidade dos idosos

1. Como é manifestada e vivida a sexualidade dos idosos nesta instituição?
2. Que tipo de relacionamentos é possível identificar?
3. Como vê a sexualidade nos idosos?

Comportamentos sexuais de risco dos idosos

(geral e na instituição)

4. Acha que os idosos constituem um grupo de risco. Porquê?
5. Sabe se os idosos que frequentam a instituição têm comportamentos de risco?
6. Que comportamentos de risco são esses?

7. Qual o perfil dos idosos com comportamentos de risco (os mais jovens; os mais idosos; homens; mulheres; casados; viúvos; solteiros;...)

Percepção/Reconhecimento da SIDA nos idosos

8. Que importância atribui ao problema da SIDA?
9. Tem conhecimento do problema a nível local?
10. Como integrava na instituição um novo utente se este lhe comunicasse que era seropositivo?

Intervenção/abordagem sobre o problema

11. Há ou já houve abordagem ao tema da sexualidade?
12. Se tivesse uma pessoa infectada na instituição que procedimentos tomaria?
13. Enquanto Assistente Social o que faz que faz para alterar os comportamentos de risco dos idosos?

Prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco

14. Qual o lugar do Serviço Social na prevenção por relação a outros profissionais?
15. Que tipo de acções de acções de âmbito preventivo realiza na instituição?
16. De quem parte a iniciativa dessas acções?
17. Qual a adesão dos utentes?

Efeito das acções realizadas

18. Os utentes continuaram a debater/falar do tema?
19. Verifica maior abertura para debater estas questões?
20. Houve modificação de comportamentos?

Questões livres

21. O que diria sobre “a idade da prevenção”.
22. O que pensa das campanhas publicitárias na prevenção da Sida com a população idosa
23. Enquanto assistente social que sugestões daria para a implementação de um projecto de prevenção no âmbito do HIV/SIDA

APÊNDICE II

Grelha da Entrevista

Grelha Entrevista

OBJECTIVO

Compreender o papel do Serviço Social na prevenção na prevenção da SIDA e dos comportamentos de risco dos idosos frequentadores de centros de convívio e academias seniores no concelho de Cascais.

Dimensão	Questões gerais	Informação pretendida/ Objectivos
1 - Caracterização sócio profissional e o lugar do Serviço Social na instituição	Sexo Idade Quando terminou o curso Há quantos exerce a profissão Há quantos anos trabalha na instituição Há quanto tempo trabalha com idosos Tem alguma formação específica/especialização nesta área ou noutra Valências ou respostas sociais existentes na instituição O lugar do Serviço Social na instituição	Caracterizar o profissional Conhecer o percurso profissional Conhecer os diferentes contextos de trabalho e experiências mais significativas; Conhecer o lugar do Serviço Social na instituição

2. Conhecimentos da sexualidade na pessoa idosa	Como é manifestada e vivida a sexualidade dos idosos nesta instituição? Que tipo de relacionamentos é possível identificar? Como vê a sexualidade nos idosos?	Conhecer as manifestações da sexualidade na instituição e a percepção do assistente social face à mesma
3. Conhecimento dos comportamentos sexuais de risco nos idosos	Acha que os idosos constituem um grupo de risco. Porquê? Sabe se os idosos que frequentam a instituição têm comportamentos de risco? Que comportamentos de risco são esses? Qual o perfil dos idosos com comportamentos de risco?	Compreender a percepção das assistentes sociais face aos comportamentos de risco da população idosa e se tem conhecimento efectivo do problema
4. Percepção/ Reconhecimento da Sida nos idosos	Que importância atribui ao problema da sida em geral? Tem conhecimento do problema a nível local? Como integrava na instituição um novo utente se este lhe comunicasse que era seropositivo?	Perceber o conhecimento dos Assistentes Sociais relativamente à Sida na população idosa e a atitude face a situações concretas
5 – Intervenção no problema	Há ou já houve abordagem ao tema da sexualidade?	Identificar algumas estratégias de intervenção do assistente social

	Se tivesse uma pessoa infectada na instituição que procedimentos tomaria? Enquanto Assistente Social o que faz que faz para alterar os comportamentos de risco dos idosos?	
6- Prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco	Qual o lugar do serviço social na prevenção da Sida e dos comportamentos de risco? Que tipo de acções de acções de âmbito preventivo realiza na instituição? Qual a adesão dos utentes? De quem parte a iniciativa dessas acções? Os utentes continuaram a debater/falar do tema? Verifica maior abertura para debater estas questões? Houve modificação de comportamentos?	Perceber o papel do assistente social na prevenção da Sida com a população idosa, comparativamente a outros profissionais Perceber que acções são desenvolvidas e qual o nível de participação dos utentes Perceber o efeito das acções e se a intervenção promove para a mudança de comportamentos de risco
Questões livres	O que diria sobre “ a idade da prevenção ”. O que acha das campanhas publicitárias na prevenção da Sida com a população idosa? Enquanto assistente social que sugestões daria para a implementação de um projecto de prevenção no âmbito do HIV/SIDA	Compreender a perspectiva dos assistentes sociais face à prevenção no futuro

APÊNDICE III

Quadro referência das Entrevistas

QUADRO REFERÊNCIA DAS ENTREVISTAS

Nº ENTREVISTA	DATA/ HORA	ASSISTENTE SOCIAL/ SEXO	IDADE	INSTITUIÇÃO	FREGUESIA	IDENTIFICAÇÃO FICHEIRO	DURAÇÃO	FORMAÇÃO DO GADS
1	31/08/2009 14:30	F	37	Academia Sénior	Parede	I	1h13 m	Sim
2	3/09/2009 14:00	F	48	Centro Convívio	Cascais	II	1h 29 m	Sim
3	7/09/2009 11:00	F	36	Centro Convívio	Parede	III	41m	Sim
4	11/09/2009 9:00	F	27	Centro Convívio	Alcabideche	IV	56 m	Não
5	17/09/2009 17:30	F	39	Centro Convívio	Carcavelos	V	1h 25 m	Sim
6	22/09/2009 9:00	F	40	Centro Convívio	Alcabideche	VI	54 m	Não
7	9 /10/2009 9:00	F	49	Centro Convívio	S. Domingos de Rana	VII	47 m	Não
8	21/10/2009 18:00	F	35	Centro Convívio	Estoril	VIII	35 m	Não

APÊNDICE IV

Caracterização sócio profissional das Assistentes Sociais

Entrevista 1 à Entrevista 4				
Caracterização sócio profissional das Assistentes Sociais	E1	E2	E3	E4
Idade Percorso Académico e Profissional	Idade 37 anos Curso no ISSSL Conclusão em 1997	Idade 38 anos Curso no ISSSL Conclusão em 1990	Idade 36 anos Curso no ISSSL Conclusão em 2002	Idade 27 anos Curso no ISSSL Conclusão em 2004
Anos de exercício da actividade	12 Anos	19 Anos	8 Anos	4 Anos
Anos de trabalho com idosos	6 Anos	17 Anos	6 Anos	3 Anos
Formação específica na área dos idosos ou outra	“Não. Não tenho mais nada. Até sinto essa lacuna...mas não há muito tempo”	“Não...tenho apenas a licenciatura”	“Não...não tenho nenhuma pós graduação ou formação específica na área dos idosos...é de facto uma falta e eles beneficiariam com isso de certeza...”	“Não, tenho apenas a formação de base...sabe? Não é que não sinta falta. Mas o pouco tempo e também a disponibilidade financeira obrigam a que tenhamos de fazer opções...às vezes penso nisso mas não é fácil...pois exerço actividade de assistente social em duas instituições para conseguir ter no final do mês um vencimento minimamente decente...”

Entrevista 5 à Entrevista 8				
Caracterização sócio profissional das Assistentes Sociais	E5	E6	E8	E8
Idade Percurso Académico e Profissional	Idade 39 anos Curso no ISSSL Conclusão em 1996	Idade 40 anos Curso no ISSSL Conclusão em 1994	Idade 49 anos Curso no Bissaya Barreto Conclusão em 1983	Idade 35 anos Curso na UC Conclusão em 2002
Anos de exercício da actividade	11 Anos	15 Anos	26 Anos	4 Anos
Anos de trabalho com idosos	11 Anos	5 Anos	17 Anos	4 Anos
Formação específica na área dos idosos ou outra	“Não, tenho apenas a licenciatura...mas sinto falta...até porque isso qualificaria muito o serviço que presto aos utentes...eu ganharia mas o maior ganho reflectir-se-ia neles... pela possibilidade de aprender novas metodologias...novas abordagens de lidar com os problemas deles...”	“Fiz formações pontuais, mas nada de especial...o que tenho mesmo é a Licenciatura...faz falta especialização nesta área mas o tempo é muito escasso...de facto quando começamos a trabalhar também nos vamos acomodando e financeiramente também não é viável...recebemos muito pouco...não temos grande margem de manobra...”	“Na área dos idosos não. Tenho uma pós graduação na área da gestão de equipamentos do sector social, da qual eles usufruem ainda que indirectamente. Exactamente porque, há uns anos atrás assumi um papel de gestão e de coordenação do equipamento e tive de munir-me de ferramentas que me permitissem desempenhar bem esse novo papel. Por isso tive de investir em formação	“Não, apenas tenho esta formação, em Serviço Social...penso nisso mas exerço duas actividades. Esta e uma outra que é uma área do secretariado, totalmente diferente da minha formação (...) exerço as duas a meio tempo para conseguir ter uma vida normal...”

			específica ...faz muita falta que ao nível dos programas das licenciaturas se de formação na área da gestão...porque na nossa actividade somos muitas vezes confrontadas com essa necessidade... de gerir recursos financeiros e humanos...e de facto quando isso acontece não sabemos como fazê-lo. Por outro lado, e estou a pensar nestas colegas mais jovens que acabaram há pouco tempo as licenciaturas, têm de agarrar a primeira oportunidade que lhes aparece e sabe que não há por parte das direcções das instituições, qualquer apoio ou incentivo. Por exemplo, se...se o profissional pede para sair mais cedo porque está a fazer uma formação. Eu nunca tive esse problema...mas tenho colegas que sim...”	
--	--	--	---	--

APÊNDICE V

O lugar do Serviço Social na instituição

Entrevista 1 à Entrevista 4				
A instituição e o lugar do Serviço Social	E1	E2	E3	E4
Valências ou respostas sociais existentes na instituição	“...temos várias. Centro de Dia ou Clube Sénior [Utilizamos o nome Clube ou Academia Sénior, Centro de Dia era depreciativo. Se vem aqui uma pessoa à academia «ah centro de dia»... mas se falo em clube sénior, já é diferente, há uma outra aceitação... por acaso é interessante isto. As pessoas ligam a esse tipo de conceito e de termos, quando o que interessa é o conteúdo, o serviço, se funciona bem bem ou não. Temos também SAD privado, dama de companhia, tele-assistência, academia sénior ou universidade sénior, GIP - Unidade de Inserção na vida activa ou seja o Gabinete de Intervenção Profissional, uma residencial sénior, um ATL e um CTAL	“Temos várias...desde a área dos Idosas com a qual trabalho directamente, famílias multiproblemáticas, escolas...Aqui nesta junta de freguesia temos 4 Centros de Convívio, daí também a minha intervenção ser um bocadinho mais forte nessa área. De qualquer maneira nós tocamos em tudo...”	“...Centro de Dia, Centro de Convívio, SAD e na próxima semana um ATL”	“E apenas Centro de Convívio...”
Lugar do Serviço Social	“...Sou directora técnica do Centro de Dia/Clube Sénior, para além de outras funções que	“...Sou coordenadora dos Centros de Convívios. Porque depois eu só estou, subjugada ao	“...O serviço social é o motor da casa. Para além de todo trabalho técnico que desenvolve é aquele	“...o lugar do Serviço Social na instituição é de coordenador de todas as actividades sócio

	tenho aqui na casa, tenho essa função de estar a coordenar...”	Executivo...eu reporto ao Executivo da Junta de Freguesia, portanto eu não tenho mais ninguém acima de mim...para além dos órgãos eleitos na altura. São os meus superiores hierárquicos...é com eles que tenho de gerir e debater as questões e projectos....eles aceitam ou não as minhas propostas e eu claro que tenho as executar. Claro que não posso estar a rebater, a dizer que não... mas tenho lutado muito para demarcar a imagem da Assistente Social aqui na Junta...”	trabalho de ajuda, de complementaridade, de gestão de recursos humanos...portanto o serviço social acaba por ser a locomotiva que faz andar. Neste momento há três técnicos de Serviço social... nós estamos divididas em duas áreas, o Apoio Domiciliário o Centro de Dia e o Centro de Convívio. Uma das colegas é directora técnica e elemento da direcção... e muito pontualmente, tem a gestão de todo o centro”.	culturais inerentes ao funcionamento do Centro”
--	--	--	--	---

Entrevista 5 à Entrevista 8				
A instituição e o lugar do Serviço Social	E5	E6	E8	E8
Valências ou respostas sociais existentes na instituição	“...temos Apoio Domiciliário, Academia Sénior, Centro de Dia, e o Atendimento Social, Sem Abrigo, portadores de HIV, Voluntariado, Gabinete de Inserção Profissional, ABC1 e ABC2 (antigos ATL) e residência assistida.	“...temos ATL, temos Centro de Dia, Centro de Convívio e SAD... Como objectivos futuros é termos uma cresce, ter pré-escolar... e fechar o ciclo com a abertura de um lar...”	“ a instituição tem as valências, Lar, Centro de Dia e Centro de Convívio e SAD	“Centro de Convívio”

Lugar do Serviço Social	“O lugar ou papel do Serviço Social é de intervenção directa, exclusiva...é muito isso”	“O papel do Serviço Social aqui na instituição, neste momento da minha parte é mais intervenção de gestão do que social com muita pena minha. Embora eu tenha uma colega que intervém mais no directo...que acompanha mais os casos...mas o meu trabalho é mais de gestão. De gestão diária, ocasional, de delineação de projectos, de coordenação das equipas...é mais essa a minha função...de gestão...”	“Situa-se ao nível da intervenção, mas no meu caso muito ao nível da gestão... do equipamento, na gestão dos recursos humanos, na gestão dos recursos financeiros, na gestão de documentos... na intervenção directa...situa-se em tudo...”	“...A Nível da Gestão de recursos/financeiros, partilhada com a direcção. A Nível de intervenção directa com os utentes e gestão e programação de todas as actividades...”
--------------------------------	--	--	--	---

APÊNDICE VI

Sinopses das Entrevistas

(Entrevista 1 à Entrevista 4)				
A sexualidade nos idosos	E1	E2	E3	E4
Como é manifestada e vivida a sexualidade	“A população que temos aqui vai desde pessoas que estão numa situação de pré-reforma, pessoas que estão ainda numa fase da vida muito activa, até pessoas que realmente estão reformadas, que já têm também uma idade avançada. Se calhar o convívio que existe aqui desperta-lhes também o interesse para essa área. Agora se há o desfrute desse interesse?... É capaz de haver. Mas notamos que está muito desperta a sexualidade [...] há muita procura e muito interesse do sexo oposto, e que se manifesta de variadíssimas formas... na forma de estar, na forma de vestir, na forma de contactar, isso é visível... sinto que é algo que de maneira alguma maneira está esquecido. Vê-se que isso é algo que está latente nesta população [...] Hoje em dia mesmo as mulheres de mais idade já se arranjam mais, têm alguma preocupação, e ainda bem. [...] Acho que também existem muitas pessoas que têm uma carga muito grande da igreja católica. Portanto, e parecendo que não, mesmo que se sintam, essas coisas também nunca são muito faladas abertamente [...] no fundo, estas pessoas vivem de acordo com os valores com que foram educadas. Não têm muita abertura para falar de determinadas coisas”	“[...]depois de viúvos, viúvas principalmente, são mulheres que ficam vontade de experimentar coisas novas (...) é interessante as mulheres, como é que elas se transformam. Isto tem sido, até para mim uma surpresa, por acaso é (...) verificar como é que as mulheres se transformam. Há ali dois, três meses que estão mal, porque enviuvaram, perderam o seu companheiro, mas depois passa [...] Portanto, vêm procurar estes locais companhia. Sentem-se valorizadas...são olhadas, são vistas, são apreciadas. Eu acho fundamental isso. E não temos só cá velhinhos gagás [...] O problema é mais nosso muitas vezes. Achamos que eles já não querem saber de sexo. Se calhar... Tem um bocadinho mais a ver com isso...connosco [...]”	“A sexualidade é segredo, é tabu, eles não falam, não exteriorizam qualquer tipo de comentário relativamente à sua sexualidade se é activa se não é, nós conseguimos perceber pequenas coisas... eles não falam abertamente do assunto, é tabu, é segredo, é da intimidade...”	“Eu tenho assistido a uma evolução ... na forma de estar e de pensar este tema, isto porque é um tema que ainda é um grande tabu nos idosos. A sexualidade para eles é um tema que ainda não fala, é algo que não se discute. É algo que, mesmo entre elas, não só com os técnicos entre as utentes, é algo que não se fala...quase de alguma forma como se estivesse esquecido, não é? [...] Tenho a percepção de que as mulheres idosas vêm a sua sexualidade como algo que as incomoda. Algo que muitas das vezes ... é reforçado pelos maridos, mas que a elas particularmente as incomoda”
Tipo de	“Sim, sim... já vários casais... Portanto conheceram-se aqui... não é um nem	“[...] assim eu vejo, as mulheres, as que estão sós, principalmente as viúvas, que	“Não, aqui na instituição não me apercebi de casos. Não tenho mesmo	“...Mais na parte feminina, mas com certeza que se forem

relacionamentos	dois, são vários [...] Muita gente parte para relações... não tenho nada a perder. Mas depois deixa-se uma família completamente sozinha. Vários casos que eu tenho aqui, de pessoas que foram por conhecimento na net, deixaram tudo. Tenho um caso que a pessoa foi-se embora e não disse onde estava. Há meses que não sabe... ela vai agora tratar do divórcio. Ele foi-se embora, atrás de um sonho sexual, só pode. Se calhar vem daqui a uns anos, já completamente sem dinheiro, se calhar com uma doença... não sei se ele vem ou não e depois como é que é? [...] Isto é o mundo que se está a transformar. O sexo vende e as pessoas procuram satisfazer-se o mais possível. Mas acho que sexo não é tudo. É muito importante, faz bem a tudo... todos nós sabemos!	já passaram por uma relação, muito, contrariamente aquilo que nós pensamos, eu não fazia ideia nenhuma, são mulheres que têm muita vontade de ter um outro relacionamento... com a dimensão sexual...é surpreendente não é? [...] mulheres de oitenta e tal anos têm uma, uma necessidade de tal maneira de serem vistas, de serem olhadas como, não como mulheres de oitenta e tal anos mas como uma mulher que ainda tem prazer e que quer ter relações sexuais. Depois também há situações em que [...] percebemos perfeitamente que há muitos arranjinhas e que há sexo [...] há viúvos e viúvas que depois começam a namorar e há aquelas situações de pessoas, homens e mulheres que são casados e dão as suas facadinhas [...]"	conhecimento"	ambos utentes nós depois temos conhecimento da história comum [...]com os respectivos maridos e tenho conhecimento de algumas delas com novos companheiros. Portanto senhoras viúvas ou divorciadas que iniciaram novas relações e portanto que partilham novas experiências"
Como vê a sexualidade nos idosos	"...É assim, eu acho que ela existe sempre, a sexualidade. A sexualidade é o ter prazer de estar com o outro. E nesta idade passa muito por aí. O ter alguém que possa estar com ele, que possa dar-lhe atenção. [...] Para além de Assistentes sociais, somos pessoas. Também temos toda a nossa carga familiar, social e emocional. Eu falo por mim, eu se as pessoas vierem falar comigo sobre isso, tento ser o mais aberta possível e mais clara possível, se me vierem pedir ajuda, se me vierem pedir conselhos, serei a mais sincera possível também. Não tenho problemas em falar sobre isso [...] Agora se existem relações mesmo no sentido estrito não sei bem. Mas eu acho que sim. Há pessoas que ainda estão muito despertas para isso. Se calhar o convívio que existe aqui, desperta-lhes também o interesse para essa área. Agora se há o desfrute desse interesse? É capaz de haver. Mas sabe o	"[...]Esta estrutura dos Centros de Convívio ou Academias Seniores também são muito mais abertas. Porque pressupõe que as pessoas são mais autónomas... Há 11 anos, 10 anos a esta parte, temos verificado realmente uma abertura de mentalidades [...] e que mulheres de oitenta e tal anos têm uma, uma necessidade de tal maneira de serem vistas, de serem olhadas como, não como mulheres de oitenta e tal anos mas como uma mulher que ainda tem prazer e que quer ter relações sexuais [...] Para mim isso foi uma descoberta ao mesmo tempo, isto, no sentido da sexualidade ser realmente transversal [...] E é interessante porque eles estão sempre muito abertos e quando existe algum questionário e eu peço, isto é para um estudo, ainda há pouco tempo houve um estudo, uma psicóloga que me pediu, estava a fazer também uma investigação	"Acho que é uma coisa normal e natural. As pessoas têm, na maioria delas, 65 e mais anos e se não lhes acontece alguma situação de doença, acho que é normal. As pessoas jovens têm outra vitalidade e têm outras capacidades, e portanto eu vejo como uma coisa normal e que faz parte da vida, é evidente que há pessoas que, dadas algumas limitações que têm, por AVC's ou por outras situações se percebe que essas pessoas têm, ou, eventualmente, é uma vida sexual diferente não é? Se é que têm, também não sei efectivamente, mas aquelas pessoas, nomeadamente as pessoas que tenho aqui em centro de convívio, alguns deles têm 60 e poucos anos e portanto é perfeitamente normal e natural."	"Eu muito francamente também tenho vindo a aprender um bocadinho sobre este tema, não é? [...] a sexualidade nos idosos é um tabu pra eles, mas até pra nós até que ponto é que também não é?! Porque nós não falamos sobre a sexualidade dos nossos pais, não falamos sobre a sexualidade dos nossos avós, portanto eu ao longo do tempo, à medida que a minha intervenção passa por esta área, também tenho vindo a adquirir mais conhecimentos e, tenho-me surpreendido, acima de tudo, estou muito mais sensível para este tema, porque percebo que é uma necessidade dos utentes e [...] sobretudo as senhoras vivem situações extremamente constrangedoras,

	que eu acho também? Que existem muitas pessoas que têm uma carga muito grande da igreja católica. Portanto, e parecendo que não, essas coisas também nunca são muito faladas abertamente. [...] Falar de sexo é um bicho-de-sete-cabeças. E acho que no fundo, estas pessoas vivem como foram educadas. Só algumas pessoas que estão mais evoluídas num contexto profissional mais, mais... não sei se evoluído, mas tiveram um contexto que lhes proporcionou outro tipo de experiências, já são capazes de falar abertamente deste tipo de questões da sexualidade, e falarem que também há formas de obter o prazer. Hoje em dia essas pessoas já são capazes de ir a uma <i>sex-shop</i>, sem problemas nenhuns e, arranjar outras maneiras de possuir ou ter prazer”.	dentro da área da sexualidade. E quando vou a ler o questionário ... são perguntas muito fortes... havia lá perguntas ...completamente, tipo, a nível até da sexualidade. ...sexo oral, masturbação, etc [...] ao contrário do que a maior parte das pessoas pensam, as pessoas idosas têm necessidade de falar daquilo que sentem e da falta que lhes faz. Por isso falar da masturbação na pessoa idosa deve ser complicado ou nós ficamos constrangidos [...] O problema é mais nosso muitas vezes. Achamos que eles já não querem saber de sexo...se calhar. Tem um bocadinho mais a ver com isso. Porque é Tabu.”		de submissão porque de alguma forma não têm coragem e a vontade e abertura para terem uma conversa com o companheiro e explicarem o que sentem ... portanto por tudo isto e pelo que também tenho aprendido e porque são coisas novas também e porque percebo que é uma necessidade cada vez mais actual.”
--	---	---	--	---

(Entrevista 5 à Entrevista 8)

A sexualidade nos idosos	E5	E6	E7	E8
Como manifestada vivida sexualidade	“[...] independentemente das experiências de cada um, portanto e da terceira idade, da sua sensibilidade, etc., eu creio que ainda é um assunto que não é abordado facilmente [...] é assim, portanto, eu conheço as pessoas que frequentam o espaço mas não posso dizer que conheça bem os seus comportamentos íntimos. Depois há outros aspectos, por exemplo [...] quando dois idosos se apaixonam ou quando dois idosos, entre eles, resolvem casar [...] Ou há o total repúdio e nós pensamos, mas que disparate, você agora... ganhe juízo,	“Os nossos utentes têm muitos tabus, não é muito fácil porque a nossa população é de carácter muito rural...apesar de estarmos em Cascais, muito perto, esta população ainda tem características muito rurais e de aldeia...portanto é muito difícil. [...] É difícil de falar às vezes com estas pessoas porque têm muitos pudores...muitos tabus relativamente a isso [...]”	“[...]Tem várias manifestações... eu vou dar-lhe um exemplo dos vários que temos aqui...que passam o tempo de mãos dadas e aos beijinhos é uma forma de sexualidade que estão a desenvolver [...] Tem outras manifestações. Por vezes mesmo as senhoras mais gostam de por o seu colar e de arranjar-se para o outro [...] ou se vamos a um passeio onde elas sabem que vão encontrar outros senhores, têm essa preocupação. Mas olhe por exemplo [...] eu nunca tinha imaginado, um	“[...] Sinceramente não sei responder-lhe [...] embora haja um ou outro senhor mais atrevido [...] estou a lembrar-me às vezes nos bailes... mas se isso é uma manifestação da sexualidade é muito discreta [...]”

	agora com esta idade, alguma vez... Ou então, até achamos graça...ai que engraçado, são namorados! [...]"		senhor de 70 anos bater à porta do meu gabinete e sentar-se na minha frente e falar-me abertamente sobre esta questão [...]Jele era viúvo e juntou-se com uma senhora aqui do Centro. Que era uma senhora que nós olhávamos para ela e dizíamos: não é impossível, ninguém diria. [...] é um bocadinho complicado não é?[...] É complicado as pessoas saltarem esta barreira e perceberem que, pelo facto de as pessoas terem 70 ou 80 anos elas têm a sua sexualidade [...]É sempre muito complicado [...]. Porque o peso cultural é muito grande, nós temos muitas ideias arreigadas e não nos libertamos delas facilmente [...]"	
Tipo de relacionamentos	"...há um casal que é muito curioso, porque dão-se muito bem um com o outro, portanto, são amigos mas nunca os vi, tão pouco nalguma manifestação de afecto, nunca. Nós até já temos comentado " se calhar aquele senhor com aquela senhora, será... Quando estão os dois, estão sempre a conversar amavelmente, ...não sei"	"Nós achamos que haverá... mas certezas, certezas não tenho...,não é?"	"Há...acontece com alguma frequência...algumas paixões que não sei se têm uma conotação sexual, ...mas têm, têm sim. ...não só entre utentes, mas até entre utentes com funcionários. Por exemplo já tivemos dois casos muito sérios aqui..."	"Temos alguns "namoricos" mas se envolvem essa dimensão sexual [...]que eu tenha conhecimento, não"

Como a sexualidade envelhece nos idosos	“É uma coisa que pode acontecer em qualquer momento da sua vida, não é. Mas para isto é necessário as pessoas serem descomplexadas. Eu acho que os portugueses são muito complexados”.	“Eu vejo como uma coisa natural... acho que ninguém morre. E tanto que acho que as pessoas continuam a ter uma vida sexual após essa idade [...] acho que é natural o ser humano mesmo depois dessa idade [...]por vezes...temos a ideia como somos mais novos achamos que não, se calhar, não é? ...eu acho que não. Talvez por trabalhar com a população idosa eu acho que são pessoas completamente normais, como qualquer um de nós[...] têm então um outro contexto de vida, mas são pessoas absolutamente normais. Portanto vejo com normalidade a sexualidade a partir dessa idade.”	Nós encaramos a sexualidade em algumas das suas vertentes como formas de afecto, formas de tocar, de sentir a outra pessoa, ...de se sentir mais acompanhado [...] Temos mais problemas nesta área com as famílias. As famílias têm alguma dificuldade em entender estas manifestações. Portanto enquanto instituição e enquanto colaboradores é um assunto que nós temos debatido sem preconceitos, ...de início havia alguns da parte dos colaboradores, [...]é um bocadinho complicado as pessoas saltarem esta barreira e perceberem que pelo facto de as pessoas terem 70 ou 80 anos a pessoa tem a sua sexualidade...mas com o tempo têm acabado por compreender e por aceitar as coisas. É sempre muito complicado [...].Porque o peso cultural é muito grande, nós temos muitos preconceitos arraigados e não nos libertamos deles facilmente [...] Eu penso que os idosos por vezes, ...pela sua situação de fragilidade e de falta de autonomia sentem necessidade de se fixar em alguém, porque acham que aquele alguém os vai apoiar, os vai ajudar a colmatar os vazios que têm, ...as angústias que têm. E nos idosos, muitas vezes com quadros de demências facilmente confundem as coisas[...] e aí é que temos de ter cuidado e de estar atentos...é na confusão de sentimentos...que muitas vezes eles se ligam às pessoas.”	“Penso que cada pessoa tem direito a vivenciar a sua sexualidade de acordo com os valores, crenças e costumes e porque não com a própria idade. É claro que com os anos a sexualidade não pode ou não deve ser entendida da mesma perspectiva que em jovem...mas ela pode ter manifestações, obviamente... a sexualidade não acaba com a idade... o que pode acabar ou alterar, são determinadas manifestações...”
---	---	--	--	---

(Entrevista 1 à Entrevista 4)				
Comportamentos sexuais de risco nos idosos	E1	E2	E3	E4
Os idosos constituem um grupo de risco	Sim, [...] muitos homens, mas também mulheres, não vamos sectorizar, viveram naquela altura em que não se falavam desta doença HIV e arriscavam e agora mais tarde, é que vêm descobrir que o que fizeram no passado... tem reflexos no futuro. Em muitos casos há ... que eles estão contaminados e é uma grande franja [...] partir dos 60, 70 anos muitos casos apareceram. Mas sabe que, muitos deles têm muitos tabus, e acham que “não acontece comigo”, é só com os outros. Mas mesmo assim, eu acho que, mesmo assim eles, com tanta informação que existe, eles já têm noção que se partem para uma relação nova, se partem... têm que ter algum cuidado, têm que se prevenir.	“É assim, nós sabemos que são um grupo de risco, não sabíamos que eram há uns anos atrás. Neste momento sabemos exactamente porque o problema começou a assustar-nos o número dos infectados do HIV. Eles têm comportamentos de risco, e por isso constituem um grupo de risco, não é?”	“Não sei se considero, eu sei que de facto eles vêm de uma geração em que é muito possível serem portadores de algumas doenças, porque havia aquelas fugas no matrimónio que eventualmente depois pudessem, nomeadamente as mulheres serem mais contagiadas por algum tipo de doença, e isso há alguns anos atrás era uma prática muito comum e que acontecia, se eles são um grupo de risco, eles podem ser portadores, grupo de risco não sei muito bem, se serão se não, até porque... bom, entre eles não me parece, propriamente dito um grupo de risco”	“Sim...considero sim... e talvez em duas vertentes. Acima de tudo no que respeita à prevenção nem todos têm conhecimentos dos cuidados a ter para prevenir o contágio do vírus ...eu creio que todos eles, ou a grande maioria, já tem conhecimento como o vírus é transmitido, no entanto depois no que respeita à prevenção é algo que eles não adoptam como rotina na vida deles. [...]eles até até sabem até têm conhecimento se nós lhes pedirmos para eles enunciarem como é que se previne eles até nos dizem, mas concerteza que numa situação momentânea... não adoptam esses comportamentos. Temos uma ou duas situações muito pontuais de pessoas que têm uma formação diferente, pessoas que, que têm uma vivência diferente e que portanto se calhar têm esse tipo de cuidados mas na sua maioria não têm. No que respeita à sua sexualidade não tenho utentes que tenham vivido essa situação, mas tenho utentes que têm amigas que são portadoras de vírus porque os maridos tiveram relacionamentos amorosos extraconjugais e portanto, acabaram por transmitir também à esposa. E nesse contexto eu acho que são um grupo de risco porque...pela confiança que um relacionamento de muitos anos, necessariamente leva a ter. Eu creio que tantas as senhoras como, como os senhores não têm qualquer cuidado em termos de contraceptivos.

				quer nas relações com, com as esposas quer nos relacionamentos extraconjugais e portanto esta falta de actuação (...) e de aplicarem os conhecimentos que têm de...de continuarem a achar que só acontece aos outros e a confiança extrema numa relação com 40 anos, com 50 anos leva a que de facto estas pessoas estejam em risco. Creio que pela conversa que muitas delas já tiveram comigo, o preservativo nunca foi algo que... fizesse parte daquela relação, nunca....portanto são pessoas que ainda vivem de acordo com os métodos tradicionais não é? [...]nunca usaram esse método. Actualmente ainda mais ...porque como está a dizer Já não se engravida, já não precisamos de ter cuidado, porque o preservativo é visto única e exclusivamente como forma, como forma de não se engravidar.
Identificação dos comportamentos de risco	Neste momento há alguns há. Tenho consciência que sim. Muitos até pela questão da facilidade desse tipo de relações, via net. Eles sabem que estão a correr risco. Mas pronto, acham que é a novidade, o quererem vivenciar aquilo que viveram há uns anos atrás, querem vive-lo agora. Com a idade acham que começa a aproximar-se a morte. Então, há o tentar viver aquilo que não se viveu na altura certa. Mas sim, alguns casos, em que há esse tipo de riscos [...]Tenho alguns casos aqui que foram para o Brasil, atrás de conhecimentos pela net. Constituir família e foram para lá e estão lá. Se é um comportamento de risco, poderá ser. Porque é uma pessoa que não conhece. Mas pronto, vão atrás de um sonho.”	Têm. Têm comportamentos de risco. Apesar de estarem informados, de saberem e de se falar.	Não, não me parece e não tenho conhecimento disso”	“Tenho suspeitas de algumas delas no contexto da instituição, ...sim, tenho suspeitas sim de algumas delas aqui no CC. E tenho conhecimento de pessoas próxima dos utentes que tiveram comportamentos de risco e que ... portanto são portadores do vírus”

Perfil dos idosos que têm comportamentos de risco	“...são homens casados, que estão saturados do casamento e procuram outra relação. Querem mudar de vida, querem encontrar outro rumo e então vão por essa via”.	“O comportamento de risco é transversal, homem ou mulher e às idades”	“Não tenho”	“Eu creio que ambos...porque na perspectiva dos homens, estes... são homens mais velhos, portanto não, não são homens na faixa etária dos 55 ou nem dos 60, mas os mais velhos que eu suspeito que tenham relações extraconjugais. No caso das, das senhoras passa muito mulheres que iniciaram novas relações amorosas e que pelo facto de iniciarem a actividade sexual com um homem que não conhecem é um comportamento de risco porque elas não se protegem de qualquer forma.....já não engravidam nesta idade, não é?”
--	---	---	-------------	--

(Entrevista 5 à Entrevista 8)				
Comportamentos de sexuais de risco nos	E5	E6	E7	E8
Os idosos constituem um grupo de risco	“Eu acho que de facto os idosos são um grupo de risco, vulnerável digamos assim [...] que é um pau de dois bicos. Se por um lado, por teoria, uma pessoa chega a uma determinada idade e tem a sua vida emocional e afectiva solidificada, por outro lado é uma altura da vida em que a pessoa pode estar mais vulnerável. Que se pode sentir um pouco mais inferiorizada. E então tem uma necessidade extrema de atenção. E essa atenção muitas das vezes não vem de quem está dentro de casa, vem de cá fora. Isto associa-se muito, regra geral, aos homens quando estão na menopausa, não é. Quando têm aquela necessidade de chamar a atenção e se afirmarem nas senhoras mais novas e nas raparigas mais novas, como um ponto de virilidade, claro	“Sinceramente, pelo menos neste momento não tenho essa ideia, essa perspectiva....que os idosos sejam um grupo de risco. Poderá vir a ser pelo contexto que as gerações mais novas...eu estou a referir-me à população que tenho. E eu tenho uma população com 70 e tais, 80 e tais 90 anos...são pessoas com uma outra vivência. Diferentes dos idosos, da próxima geração, daquela que daqui a uns anos a população idosa terá. Neste momento para a minha população não vejo como grupo de risco. Embora ache os novos idosos que têm outras vivências e que portanto poderão ser um grupo de risco”.	“Sim, eu considero que de facto os idosos são um grupo de risco. Até por uma razão tão simples como esta. Estamos a apanhar pessoas numa faixa etária em que alguns quando eram mais jovens tiveram comportamentos de risco e ainda não eram consideradas, portanto não era uma questão a ser levantada. Isto pode-se reflectir anos mais tarde. Na altura em que tinham esse tipo de comportamentos não havia essa preocupação, por outro lado porque na população idosa os métodos preventivos não são muito bem aceites. Portanto há aqui uma questão cultural que é muito forte o que torna tudo muito complicado”.	“Sim, porque independentemente da idade que tiverem, se tiverem se tiverem relações sexuais desprotegidos pode levar ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis, podendo ainda contagiar os conjugues ou companheiros. Não difere de outras pessoas de outras faixas etárias”

	[...] Também a introdução no mercado de determinados, fármacos... E outra coisa também que eu acho. Por exemplo, mesmo sem serem casais, nos casos de viuvez, dos homens e das mulheres, por exemplo, mas vê-se mais nos homens, embora se verifique também nas mulheres, em que a pessoa está sozinha, não quer dizer que a pessoa vá à procura, mas está vulnerável [...] é uma pessoa que está, carente, emocionalmente em baixo, e isto às vezes também envolve questões de dinheiros [...] A existência de terceiros que dando um pouco de atenção, não é, e mais do que isso, portanto, conseguem aqui um vínculo emocional de pseudo afectivo e que deixa a pessoa vulnerável, no entanto. Isto curiosamente mais nas mulheres [...]Acho eu.”			
Identificação dos comportamentos de risco	Não, Instituição, como lhe disse, a não ser aqueles três casos que já relatei, quando vim para cá. Conheço casos mas de fora, portanto, não está associado.	“Não, não tenho”.	“Não, não tenho conhecimento de algum caso na instituição, em nenhuma das valências”	“Na instituição não, mas a nível concelhio sim. Sei que há idosos que recorrem a “serviços sexuais” ou trocam favores, ficando contagiados com HIV/SIDA, contagiando também a esposa. Tenho lido algumas notícias ultimamente...”
Perfil dos idosos que têm comportamentos de risco	“Os comportamentos de risco nos idosos não são tão visíveis. Possivelmente, porque não se fala tanto, ou não se falava tanto [...] Eu tive aqui uma situação que foi logo no meu primeiro ou segundo ano de estadia aqui. Que foi uma senhora, com HIV, precisamente. A senhora teria os seus setenta e poucos anos [...] uma senhora que praticamente não saía de casa, só para vir aqui ao Centro,...uma senhora, pronto, pelo perfil, só posso			

	crer que seria, pronto, submissa, de certa maneira, e que de repente aconteceu. Isto faz logo pensar, nossa, como é que é possível isto acontecer! Isso logo nos primeiros, nos primeiros anos aqui, da minha permanência e que me deixou a pensar nestas questões. Depois tivemos também uma situação, daqueles casos que não estão no rendimento social, que não estão no Espaço Sênior nem no Apoio Domiciliário, mas foi uma situação acompanhada por nós. Um senhor que nunca casou, mas acho que, houve ali algum problema, estou convencida disso em termos de saúde mental. Apesar do senhor ter uma profissão, portanto, ele era jornalista, portanto, uma pessoa com um nível de instrução acima da média, ...de muito boas famílias. [...] mas, houve ali algures na vida dele, algo que se passou. Uma pessoa muito reservada. Eu, eu creio que teve a ver com alcoolismo e, pronto, com certeza com comportamentos de risco, só pode [...] E aconteceu a um senhor com cinquenta e cinco anos que nos foi diagnosticado HIV [...]o primeiro caso não sei, mas este senhor era falta de informação. È assim, mas aquela coisa nunca acontece a mim acontece sempre aos outros, não é. E isto é que é a nossa grande batalha: é fazer crer às pessoas que os outros somos também nós, não é. Pronto, essas são as três situações que eu me lembro.”			
--	---	--	--	--

(Entrevista 1 à Entrevista 4)				
HIV/SIDA nos idosos percepção e conhecimento	E1	E2	E3	E4
Importância atribuída ao problema	[...] Eu acho que a Sida é uma doença como outra qualquer. Temos que saber lidar com ela, não fazer dela um bicho-de-sete-cabeças. Isto não é fácil, ter a consciência [...] Porque acho que esta população, como lhe disse é um bocadinho diferente do comum [...] acha que ainda não lhe aconteceu e que não vai acontecer, não é algo que lhes preocupe. E acham que ainda não é altura de falar sobre estas questões	“Foi por isso exactamente que surgiu depois o pedido ao GADS. Eu tive conhecimento de um caso num dos Centros de Convívios. [...] Havia um elemento do sexo masculino que estaria infectado [...] Fiquei um bocadinho apreensiva não é? E revirei a minha cabeça pensando o que vou fazer...Como tinha realmente uma relação muito estreita com a coordenadora do GADS, falei com ela e coloquei-lhe esta questão. Temos um utente que tem sida. Vai com frequência ao Centro de Convívio tal. O que é que nós temos que fazer? Tenho também lá uma funcionária, seropositiva. [...] Temos uma série de actividades [...] eu sei como é que se pega, como é que se transmite, como é que não se transmite. Mas o que é que eu poderei fazer, com a Instituição e com a funcionária, para não colocar os outros em perigo [...] A Dra. Andreia deu alguns conselhos de alguns métodos para actuar no Centro. Obviamente eu também ia com a preocupação sem discriminar e que esse e que o senhor não saiba que eu sei. Até porque esta situação é uma situação já trazia alguma reserva. Porque andava constantemente com as pernas ligadas e sempre com, várias coisas na cara [...] Mas de qualquer maneira, quem sou eu. E aquele Centro tinha aberto há pouco tempo. Havia já 10 pessoas inscritas ... e curiosamente (p) numa ida ao Centro de Saúde, onde eu vou semanalmente, onde tenho as reuniões de equipa de intervenção precoce, há um dos	“Dei-me um bocadinho ao trabalho de perceber quando veio cá o GADS porque a Ana dizia-me que existe uma grande faixa a nível dos 55 anos que é portadora e que nem sequer sabia, e aquilo fez-me imensa confusão, como? Os idosos? E para mim foi importante ter essa percepção foi exactamente a causa de que falei há pouco, que aquelas relações extraconjugais a maioria das vezes com prostitutas e depois dentro de casa com a sua mulher sem haver qualquer tipo de protecção porque o preservativo não era uma coisa muito utilizada, e dantes achava-se que servia para quê? E havia outras formas de prevenção não é? E foi aí que eu pensei pela primeira vez como é o HIV nos idosos, era uma coisa que para mim estava posta de lado, nunca me tinha debruçado, via nos tais grupos específicos, em toxicodependentes, em prostitutas, em transfusões de sangue, agora nos idosos não estava a ver como muito sinceramente [...] Já tive uma pessoa infectada [...] ele foi enquadrado exactamente como todos os outros. Portanto foi inserido no grupo normalmente, acabou por sair porque foi realojado noutra área [...] na altura veio encaminhado das equipas do PER do realojamento, era uma pessoa que tinha algumas carências a nível económico e foi	“ [...] A população idosa com HIV é algo que me é um bocadinho desconhecido. É de facto uma preocupação agora depois desta entrevista embora não faça parte da minha problemática diária... Não tenho utentes portadores de HIV no entanto como digo reconheço o risco e compreendo que é uma população de risco. Muito francamente não sei como é que uma pessoa com 55 anos, com 60 anos, recebe uma notícia destas. Percebe que foi traída numa relação de uma vida, muitas vezes, ou na maioria das vezes e ...como é que recebe uma notícia destas? E que depois, não é só a notícia, mas as consequências desta notícia...portanto é uma pessoa que fica doente, que passa a necessitar, para além de todas as doenças que a afectam como idosa, [...] carece de tratamento continuado, poderá sentir-se marginalizada, excluída porque conhece pouco este tema e acredito que uma pessoa, quando recebe uma notícia destas... com 50, com 60 ou com 70 anos a vida dela comece a desmoronar. [...] Nunca nos devemos esquecer que estamos obrigadas ao sigilo profissional e a confidencialidade. Obviamente que é uma questão que não passa só pela pessoa, mas como pelos restantes utentes e

		um enfermeiro com quem eu me cruzo, e me vê a cumprimentar esse utente....Passado meia hora vem tentar falar comigo[...] disse-me, de onde é que eu conhecia aquele senhor, como é que eu conhecia aquele senhor, se ele frequentava algum dos nossos centros, eu disse que sim. Ele disse, bom, quero só pô-la de sobreaviso que este senhor tem, (...) tem sida [...] e é preciso ter alguns cuidados. Eu faço-lhe aqui os pensos quase diariamente e é preciso ter cuidado[...].Realmente isto (p) tranquilizou-me ao mesmo tempo, porque era um técnico de saúde, isto também só com umas relações realmente muito próximas não é? [...]A proximidade que temos com, com, com os técnicos, que acho que isso é fundamental[...]a mulher do senhor também frequenta o centro[...]o problema é que a senhora vai para o Guincho. Mas a senhora não precisa, (...) para ter relações com A, com B e com C. Há muita prostituição nesta zona... Mais tarde, passados uns meses, viemos a descobrir, vim a descobrir, através de outras conversas com outros utentes, que alguns casados, vão lá em troca de favores sexuais [...]daí a necessidade de irmos um bocadinho mais além [...]porque de início pretendia apenas esclarecimento sobre a doença...era um tema que devia abordar para as pessoas começarem a ter um bocadinho de consciência. Pensávamos nós que era só por aí... [...] Na terceira idade está a subir realmente agora estes casos porque. E elas ficaram surpreendidas porque julgavam que estavam imunes, estavam imunes, mas não. [...] Claro que aceitava. Só temos de fazer a ponte com as funcionárias dos Centros, para onde vai a pessoa só para estar prevenida não é? Agora, medo? A nossa função não é de modo nenhum excluir, mas integrar...”	enquadrado no centro de dia permaneceu ainda bastantes anos connosco.[...]	funcionários. Nós não temos que ter cuidados extra pelo facto de termos uma pessoa portadora de HIV dentro da uma instituição...esses cuidados já devem já existir. Portanto, o grande problema, e eu falo pela minha instituição, é que são cuidados que nem sempre existem, e o facto de nós termos conhecimento que há uma pessoa portadora de HIV e que está em contacto directo com, com a restante população, obviamente que nos melindra um bocadinho e que nos leva a tomar medidas mais preventivas ou, de alguma forma desencadear mais acções de formação, dar formação às pessoas, explicar-lhes este tema reforçá-lo, e não só, outras doenças que podem ser também transmissíveis, para que exista um cuidado extra [...] eu creio que a rotina diária do centro não se iria alterar por nós termos uma pessoa portadora. [...] Eu enquanto AS claro que sim, não sei se conhecendo a minha direcção como conheço, isso seria um constrangimento para eles, porque é uma direcção de pessoas idosas, não sei que abertura é que teriam, mas claro que sim, se isso tivesse que ser uma luta que ser travada, com certeza que sim, porque essa pessoa estaria a precisar de mais apoio do que ser excluída mais uma vez, sem sombra de dúvida”
--	--	--	---	---

Conhecimento do problema a nível local e na instituição	Não muito. Porque acho que... é assim, esta população, como lhe disse é um bocadinho diferente do comum porque é uma população que acha que ainda não lhe aconteceu e que não vai acontecer. Pronto, não é algo que lhes preocupa. E acham que ainda não é altura de falar sobre estas questões [...]eu acho, é um problema que ainda não estão para pensar nisso. Se fosse alguém na família ou alguém do tipo amigos tivesse o problema	[...]Jeste senhor contraiu através da mulher [...], neste caso estamos a falar concretamente de Cascais não é? Pronto, eu comecei-me a aperceber de que realmente havia facadinhas de matrimónio de alguns senhores que iam lá e faziam a vida normal com as respectivas mulheres [...] outros viam que o não sei quantos foi apanhado ou que foi visto na zona onde a mulher do outro senhor ia. Esta senhora é muito mais nova, a mulher deste primeiro, é muito mais nova. E a minha preocupação é o que é que vai daqui acontecer...”	Sinceramente não tenho muito conhecimento do problema em geral. Só pelo que leio e pela formação que o GADS veio cá fazer. Sabe como é, os idosos aqui não têm muita actividade (...) eles já são um pouco idosos e como não é uma problemática que viva aqui...o que sei é mesmo como lhe disse pelo GADS e tanto quanto percebi é uma problemática em evolução no concelho de Cascais.	“Conheço, porque como lhe disse anteriormente tenho utentes que têm amigas que são portadoras do vírus [...] e tive recentemente algumas formações, não especificamente nessa área mas sobre a população idosa, que me levaram a ter conhecimento que é uma problemática em evolução no concelho de Cascais e que de facto está nas mãos de todos nós prevenir um bocadinho a propagação.
Atitudes face situações concretas	[...] O que eu fiz foi falar sempre com a pessoa que tem que ter consciência que tem esse problema, não tem que dizer aos outros que o tem [...] acho que a confidencialidade é importantíssima e as pessoas não estão preparadas para esta questão. Se eu falasse [...] se calhar não era tão bem acolhida, não se sentia tão inserida no grupo. [...] Não tinha que dizer [...] as pessoas tem que perceber, têm que se prevenir a elas também. Não tem que ser identificado [...] Nós Temos que ser iguais para todos. Se há algum corte, qualquer coisa nós que estamos com essa pessoa temos que também ter atitudes de prevenção. Tem que haver precaução e com todos, não é com “A”, “B” ou “C”. Parecendo que não, ainda existe muito o mito da questão, do contágio que é uma coisa muito fácil. E, ele existe, mas não é assim tão fácil.	“Quando eu comecei a verificar que havia outras pessoas envolvidas, houve realmente necessidade de recorrer ao GADS. [...] disse não, isto não pode ser só ficar por uma acção de formação ou de informação. Isto se calhar tem eu ir a outro nível... [...] começámos a ter reuniões, começámos a elaborar um esquema[...]era importante realmente ter uma formação ao longo do tempo[...]O doutor Vera, do Centro de Epidemiologia do Hospital, fez a ponte com o Centro de Saúde, exactamente porque estes casos são sempre complexos...tudo isto é passado, estas informações, portanto, há sempre esta, esta ponte também ali com o Centro de Saúde”.	Já tive. E a nível das protecções, nada de especial, ele foi enquadrado exactamente como todos os outros. Portanto foi inserido no grupo normalmente, acabou por sair porque morava no bairro das Marianas, foi realojado e teve uma casa de realojamento com as condições que teria aqui connosco, normalíssimo sem nada muito excepcional de cuidados relativamente a ele. Agora se me aparecesse alguém, neste momento, mesmo que à primeira vista pareça estranho, aceitaria uma pessoa que procurasse os serviços da instituição e que dissesse estar infectada. Eles têm direitos como todos os outros, não é?	

(Entrevista 5 à Entrevista 8)				
HIV/SIDA nos idosos percepção e conhecimento	E5	E6	E7	E8
Importância atribuída ao problema	Não é pelo facto de não termos este tipo de situações ou as termos pontualmente que esse problema não existe ou não possa existir. Nós temos que estar preparados para ele, psiquicamente. Tal como é o caso que nós não temos conhecimento de idosos, que nós saibamos que tenham comportamentos de risco que nós não levemos sempre para o lado das coisas. E cá está a questão preventiva das situações. Elas podem acontecer á mesma mas com conhecimento de causa. Pronto, e acho que é esse também um bocadinho o nosso papel. Portanto devemos preocupar-nos mas sem alarmismos. Se pensar aqui nos idosos eu acho que não é uma coisa que os preocupe muito. Porque é preciso ver para sentir.	Eu dou-lhe realmente a devida importância. Porque tem impactos mesmo a nível de intervenção e de cuidados prestados a esta população. Tanto de apoio a nível social, como também a nível das intervenções de saúde. Acho que são, acaba por se um problema que exige repensar estratégias de intervenção...portanto respeitando o problema real antes de ele deflagrar e depois não haver nada...não haver estruturas preparadas para apoiar estas pessoas, pelo menos devidamente preparadas. Portanto eu dou-lhe a devida importância. A nível geral, concelho...eu estou atenta. Aqui na instituição concretamente, tenho isso presente e claro que estou atenta, mas não tenho nenhum indício de situações que me permitam desenvolver uma coisa mais estruturada, mais direccionada para esta problemática. No entanto nós também temos sempre reuniões de equipa semanais, discutimos sempre os problemas dos nossos utentes que vão surgindo situações, que nós vamos observando e portanto se eventualmente algum dia começar a surgir qualquer coisa é óbvio que vamos começar a preparar embora tenhamos a noção que existe noutras localidades e aqui se calhar a população dos novos idosos irão talvez ter algumas dessas problemáticas que nós não conhecemos ainda. As pessoas também às vezes têm receio de falar de certas coisas...e a nossa população tem muito a tendência de não falar de determinados problemas, gosta muito de camuflar. Daí realmente, também eu ainda não ter aceite e	É evidente que é uma preocupação. E não é maior, como lhe digo, talvez pelas características dos nossos utentes. Porque quer os do Lar, quer os do CD têm pouca autonomia. É uma preocupação até porque não é uma questão que se peça um documento que afirme que sim ou que não...eu pessoalmente acho que não se deve pedir. Sei que há instituições que o fazem, mas considero uma violação aos direitos da pessoa. É efectivamente uma preocupação. Embora eu não tenha feito aqui ainda a formação do GADS, penso que constitui uma preocupação maior em Centros de Convívio e Centros de Dia onde haja idosos ainda com muita autonomia, porque há muitos passeios, há muitos intercâmbios e podem ser propiciadores de relacionamentos. Estamos a falar de população idosa sim, mas de uma população idosa, com grau de autonomia, com capacidade de desenvolver relacionamentos, estamos a falar de, de viúvos e de viúvas, de pessoas que se sentem sós e, como lhe digo por via dos afectos, podem desenvolver relacionamentos que se tornem mais perigosos. Como lhe digo nós, nesta instituição temos uma população muito envelhecida. Por isso não é uma que nos salte assim à vista. Situações pontuais dentro do próprio Centro de Convívio têm, sido geridas, com muita calma e têm sido resolvidas. Porque não há, no fundo,	Penso que terá que haver uma sensibilização para as diferentes possibilidades e formas de contágio. Pode haver perigos em qualquer idade. Não conheço nenhum estudo local sobre esta problemática. Mas considero que eu própria estou pouco informada...Na instituição não foi identificado nenhum caso e talvez por isso não tenha sentido nunca nem necessidade nem curiosidade suficientes para tomar outras medidas em relação à minha forma de intervenção.

		interiorizado isto como uma preocupação.	condições para haver aquele convívio. Quando há passeios são os mais novos que saem e são grupos pequenos, portanto perfeitamente controláveis. Mas sei que nas Academias Seniores e dos Convívios frequentados por população mais autónomo e mais jovem, é um risco mesmo muito sério. E aí nesses espaços, penso que sim, que tem de fazer-se um trabalho de prevenção muito mais adequado e direccionado. Porque são pessoas autónomas, mas muito fragilizadas e com grandes carências afectivas. Vou voltar a repetir-me...pela via dos afectos, facilmente as pessoas podem ter comportamentos de risco.	
Conhecimento a nível local e na instituição	Olhe, é assim, conheço estes dois casos que foram diagnosticados já há muito tempo. De resto, actualmente aqui, não. Tenho conhecimento de situação actual muito por via do GADS, têm feito um trabalho excelente ao nível de nos dar a conhecer essa problemática aqui no concelho de Cascais [...] E por notícias que vou lendo [...] começa a estar na agenda dos debates políticos a sida nos mais idosos. A e também assisti a um seminário sobre o problema nos idosos e até fiquei admirada com os números. Mas não sei mais nada.	“Conhecemos uma situação mas não era uma situação de um idoso era uma pessoa jovem. [...] No entanto lá está, não é uma problemática ainda muito falada [...] A nível geral, concelho...eu estou atenta. No entanto nós também temos sempre reuniões de equipa semanal discutimos sempre os problemas dos nossos utentes que vão surgindo situações que nós vamos observando e portanto se eventualmente algum dia começar a surgir qualquer coisa é óbvio que vamos começar a preparar-nos [...] embora tenhamos noção que existe noutras localidades e aqui se calhar a população dos novos idosos irão talvez ter algumas dessas problemáticas que nós não conhecemos aqui. [...] Nós não temos aqui na proximidade da aldeia conhecimento dessa problemática de HIV”.	Sim, sim, conheço, mas muito por via do GADS. Aliás, nós ainda agora a intervenção que o GADS está a fazer com os colaboradores das instituições, está a ser feita aqui. Têm feito um trabalho excelente ao nível de nos dar a conhecer essa problemática aqui no concelho de Cascais. O GADS é nosso parceiro no programa. Portanto, nós, nós vamos fazendo intercâmbios. Quaisquer dúvidas que surjam nós contactamos com eles, porque realmente eles são uns mestres nessa matéria. E é por isso que às vezes até mais do que a informação, o GADS é muito importante para nos tocar o sininho e descermos à Terra e despirmos esses preconceitos e encararmos as coisas de uma outra forma. no fundo todos nós temos um conjunto de preconceitos, mesmo pelo momento que estamos a passar, que eu acho que é uma preocupação muito grande.... portanto é muito importante, para além da formação e informação que dão e do apoio que dão no terreno	“Na instituição não, mas a nível concelhio sim. Sei que há idosos que recorrem a “serviços sexuais” ou trocam favores, ficando contagiados com HIV/SIDA, contagiando também a esposa. Tenho lido algumas notícias ultimamente...”

			às instituições, também é muito importante a própria divulgação que fazem do problema.	
Atitudes face a situações concretas	Olhe, eu digo francamente, nós não somos polícias, nós não podemos decidir por eles. Mas podemos dar uma ferramenta fundamental, que é um instrumento de utilização de quem recebe, que é a informação. É assim, informando as pessoas, sensibilizando as pessoas, mostrando às pessoas que isto acontece, como acontece e quais as consequências. Este é a principal ferramenta, é o principal instrumento que as pessoas têm ao seu dispor, não é. A não ser, vamos lá ver, a não ser que haja um caso específico, não é, de saúde mental ou de pessoas que, pronto, têm que estar institucionalizadas e que temos que condicionar os seus comportamentos, não é, temos casos. Agora, caso contrário, é assim, as pessoas são responsáveis pelos seus actos e comportamentos, mesmo assumindo a sua responsabilidade, não é? Antes de mais, nestas coisas nunca pode haver discriminação... ...porque uma pessoa com HIV é uma pessoa como qualquer outra, inclusivamente a doença não se contagia de qualquer maneira... e, é assim, nós temos que obedecer à vontade da pessoa, portanto, informamos ou não aquela situação, que eu acho que por um lado pertinência em fazê-lo, que eu acho que por um lado pertinência em fazê-lo porque faz parte da intimidade de cada um. Que haja ou não a divulgação dessa situação, para mim. E acho que, lá está, os cuidados que podemos ter com essas pessoas são os cuidados que nós devemos ter com outras quaisquer, não é.	“Se alguém com o problema declarado procurasse a instituição com certeza que aceitava. Embora por muito assustador que pareça, não é? [...] Seja por responsabilidade própria ou não, infelizmente tiveram um percalço na vida que despoletou uma situação infeliz e portanto já basta o processo por que passam. Mas não nos podemos esquecer que enquanto assistentes sociais temos um código ético e deontológico, não é? Portanto o nosso papel também é esse tentar ajudar as pessoas a superar os problemas. Mas aqui a nível da instituição, ainda não tomámos nenhuma medida desse género falamos de sexualidade nas acções e se realmente houver alguma situação ou questão que seja levantada, a psicóloga também acompanhará, mas não temos nada definido, em concreto, neste momento para essa problemática.	Olhe por exemplo uma Hepatite B é muito mais contagiosa e nós não sabemos, não é? Acho que temos que lidar com o caso do HIV como se lida com qualquer outra infecto-contagiosa. É como lhe digo, se a nível da instituição as regras forem cumpridas, em termos de segurança, para todos os utentes, nós temos as situações todas salvaguardadas e ninguém, ninguém corre riscos e a pessoa permanece com a sua intimidade salvaguardada. nem vejo porque não aceitar uma pessoa com SIDA. Aliás nós apoiámos, aqui há bastantes anos, a nível do concelho de Cascais, os primeiros casos em contexto de SAD que era a mãe e o filho, porque todas as instituições recusaram. Na altura a Segurança Social pediu-me apoio, e pediu-me para que as funcionárias não fossem informadas, e eu na altura considerei que as funcionárias deviam ser informadas, avisadas, hoje que não. Pedi até ao médico do Centro de Saúde de Cascais que nos desse alguma informação que nos desse apoio nessa matéria... como lidar com esta situações... porque eu na altura...aqui há uns 15, 20 anos atrás também não sabia muito bem, não é? mas fiquei agradavelmente surpreendida porque as nossas colaboradoras reagiram muito bem, perceberam muito bem a situação tomaram as precauções devidas e nós aqui, eu, apoiámos sempre e acompanhámos de perto a situação até ao fim.	Se tivesse algum caso, primeiro articularia com colegas da área de saúde. Era a primeira coisa que fazia, articulava com os profissionais de saúde para a colaboração da prestação de cuidados e também de informação para mim própria...como lidar com a situação...acompanhava socialmente o caso, da pessoa, da sua família e teria que estar atenta aos outros utentes aqui dentro...como reagiriam... Mas de facto pode sempre haver situações não identificadas... e isto deixa-me a pensar.... Deve-se sempre agir preventivamente. Estando informadas e passando essa informação, não é?

(Entrevista 1 à Entrevista 4)				
A intervenção no problema	E1	E2	E3	E4
A sexualidade como tema	Comigo, nunca houve. Fala-se mas de forma informal em contexto de gabinete. Apesar de eu convidar várias pessoas da saúde para vir falar de vários temas. Eu gostava por exemplo de num desses dias fosse abordada essa questão	“Não. Eu nunca....nunca fiz. Ficou sempre aqui em privado. Tenho falado mas aqui em contexto de gabinete. [...] Exactamente. Sempre em privado.(...) numa sessão dessas, eu tive a necessidade de falar de sexualidade, tive algumas dúvidas e falava com, por exemplo com algumas técnicas da área da saúde, essencialmente. Como é que eu devia, às vezes ter conversas, principalmente com as mulheres. Eu comecei a ter aqui alguns atendimentos com eles em que me vinham falar, confidenciar....alguns namoricos, principalmente nas viúvas e nos viúvos isso é muito notório. [...] E nós, aqui como técnicos, somos muito aquela ponte...quase de psicólogos, ...filha mais velha, não é? Porque somos vistos sempre como alguém que sabe muito, alguém que podem confiar...nós sabemos primeiro, que os próprios filhos. Uma vez [...]tive a necessidade de falar de sexualidade, tive algumas dúvidas e procurava algumas técnicas da área da saúde para virem falar. Depois o GADS, pelo que sei, tem feito muito esse papel de fazer sessões sobre esses temas para os idosos de algumas das instituições do concelhos de Cascais [...]"	“Já, por várias vezes, até mesmo...através do Centro de Saúde da Parede, nomeadamente com equipa de cuidados continuados, temos cá regularmente estágios das escolas de enfermagem e já tem feito aqui apresentações sobre o tema da sexualidade no idoso para todos. Quer dizer a maioria desde que queiram assistir, não é?"	“O momento de partilha acontece sempre aqui no gabinete. No entanto o a CMC levou a cabo algumas acções de formação não só para os técnicos mas também para os idosos... um grupo de enfermeiras, deslocou-se aqui ao CC no sentido de explicar um bocadinho como é que se vive a sexualidade na 3ª idade [...] Nesse momento não houve partilha, não houve feedback dos utentes, eles estiveram apenas enquanto espectadores, enquanto ouvintes, no entanto, aquilo que lhes ficou à posteriori foi discutido em gabinete, aqui, comigo. Portanto eles não se sentiram a vontade para o fazerem com as enfermeiras, em público, mas depois em privado conseguiram debater ali algumas questões que tinham[...] eu reconheço que se fosse se calhar se fosse outro tema eu já me tinha disponibilizado e já tinha conversado com eles sobre isto. No entanto eu tenho conhecimento do trabalho do GADS, e acho que é um tema que eu reconheço que posso não ter conhecimentos suficientes. Correndo o risco de não passar a mensagem da melhor forma [...] prefiro que seja um profissional com conhecimento específico nesta área a fazê-lo”.
Procedimentos	[...] O que eu fiz foi falar sempre com	“Eu tive conhecimento de um caso num dos	“ [...]já tive uma pessoa infectada [...]	“[...] Nós não temos que ter cuidados

face a situações concretas	a pessoa que tem que ter consciência que tem esse problema, não tem que dizer aos outros que o tem [...] acho que a confidencialidade é importantíssima, as pessoas não estão preparadas para esta questão. Se eu falasse [...] se calhar não era tão bem acolhido, não se sentia tão inserida no grupo. [...] Não tinha que dizer [...]. Não tem que ser identificado [...] Nós Temos que ser iguais para todos. [...] Nestas coisas nunca pode haver discriminação [...] porque uma pessoa com HIV é uma pessoa como qualquer outra [...] a doença não se contagia de qualquer maneira [...] Se há algum corte, qualquer coisa nós que estamos com essa pessoa temos que também ter atitudes de prevenção. Tem que haver precaução e com todos, não é com “A”, “B” ou “C”. Parecendo que não, ainda existe muito o mito da questão, do contágio que é uma coisa muito fácil. E, ele existe, mas não é assim tão fácil.”	Centros de Convívios. [...] Havia um elemento do sexo masculino que estaria infectado [...] Fiquei um bocadinho apreensiva não é? E revirei a minha cabeça pensando o que vou fazer...Como tinha realmente uma relação muito estreita com a coordenadora do GADS, falei com ela e coloquei-lhe esta questão. Temos um utente que tem sida. Vai com frequência ao Centro de Convívio tal. O que é que nós temos que fazer? Tenho também lá uma funcionária, seropositiva. [...]Quando eu comecei a verificar que havia outras pessoas envolvidas, houve realmente necessidade de recorrer ao GADS. [...] Disse não, isto não pode ser só ficar por uma acção de formação ou de informação. Isto se calhar tem eu ir a outro nível... [...] começámos a ter reuniões, começámos a elaborar um esquema [...] era importante realmente ter uma formação ao longo do tempo [...] O Dr. do Centro de Epidemiologia do Hospital, fez a ponte com o Centro de Saúde, exactamente porque estes casos são sempre complexos...tudo isto é passado, estas informações, portanto, há sempre esta, esta ponte também ali com o Centro de Saúde” [...] eu sei como é que se pega, como é que se transmite, como é que não se transmite. Mas o que é que eu poderei fazer, com a Instituição e com a funcionária, para não colocar os outros em perigo [...] A colega do GADS deu alguns conselhos de alguns métodos para actuar no Centro”	ele foi enquadrado exactamente como todos os outros. Portanto foi inserido no grupo normalmente [...] Nós não temos que ter cuidados extra pelo facto de termos uma pessoa portadora de HIV dentro da uma instituição [...] esses cuidados já devem já existir [...]Mas tem de ser um trabalho de muita proximidade para poder abordar estes temas da intimidade”	extra pelo facto de termos uma pessoa portadora de HIV dentro da uma instituição...esses cuidados já devem já existir. Portanto, o grande problema, e eu falo pela minha instituição, é que são cuidados que nem sempre existem, e o facto de nós termos conhecimento que há uma pessoa portadora de HIV e que está em contacto directo com, com a restante população, obviamente que nos melindra um bocadinho e que nos leva a tomar medidas mais preventivas ou, de alguma forma desencadear mais acções de formação, dar formação às pessoas, explicar-lhes este tema reforçá-lo, e não só, outras doenças que podem ser também transmissíveis, para que exista um cuidado extra [...] eu creio que a rotina diária do centro não se iria alterar por nós termos uma pessoa portadora [...] Nunca nos devemos esquecer que estamos obrigadas ao sigilo profissional e a confidencialidade. Obviamente que é uma questão que não passa só pela pessoa, mas como pelos restantes utentes e funcionários”.
O que faz para alterar comportamentos de risco	“Tento esclarecê-los, dar -lhes soluções, informações, alertá-los para este problema que existe. [...] As pessoas têm que ter alguns cuidados na relação com os outros no dia a dia. [...] Ser seropositivo ainda está muito ligado a toxicodependentes, a alcoólicos, mas pode ser ligado a comportamentos desviantes. É como lhe digo, nós temos aqui tanta gente a frequentar as aulas, temos a academia, que é uma universidade sénior, depois	“Muita brincadeira, muita proximidade, muita aproximação e muito, muito esclarecimento [...] Quando há bocado me perguntava se o nosso papel de assistente social pode equiparar-se ao de outros profissionais, enfermeiros, psicólogos, na prevenção. Eu acho que sim...mas ainda temos é um sentimento...não sei explicar...de que isso não é da nossa área...por exemplo falar de relações sexuais desprotegidas, ir às meninas...etc...para os idosos não é fácil...e de tal forma que recorri a colegas que já trabalhavam essa matéria. Entende-me? Por	“Tem de ser um trabalho de muita proximidade para poder abordar estes temas da intimidade [...] se for num trabalho de proximidade de contacto directo com eles, eles assumem outra maneira [...]que o trabalho seja continuado, que seja no dia a dia, porque de facto nesta população a memória falha muito”.	Não sei se isto vai de encontro ao que pretende, mas ...estou a falar-lhe única e exclusivamente da minha experiência. O sucesso que tenho tido, ou o possível sucesso que possa vir a ter, passa muito por, primeiro dar-lhes conhecimentos, primeiro muni-los de informação e depois digeri-la com eles em privado. Porque são pessoas que na sua maioria não têm abertura para abordar estas questões de outra forma, e também não são pessoas que

	temos o clube sénior, que são 20 pessoas e nem com estas pessoas do clube sénior consegui mobiliza-las para esta formação [...] O assistente social não faz milagres [...] é importante que o assistente social faça, e eu, tento fazer um contacto muito próximo com o utente, tento fazer o papel de mediador. Mas isso também só é possível quando existe um trabalho em equipa, quando existe uma formação a vários níveis. [...] Eu só acredito em estratégias nesta questão de mudar tabus e mudar mentalidades, se houver o trabalho em equipa, em que as pessoas todas estejam consciencializadas o que é, quais são os riscos e a forma como se pode contagiar ou não. Mas tem que haver uma formação com o pessoal que trabalha com esta população. [...] Desde a ajudante familiar, desde a cozinheira, desde a ajudante de cozinheira, desde a administrativa [...] Tento esclarecê-los individualmente, dar -lhes soluções, informações [...] Tem que ser uma intervenção com grupos pequenos, porque em grupo é que há a expressão de ideias e o falar sobre alguns mitos que têm, consegue-se perceber que se calhar a vida que ela tinha é igual à outra... poder ser trabalhada”.	outro lado sinto e sei que o nosso papel é tão ou mais importante na prevenção, que o dos outros, porque somos nós que os conhecemos...é connosco que eles desabafam e é em nós que eles depositam confiança...nós temos ali a matéria-prima à mão todos os dias...por isso, se calhar somos nós que temos de mudar alguma coisa na nossa maneira de pensar...” Eu acho é aquilo que eu faço muito, mas isto tem já a ver com a minha maneira de ser, brincar muito. A brincar, a falar e o rir muito (p) é rirmos de nós próprios. E isso desarma completamente. às vezes há sessões de risota mesmo, porque pela brincadeira, pela parte mais marota, eles começam também às vezes a falar [...] Vejam lá o que me aconteceu ontem [...]Eu tenho muita necessidade às vezes de expor um bocadinho, de ilustrar com alguns eventos que tenham acontecido connosco[...]A minha estratégia é só a deles tentarem falar e isso às vezes motiva com que eles venham em particular [...] E essencialmente há muitas conversas a nível privado, a nível de gabinete, e sou eu o apoio para eles. [...] falar bastante sobre as questões, repetidamente, e individualmente [...]Conhecer as pessoas muito bem....falar bastante sobre as questões. [...] Apostar na formação não só da equipa e na informação, [...] continuar a apostar na intervenção individual, o pequeno grupo também. Porque face à delicadeza do tema é o que mais aproxima a pessoa.”		facilmente alterem os seus hábitos de vida, as suas rotinas, a forma como pensam e a forma como estão perante a vida. [...] Acima de tudo é preciso tempo, não é nada que se mude da noite para o dia. É preciso insistência é preciso continuidade, não é nada que a gente fale uma vez por ano numa acção de formação e que depois se esqueça [...]um dos meus métodos é esse mesmo. Recorro a acções de formação e tento de alguma forma educar ou reeducar estas pessoas [...] Não só prevenir alguns comportamentos de risco mas, acima de tudo, para lhes dar mais conhecimentos sobre as problemáticas que atingem este tipo de população[...] Eu quase que aposto que este é um tema que raramente é falado em contexto familiar, portanto de alguma forma o nosso papel é tentar alertar as famílias para a sexualidade da população idosa, para os seus comportamentos de risco, a transmissão do vírus nesta população está a acontecer, está em evolução, portanto explicar também à família para os manter alerta, não é? Nós sabermos que eles são uns parceiros fantásticos, porque eles é que os conhecem nos contextos e nós funcionamos em contexto de instituição, no entanto eles é que os conhecem melhor. “ [...] Quando me apercebo de alguns comportamentos de risco, quando me apercebo que existe tendência para os mesmos, ou quando numa conversa surge algum indício de que existem comportamentos de risco [...] dar alguma formação aos utentes em grupo e também passa muito por conversas em privado. Portanto, acima de tudo nestas duas vertentes:
--	---	--	--	--

				formação em grupo e depois conversas de grande abertura em contexto de gabinete de atendimento”.
--	--	--	--	--

Entrevista 5 à Entrevista 8				
A intervenção no problema	E5	E6	E7	E8
A sexualidade como tema	“É assim, já abordamos, até porque eu tenho vários estagiários, que faço questão de ter em várias áreas, entre os quais enfermagem e é assim, aquilo que eu tento trabalhar é também algumas sessões de esclarecimento de várias coisas. E já aconteceu por exemplo para o tema do HIV, e foi agora este ano, mas já não foi a primeira. Precisamente por causa da incidência da doença e do alerta.”	“Já fizemos uma acção de formação até com a nossa psicóloga...e as pessoas até participaram. Mas é difícil falar às vezes com estas pessoas porque têm muitos pudores...muitos tabus relativamente a isso [...] mas mesmos assim, houve uma participação atenta e manifestaram algumas ideiasmas nada assim de muito profundo...” [...]Mas não temos nada definido, em concreto, neste momento para essa problemática... vamos falando se houver alguma necessidade de o fazer pontualmente, se há algum utente que levanta a questão, ...até peço ajuda à psicóloga, como lhe disse, mas nada que tenha um carácter formal ou que faça parte da nossa programação, por enquanto...”	“Não. Estávamos a pensar. Mas não sei se numa primeira fase se mais com os idosos, se em primeiro lugar com as famílias. Devo confessar que sinto uma grande necessidade de abordar esta temática, ...mas sinceramente não sei muito como bem tendo em conta as características da população. Não vai ser fácil ...já vimos aqui várias formas, já deitámos na mesa várias hipóteses, mas cada vez mais estamos a afunilar e a concluir que temos de abordar este tema, mas não de uma forma directa. Vamos ter de encontrar uma estratégia, uma actividade lúdica, tentar dar-lhe a volta de uma outra maneira. E aí eu devo confessar ... quero ver se consigo o apoio de uma psicóloga clínica, ...porque isto é uma área que...eu não sei se domino.[...] Temos de abordar este tema mas não de uma forma directa, talvez dando formação aos colaboradores. Começar por aí. Nós temos por exemplo entre os nossos utentes duas ou três situações que nos vieram pedir conselhos nessa área. Por exemplo a primeira vez que eu tive uma conversa dessas com um utente nosso, achei muito engraçado [...] lá estão os nossos preconceitos [...] eu nunca tinha imaginado, um senhor de 70 anos bater à porta do meu gabinete e sentar-se na minha frente e falar-me	“Não, nunca abordámos o tema especificamente ...mas enquadrado na área da saúde (prevenção de doenças) ...sim. E tenho convidado por exemplo enfermeiras do Centro de Saúde.”

			abertamente sobre esta questão. Eu fui ao médico e ele disse que eu podia tomar o Viagra...que eu podia fazer tudo como uma pessoa normal.	
Procedimentos face a situações concretas	“Nós não somos polícias, nós não podemos decidir por eles. Mas podemos dar e quando digo nós, é a equipa, uma ferramenta fundamental, que é um instrumento de utilização de quem recebe, que é a informação [...] sensibilizando as pessoas, mostrando às pessoas que isto acontece, como acontece e quais as consequências [...] a não ser que haja um caso específico, não é, de saúde mental ou de pessoas institucionalizadas e que temos que condicionar os seus comportamentos.”	“Olhe a primeira coisa que fazia era contactar a colega do GADS (...) para tentar perceber a problemática um bocadinho melhor [...] elas trabalham com esta problemática e portanto estão muito melhor informadas de todas as situações que possam advir duma situação destas ou dum problema destes[...] Eu tive a possibilidade de contratar uma pessoa com HIV e antes de ligar à senhora para lhe para lhe fazer a proposta, telefonei à colega do GADS, para saber quais eram as envolverências e como é que eu poderia tratar se ela realmente fosse contratada, como é que eu iria proceder, se era preciso comunicar às colegas, se tinha de comunicar à direcção[...] quais eram os procedimentos a adoptar em termos de segurança[...] a colega do GADS disse-me que não, que era uma pessoa normal, que não tem de comunicar a ninguém[...] ela tem que ter determinados procedimentos, mas de resto não há problema nenhum”	“Nós apoiámos, aqui há bastantes anos, a nível do concelho de Cascais, os primeiros casos em contexto de SAD que era a mãe e o filho, porque todas as instituições recusaram [...] a Segurança Social pediu-me apoio, para acompanhar dois casos em SAD, e pediu-me para que as funcionárias não fossem informadas, e eu na altura considerei que as funcionárias deviam ser informadas, avisadas, hoje não. Pedi até ao médico do Centro de Saúde de Cascais que nos desse alguma informação que nos desse apoio nessa matéria [...] e conseguiram lidar muito bem com a situação, tomaram as precauções devidas e nós aqui apoiámos sempre e acompanhámos de perto a situação até ao fim [...] acho que temos que lidar com o HIV como se lida com qualquer outra infecto-contagiosa. É como lhe digo, se a nível da instituição as regras forem cumpridas, em termos de segurança, para todos os utentes, nós temos as situações todas salvaguardadas e ninguém corre riscos e a pessoa permanece com a sua intimidade salvaguardada”	“Na instituição nunca foi identificado nenhum caso e talvez por isso não tenha sentido nunca nem necessidade nem curiosidade suficientes para reflectir ou conhecer melhor o problema nem tomar outras medidas em relação à minha forma de intervenção...mas se acontecesse, Primeiro articularia com colegas da área de saúde [...] para a colaboração da prestação de cuidados e também de informação para mim [...] acompanhava socialmente o caso, da pessoa, da sua família[...]estar atenta aos outros utentes aqui dentro[...]Deve-se sempre agir preventivamente. Estando informadas e passando essa informação.
O que faz para alterar comportamentos de risco	“Quando nós disponibilizamos uma série de actividades e serviços que vão de encontro às necessidades manifestadas pelas pessoas [...] estamos também a prevenir, por exemplo, a questão das depressões, a questão do isolamento, a questão da solidão, não é[...] enquanto as pessoas estão aqui a conviver, quando as pessoas estão preocupadas em descobrir o tempo verbal daquela frase ali em inglês, não estão a pensar noutras [...] para além	“Falo por mim aqui na instituição, nós fazemos um trabalho de prevenção noutras áreas. Desde o problema da diabetes, de quedas [...] agora realmente para essa problemática nunca fizemos, é verdade...nós devíamos intervir antes do problema estar instalado. Mas nunca fizemos nenhuma prevenção relativamente a essa situação [...] falou-se sobre a sexualidade em grupo, temos um grupo de comunicação, uma vez por semana, reunimos e estamos com os nossos	“ [...] Olhe, se calhar vou pela via mais simples, mais cómoda para nós, que é investir, primeiro na formação dos colaboradores. Fazê-los perceber que têm de estar atentos às manifestações das pessoas, ser sensíveis às manifestações dos afectos das pessoas. formação é a melhor ferramenta que podemos dar e ter. É preciso o conhecimento. Eu não acredito numa boa intervenção se não se apostar na formação de todos os	“Promovo a participação dos idosos. Tento envolver todos [...] faculto e articulo com a área/serviços de saúde. [...] Aqui na instituição faço algumas sessões ou convido profissionais de outras áreas para falarem de temas cujo objectivo é a prevenção. [...] A minha estratégia, se assim se pode dizer [...] Vai muito no sentido da informação...Facultar o máximo de

	de estarem a enriquecer, estão a trocar experiências, e a sentirem-se úteis. [...] Isto é tudo prevenção. É assim, quando nós temos aqui o folclore, o teatro, o inglês, a informática, as viagens, os passeios, é prevenção [...] depende um bocadinho dos contextos [...] vou-lhe dar um exemplo, que aqui pode funcionar, não sei se lhe poderei chamar uma estratégia [...] nós aqui distinguimos os espaços. É a questão desta informação, desta sensibilização, não é, que eu acho que é uma arma poderosíssima. [...] Nós trabalhamos os diferentes grupos de forma diferente [...] Procuramos agir com conhecimento de causa [...] por exemplo costumamos debater vários temas em que damos a conhecer às pessoas, elas reflectem sobre ele e depois em grupo discutimos, sendo eu ou uma das minhas colegas a dinamizar essas sessões... Também acompanhar individualmente e pessoalmente os casos [...] considero isso como um investimento, a relação de técnico/utente. Quando investimos nessa relação, nós somos privilegiados em termos de despistagem e também em termos daquela pessoa vir falar connosco mais abertamente. [...] Assumirmos uma postura de seriedade, sem dúvida também a questão técnica, de empatia, de confidencialidade”	utentes, tentamos desenvolver um bocadinho a comunicação deles, portanto algumas capacidades e fala-se de todos os assuntos. E numa das acções de formação... não são bem acções de formação, são mais sessões de informação [...] foi sobre essa temática. No entanto nunca pensámos nisso na perspectiva das doenças sexualmente transmissíveis... é um bocadinho de receio, porque a nossa população pode não entender bem, ou então porque simplesmente não pensamos, ou não ponderámos essa situação também. Mas de facto está a deixar-me [...] É claro que enquanto profissionais devemos ajudar essas pessoas, e encontrar maneiras de chegar até elas, não é? Portanto o nosso papel também é esse. É tentar chegar às pessoas e ajudá-las a superar os seus problemas individuais e do grupo [...] Por exemplo em relação à tensão e hipertensão, à diabetes, a nível alimentar, às quedas, fizemos adaptações na instituição [...] temos um médico voluntário que vem de 15 em 15 dias não vem só passar receitas, também nos tira alguma dúvida [...] Temos a medição da glicemia todos os dias para os utentes que são de risco [...] a medição diária da tensão arterial para situações destas e depois uma vez por semana fazemos para todos os utentes que queiram [...] criámos também um conjunto de actividades que permitissem também evitar e minimizar os riscos destas situações. Bom, mas alterar comportamentos... vendo bem, penso que é uma intervenção mais paliativa do que preventiva. Depois do problema já estar declarado nós fazemos um bocadinho a ponte, entre o médico que está a acompanhar com, com a própria família... articulamos com técnicos de outras instituições sejam de Saúde, de Serviço Social ou de outras áreas, portanto insistimos e temos um acompanhamento no tempo [...] Muitas vezes detectamos problemas, pelas pessoas que fazem o	colaboradores. Talvez começar por aí [...] Portanto temos aqui outro cavalo de batalha que é formar as pessoas e combater a desinformação. Não chega termos atitudes preventivas apenas na instituição, tem que haver continuidade em casa, porque se não fica o trabalho completamente cortado [...] Nós aqui tentamos sempre envolver as famílias, fazemos de três em três meses, aos sábados uma reunião com as famílias [...] Nós nunca nos substituímos à família, complementamo-nos. [...] A forma como a família participa, a forma como a família se implica e é ou não capaz de fazer-lhes sentir que ainda fazem parte dessa família e pode ser o garante de um maior sucesso na nossa intervenção. [...]”	informação possível. [...]”
--	---	--	---	------------------------------------

		transporte e aí percebem logo, que aquela pessoa não está muito bem, pela proximidade que criam...acabam por ser confidentes dos utentes e intervimos logo. Nas reuniões de equipa também fazemos o ponto da situação. E depois traçamos um plano de intervenção que deveria ter esse cunho preventivo. Vou dar-lhe um exemplo: Nós tínhamos um grupo de utentes que não faziam absolutamente nada [...] Chegavam e iam logo para a salinha sentar-se. E eu achava que tínhamos de descobrir alguma coisa que alterasse aquilo e que suscitasse interesse [...] um dia, em conversa em equipa, eu falei com a fisioterapeuta da situação e disse: então e se nós começássemos a fazer exercícios, já que eles não querem sair do sítio [...] e assim foi...não vai a montanha a Maomé, vai a montanha a Maomé [...] todos aderiram, e neste momento todos participam. Fazem exercícios matinais todos os dias durante 20 minutos mesmo aqueles que não faziam nada. E começaram a ter mais gosto e a sentir-se melhor. Portanto acabou por ser uma actividade de sucesso e conseguimos envolver utentes que realmente não participavam [...] Motivámos sem impor [...]No sentido de prevenir as demências e a perda de capacidades cognitivas nós pegámos nesse tal grupo que não participa, criámos um projecto de histórias de vida, porque uma das coisas que percebemos e que achamos importante é que as pessoas gostam muito de falar. Toda esta população idosa teve muito contacto com o campo [...] e então é a forma que nós temos de chegar a estas pessoas e de as motivar e de prevenir o isolamento dos outros, o estar por estar. É essa a nossa preocupação. [...] Os utentes não têm que estar todos sempre em actividade, mas têm de ter motivo de vida. [...] Têm de se sentir motivados, de ter energia pelo menos anímica ... de vida! Esta é uma grande preocupação nossa, a de prevenir		
--	--	---	--	--

		o isolamento a abstenção da realidade e da própria vida [...] e este é no meu entender o meio que nós temos. Sabemos que essas pessoas gostam de ver fotografias de contar a sua história de vida, no fundo de falar de si”.		
--	--	--	--	--

Entrevista 1 à Entrevista 4				
Prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco	E1	E2	E3	E4
Lugar do Serviço Social na prevenção comparativamente a outros profissionais	“Acho que é fundamental. O nosso papel que seja mesmo esse nos centros de dia, de convívio ou academias seniores, que é alertar e prevenir as pessoas para determinadas situações e para determinados comportamentos. Acho que é essencial. Porque nós somos fundamentais, a esta população, porque estabelecemos uma relação com eles muito próxima e eles acabam por nos ver como o ouvinte/confidente. E acho que nós temos que fazer também com que eles sintam essa segurança de poder vir falar, de poder conversar sobre os problemas a vários níveis, não é só o social, não é só o económico, não é só o emocional, mas também o sexual. O nosso papel é muito mudar mentalidades [...] tentar que as pessoas vejam as coisas de outro prisma, que vejam as coisas noutra contexto, não se coloquem atrás de estereótipos [...], tentar educar as pessoas, tentar mudar mentalidades [...] todos nós temos mitos e às vezes o difícil é desmistificar esses mitos”.	“[...] É connosco que eles desabafam e é em nós que eles depositam confiança...nós temos ali a matéria-prima à mão todos os dias...por isso, se calhar somos nós que temos de mudar alguma coisa na nossa maneira de pensar...”[...] A assistente social pode ter um papel de prevenção tão importante, com a mesma importância que o médico, o profissional de saúde, o psicólogo...a assistente social tem um carácter, uma postura [...] vêem mais os utentes com uma atitude de aconselhamentos e uma pessoa que lhe pode dar algumas indicações, independentemente de ser mais nova ou ser mais velha. Mas é o assistente social que tem aquela carga de aconselhar. É essa a perspectiva que eu tenho. [...] nós temos um papel realmente fundamental na vida destes idosos dos Centros de Convívio e de Dia, não digo inigualável, não vou usar essa palavra tão forte, mas acho que é essencial. Porque eles desabafam muito connosco. [...] Eu acho que é aquilo que tem tido impacto e nas acções de prevenção”	“No meu caso aqui concretamente, eu tenho de facto esse papel da retaguarda, apesar de ter muitas intervenções no directo com eles, mas não sou a pessoa que está todo o dia com eles, portanto esse papel é um bocadinho passado para a assistente do centro de dia e para a animadora, portanto eles veem nelas mais do que em mim [...] O papel do assistente social tem de ser <i>in loco</i>, porque se não, não funciona. Com mais facilidade talvez o idoso fale mais destas questões com o médico e com o enfermeiro, do que com o assistente social, se não for uma pessoa que esteja a trabalhar no directo com eles, porque depois somos vistos como os chefes, somos nós que organizamos, que mandamos, “não vamos incomodar com estas questões porque não tem nada a ver”.	“Somos nós que vivemos estas situações e somos nós que de facto estamos ali com eles todos os dias, e que estamos presentes, e que estamos ali disponíveis, não é? Nós que estamos ali na primeira linha, é um facto [...] temos uma relação de confiança, ou é suposto existir, que outro profissional que não os conhece, não tem [...] no entanto a minha pouca experiência também me diz que, não pela relação de confiança, não pela relação de proximidade, mas muitas das vezes que é do distanciamento, que é da imparcialidade e que por outros factores, é importante que seja alguém que eles não conhecem, não tenham tanta confiança a transmitir a mensagem [...] é pela forma como eles a recebem, mas também pela forma como nós a tratamos. Porque tenho consciência de que em algumas formações que tentei dar, por ter noção de quem vivia de alguma forma o problema, tive que fazer um esforço tremendo para não me focalizar em determinadas pessoas, para não me focalizar naquelas experiências, para tentar abranger toda a população e para não... enviar a acção [...] acho que sim, nós assistentes sociais que trabalhamos nos centros de convívio

				estamos de facto na primeira linha, nós temos aqui a relação privilegiada, no entanto em determinadas questões, creio que nós podemos partilhar com outros técnicos e podemos estabelecer aqui parcerias muito interessantes [...] como eu disse há pouco, eles recebem a informação, no entanto é connosco que eles tentam digeri-la e é connosco que vão expor as dúvidas e é connosco que passados três meses, se eles tiverem de facto a viver alguma situação mais delicada, é connosco... que eles partilham. E até podem lembrar-se daquela formação com a enfermeira ... mas é connosco é através de nós que eles procuram uma solução e alguma partilha [...] o assistente social poderá ter aqui de facto uma posição privilegiada, mas se os profissionais da saúde têm outras experiências também enriquecedoras, então porque é que não vamos partilhá-las? Até porque nestas acções de formação, feitas por profissionais da saúde, já aconteceu muitas vezes, estarem a dar acção de formação e eu estou ao lado deles e vou participando com alguma experiências. Portanto é um enriquecimento e não uma substituição...não de todo. [...] Mas apesar de tudo eu acho que passa muito por nós. Por tentar perceber qual é a perspectiva que cada um tem relativamente à prevenção e qual é efectivamente o trabalho que faz nestes centros!”
Tipo de acções desenvolvidas	“ [...] Palestras sobre este tema, tentar fazer formações em articulação com outras instituições e promover consultas com médico. Neste momento, tenho uma médica voluntária, de clínica geral e estou a	“[...] Diversificadas, palestras, sessões temáticas, <i>focus group</i>, <i>workshops</i>, (...) mas a grande aposta foi no final, isto é, um grande momento em que cada grupo retratou, [...]o que é que aprendeu e pôde transmitir para os seus congéneres não é? [...] No final	Ao nível da saúde as medições da tensão e da diabetes, em Maio fazemos a semana da saúde, sempre que é possível a equipa de cuidados continuados até para perceber se nós queremos alguma informação extra,	“[...] Temos trabalhado um tema muito actual a transmissão do vírus H1N1.[...] Nós temos de estar atentos [...] Creio que a primeira vez que falei com eles, foi uma pequena formação, a primeira, até foi uma pequena conversa

	tentar que todos os utentes vão à consulta falar de questões de saúde e poderá de certeza ou quase de certeza algumas pessoas falar sobre esta questão da sexualidade. Falarem com alguém também que lhes possa ajudar e que seja mais uma pessoa que possa colaborar (...) neste desmontar do fantasma que é a SIDA. Também se realizou aqui, mas dada pelo GADS aquela formação sobre a prevenção da Sida, que culminou depois numa sessão colectiva com todas as instituições que aderiram”.	participaram os 3 grupos, cada um com uma área temática e foi feita uma teatralização, cujo tema central era a Sida. Tudo era sobre a Sida [...] cartazes de informação e divulgação do tema” [...]“ [...]Sessões Semanais e com imensas acções no meio[...]A formação decorreu no primeiro momento 3 meses. Depois houve uma segunda sessão, digamos assim de mais 3 meses.”	alguns panfletos que possam trazer, a última que fizeram foi relativa à gripe A, que vieram fazer uma palestra sobre o tema [...] Tivemos também a formação do GADS, Quebrar Tabus, que nos chamou e fomos a uma reunião com eles e eu achei bastante interessante o projecto” [...]Praticamente de três em três meses nós costumamos ter um grupo de enfermeiros aqui connosco, ou nós vamos-lhe pedindo quando sentimos alguma necessidade e não sabemos dar resposta ou achamos que é mais da área deles. Porque há várias escolas de enfermagem que nos procuram para estágios e depois depende delas, elas são seis e cada uma delas vai tendo rotativamente um grupo e vêm assim aos cinco e aos seis enfermeiros e portanto aproveitamos sempre. Aliás porque eles acabam sempre por o trabalho final deles ser feito aqui na instituição e a nós como já disse é não só um intercâmbio mas também toda a informação que possam transmitir [...] a do GADS foi Semanalmente, durante seis meses”.	com eles, para tentar perceber a situação [...] Recorri a algumas informações, brochuras, apliquei na instituição, facultei-lhes algum material, recorri à Segurança Social, centros de saúde, informações que tivessem para entregarmos aos idosos [...] debatem-se temas sobre os cuidados a ter com a nutrição, a hipertensão, medição do colesterol, diabetes, outra das formações que já tivemos, nós temos muitas pessoas que vivem sozinhas....os cuidados a ter...devido aos furtos, [...] outros cuidados a ter dentro de casa, que transformações podem fazer, para evitar alguns acidentes [...]E depois outra acções de formação programadas pela Câmara, que foram explorando também variadíssimos temas...auto-estima na 3ª idade foi o último que falámos, os cuidados a ter com a imagem [...]Tivemos uma enfermeira do Centro de Saúde a falar sobre higiene oral do idoso...portanto eu penso que, tanto eu, como a Câmara de Cascais já abordámos aqui várias problemáticas...mas de facto da prevenção de comportamentos sexuais de risco, não”
Iniciativa das acções realizadas	“Alguns foram propostos pelas pessoas que frequentaram, outros foram propostos pela pessoa que veio cá fazer as palestras. Nas que são feitas por mim, vai dependendo [...] mas a população é muito suis generis”. “[...] o meu papel aqui é mais até de divulgação. Pois foi feita por mim e depois também expus alguma divulgação nos placards e foi feita também de boca a boca. Falei com algumas pessoas... não querem vir, não querem saber?”	“Face ao problema já falado anteriormente, e apresentado por mim ao GADS, foi-nos apresentado um programa e depois foi mexida uma área ou outra Depois do com o contacto com eles... foram eles que entretanto fizeram sugestões... exactamente com o conhecimento que o GADS tinha já nesta área de formação. Apesar de ser pioneira aqui em Cascais a nível dos idosos não é? Tinham experiência da prevenção...de acções, mas a nível de outras faixas etárias. Era com jovens...Esta dos idosos nunca se tinha feita [...] O meu papel aqui era como mediadora. Eu não intervinha	“Nas acções aqui promovidas por nós parte muito das necessidades que nós vamos verificando [...] Neste promovido pelo GADS, como lhe disse eu achei bastante interessante, mas depois pensei estes é um dos tais temas que será muito difícil mobilizar. E então numa reunião de utentes eu fiz um explicação de que é que seria o projecto e nessa primeira reunião não tive qualquer tipo de feedback, ficaram todos a olhar para mim como quem diz “mas HIV/SIDA para quê?”, e eu	“[...] Já tivemos situações muito curiosas de até nos pedirem para alguns amigos que não são sócios ou utentes poderem estar presentes também. Já tivemos alguns familiares presentes [...] Há temas que são da iniciativa da autarquia e outras da minha iniciativa e por vezes deles. Os temas debatidos pela autarquia advêm de um questionário aplicado aos utentes. Portanto os temas que estão a ser debatidos foram os que os utentes seleccionaram como prioritários.

		directamente nas sessões [...] intervinha na divulgação, saber o que era necessário [...] estive presente em todas as que tivemos. [...]era a anfitriã da casa, havia sessões em que havia convidados [...] O meu papel era realmente fazer o ponto da situação nas reuniões mensais com o resto do grupo e chamando sempre alguém, algum elemento que quisesse participar e que não se importasse de se expor não é? Para o final já todos queriam participar. [...] Nas acções aqui promovidas por nós parte muito das necessidades que nós vamos verificando”[...] E2	percebi claramente e resolvi não insistir mais com a questão, e falei com a nossa animadora, disse-lhe que o feedback tinha sido negativo (...) mas eu também já esperava isso, porque sabia que era um tema que nada lhes interessava porque não é nada com eles efectivamente. Depois noutras acções, sempre que é possível a equipa de cuidados continuados vem cá, até para perceber se nós queremos alguma informação extra, alguns panfletos que possam trazer, a última que fizeram foi relativa à gripe A, que vieram fazer uma palestra sobre o tema [...] Também temos palestras, sessões esclarecimento, sessões temáticas da Câmara, da Junta de Freguesia”	Aqueles que eu vou debatendo passam muito pela actualidade dos problemas que vão surgindo e aí se calhar muito mais ao nível de tentar uma prevenção primária. São temas novos que vão surgindo e que eu aproveito, mesmo não sendo ainda uma necessidade manifestada pelos utentes, vou começando a dar-lhes a conhecer um pouco dessas problemáticas. Ou então já aconteceu, os utentes deslocarem-se ao meu gabinete e pedirem para da próxima vez que tivermos, que fizemos uma formação, ou uma conversa ser este tema a ser debatido. Mesmo assim no final de cada formação, eu digo formação, mas a maior parte das vezes até são conversas que se estabelecem em grupo, e aqui até é suposto que seja assim, eu costumo questionar que outros temas gostariam que fossem debatidos, porque nem sempre aquilo que nós achamos que é mais indicado poderá ser, não é? [...] O meu papel é muito ao nível da divulgação, sensibilização e promoção de acções convidando outros profissionais”
Adesão dos idosos às acções	“Não é muita mesmo. Nem nas que são promovidas por mim, nem nas que o GADS veio fazer [...] É como lhe digo, nós temos aqui tanta gente a frequentar as aulas, temos a academia, que é uma universidade sénior, depois temos o clube sénior, que são 20 pessoas e nem com estas pessoas do clube sénior consegui mobiliza-las para esta formação esta formação [...] as pessoas que tive foram muito poucas.” “Ficaram só 3 mulheres. De 10, ficaram 3 mulheres. [...] No fundo eu acho que vêm aqui um pouco para criar novas amizades, ter interesses	“Nós pensámos ao princípio que a adesão iria ser talvez incipiente em 3 dos centros. Mas não, tivemos, que constituir mais que um grupo, foram 3 grupos. É curioso e interessante. Que depois de verificarem ao longo de 6 meses o trabalho que foi efectuado por estes 3 grupos foi primeiro a pedir-me [...] Na primeira formação, houve logo uma a ligação entre a formadora e os vários elementos, aliás todas as pessoas, foi fantástico, aquela ligação foi assim, uma simbiose. Estavam desejosos, todos os dias, pensavam que era aquele o dia da formação. Porque isso também é importante e fundamental” [...] O final teve uma	“Com a formação do GADS, Olhe foi muito engraçado, porque na primeira reunião eu estava presente e excedemos claramente o número de inscrições, aliás a Dra Ana até punha a possibilidade de se fazerem duas turmas, entretanto, mas geralmente é assim com eles, portanto eles têm uma sofreguidão de se inscreverem e depois começam a perceber que aquilo em que se inscreveram tem um compromisso assumido que têm de cumprir, acabam por desistir. Foi o que aconteceu, entretanto formou-se uma turma, e de facto foi engraçado, porque	“Temos pessoas que são assíduas e que estão religiosamente, cumprem religiosamente e estão sempre presentes nestas acções de formação. E temos outros que nem são frequentadores diários, que têm conhecimento desta acções, muitas delas até são pessoas que ainda estão no activo e que depois vêm segundo o interesse do tema. Porque acham que aquilo vai ser útil para eles. É importante, acima de tudo, porque não partiu de nós, mas sim os utentes que conversaram com as famílias e que acharam o tema muito interessante.

	diferentes, para viver... ter aqui uma convivência agradável com outras pessoas, ir a festas, ir a passeios. Agora, assim questões mais de fundo...sabe isso ainda são questões mais associadas aos mais pobre.[...] Se vier aqui uma palestra a fazer cantares está sempre cheia. Mas assim temas mais sérios, desmotivam e aderem pouco”	participação massiva. Mulheres, homens, casais... E houve um casal que teve necessidade de participar porque ele tinha receio de ter contraído a sida. Porque tinha sido muito malandrecos...Mais de 2 anos não é? “ [...] Curiosamente, no centro onde eu esperava mais aderência, tenho muitos utentes com formação superior, muito mais diversificada, muito mais frequentado, participam mais nas actividades, nas reuniões gerais [...] encontrei mais dificuldades. Nos outros centros a população tem uma escolaridade menor...mas implicaram-se mais...”	as pessoas que ficaram, foram pessoas que absorveram na totalidade a informação e eu gostei imenso de ver depois no trabalho final que tinham aprendido, como é que tinham lá chegado no trabalho final e eu própria fiquei surpreendida, porque achei que a determinada altura eles iam desistindo, como acontece em tantas outras coisas, mas não, de facto manteve-se” [...]“[...] Foram mais mulheres, nós temos mais mulheres e as mais jovens, todas basicamente com o 4ºano, talvez uma senhora com o ciclo preparatório, mas as restantes, todas com instrução primária”.	[...] Nós temos muito mais mulheres do que homens e também as mulheres aderem muito mais do que os homens. No entanto a evolução é de facto os homens também os homens estarem presentes...temos vindo a conquistar esse público, temos poucos utentes masculinos, infelizmente”.
Efeito das acções (debate do tema, modificação de comportamentos)	“[...]Pelo menos acho que sensibilizaram os pares [...] Mas uma das coisas que achei importante no final desta formação foi a questão dos teatros. E eu fiz questão que estas pessoas que não aderiram... fiz questão que o clube sénior fosse ver o encerramento da formação [...] os que foram eu senti realmente que houve ali o quebrar de alguns tabus [...] Ainda não houve solicitação de mais acções sobre o tema [...] Não sei se essa sensibilização foi suficiente para, que se houvesse uma nova proposta para formação, as pessoas aderirem [...] não sei como vai ser, se eles querem fazer ou não mais debates... mas conversando e com ajuda deles penso que sim... que vamos continuar olhar a prevenção como algo que é fundamental aqui”	[...] Não só nas conversas entre eles como conosco próprias. [...] Essas acções tiraram-nos imensas dúvidas. [...] Nos dois centros em que a escolaridade é mais baixa, eram as utentes a comunicarem às próprias colegas o que é que tinham dado naquela sessão. As utentes desses dois centros têm uma escolaridade mais baixa. São pessoas muito mais básicas, com instruções mais baixas. Eram elas as próprias, entre a brincadeira, aquela brincadeira, ou aquela pergunta um bocadinho para o malicioso (...) Mas com uma vontade de saber, e de contar o que é que elas tinham aprendido. E é engraçado que a maior parte deste grupo, conseguia transmitir aquilo que tinha aprendido. E de uma forma divertida [...] Esse desportivismo, é o saber estar, é o não ter receio ou medo de falar. E isso foi fundamental. Nem o nosso Executivo estava à espera de tudo, nem as pessoas que estão à frente desta Autarquia ou desta Instituição estavam à espera. Isto foi um sucesso que excedeu todas as expectativas. [...] foi tema de conversa com as filhas e com os filhos em casa [...] O efeito das acções sentiu-se aí no dia-a-dia e ainda actualmente é	Durante os tempos mais próximos sim, até se percebia que eles falavam, “Vais à Dr Ana?”, mas vai-se desvanecendo, de facto se não se retoma e não se repuxa novamente, vai-se desvanecendo [...] uma das utentes que participaram, tem um filho portador de HIV e esse foi o motivo pelo qual ela foi das primeiras a aderir e depois ela própria numa das conversas me veio dizer. «Havia coisas que eu tinha medo que o meu filho me fizesse porque eu também tinha medo de ficar infectada, e agora eu percebo que nada daquilo era possível, que eram os meus medos» [...] mas no geral não senti...continuaram a perguntar-me: mas desculpe lá porque é que me quer pôr aqui numa sessão de HIV/SIDA? Isso é para os toxicod dependentes, eles é que têm HIV, não somos nós...a não ser a senhora que falei.”	“Dependendo do tema, um tema que seja actual... E eu quando digo actual, digo preocupação actual, eles continuam a debater, sim. Continuam a conversar sobre isso e evitam mesmo determinado comportamento. Por exemplo a nível da alimentação ou de ganharem o hábito de fazer exercício, de andar a pé [...] Já aconteceu, os utentes deslocarem-se ao meu gabinete e pedirem para quando houver uma formação, ou uma conversa ser este tema a ser debatido. Muitos deles, eu já assisti a isso, quando se apercebam que algum, depois de se debater um tema, tem uma atitude que não deve, de se adoptarem determinados procedimentos, determinados comportamentos, eles percebem isso e discutem entre eles, mesmo que seja só por algum tempo e são os primeiros a chamar a atenção e a repreender... Acabam por incentivar e sensibilizar o grupo e por se incentivar a si mesmo. Isto acontece frequentemente. Também já assisti a acções de formações que

		tema de conversa entre eles. [...] Foi, foi tema de conversa com as filhas e com os filhos em casa [...] E é engraçado que a maior parte deste grupo, conseguia transmitir aquilo que tinha aprendido. E de uma forma divertida [...] Falar da sexualidade aqui quase deixou de ser tabu [...] A formação do GADS tinha mesmo esse nome “quebrar tabus: Sida e Prevenção [...] No seminário final, ninguém arredou pé dali, estavam de tal maneira, surpreendidos com o trabalho dos grupos. Os próprios utentes não deviam estar à espera daquele resultado (...) Quiseram repetir, continuar com a formação. A preocupação deles foi também tentar ajudar os colegas que não tinham participado, uns com algum receio, daqueles que têm a consciência mais pesada, não é? [...] A sério, nunca pensei realmente que tivesse este impacto”		foram dadas e que, não digo que as coisas caíam no esquecimento, mas que não produzem efeitos”
--	--	---	--	--

Entrevista 5 à Entrevista 8				
Prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco	E5	6	E7	E8
Lugar do Serviço Social na prevenção comparativamente a outros profissionais	[...] Os males não são só do corpo, são da alma também, não estou a dizer que somos médicos sociais, mas [...] o equilíbrio de uma pessoa passa precisamente por essas dimensões. Pela dimensão clínica, biológica, emocional, afectiva, psicológica, e pela dimensão social. E nesta dimensão social está muito aqui a questão da integração na comunidade, da forma como a pessoa vive todas estas dimensões de uma forma articulada [...] aqui o papel do assistente social, [...] faz muito bem o elo, de ligação	“Somos nós que estamos efectivamente diariamente com eles, essa a questão fundamental...A enfermagem não desvalorizando, claro que também tem um papel muito importante, mas não tem o contacto diário, a cada minuto é [...] estou a falar das colegas que estão no terreno no directo, [...] quando se está mais na gestão temos uma perspectiva um bocadinho diferente, portanto, percebamo-la mais de cima infelizmente [...] os assistentes sociais, que estão no terreno, são muitas vezes o elo entre as pessoas e os outros profissionais e portanto são um ponto de referência [...] as	Pondo em paralelo com os profissionais de saúde, acho que não só podemos equiparar como complementar. Porque é uma abordagem diferente. Normalmente a abordagem dos técnicos de saúde na área preventiva é mais de causa efeito, dos comportamentos de risco. Para já, nós, enquanto técnicos existentes numa instituição temos uma relação de proximidade muito maior com os utentes [...] Para o Assistente Social é muito mais fácil perceber as representações sociais que estão inerentes a determinado tipo de comportamentos [...] como é que	O papel do assistente social é determinante na prevenção [...] Mas isto teoricamente...porque na prática há temas que é melhor serem abordados por outros profissionais [...] procuro frequentemente o estabelecimento de parcerias com a área da saúde [...] Talvez seja então um erro...achar que os outros têm mais competências para falar de certos temas.

	entre as outras dimensões temos aqui alguns instrumentos de despiste, que se calhar outros não têm. Não são tão notórios, mas que são capazes de nos dizer alguma coisa. Porque estamos com a pessoa de outra maneira...E se calhar a pessoa até está mais à vontade, mais descontraída [...] Connosco, na relação da entrevista, esbatem-se um bocado as barreiras [...] neste aspecto, o assistente social, poderá de uma forma menos rígida, mais descontraída, nós também temos as nossa técnicas, chegar à pessoa [...]eu demoro muito nas entrevistas, as entrevistas demoram muito tempo e, quando posso deixo para esta altura do dia. Porque acho que é um investimento que nós temos que fazer. São técnicas, podermos despistar precocemente algum tipo de desconforto”	pessoa vão ter com elas e falam com elas vários assuntos da sua vida. Portanto têm portanto um papel muito importante nesta questão da prevenção e são um meio facilitador. Nós não estamos aqui apenas e somente para dar resposta apenas ao que já existe [...] esta população tem ainda muito a noção, ou vive muito para o suprimento das necessidades básicas, de subsistência, de sobrevivência, e não com as de existência [...] nós temos de nos preocupar com essas necessidades por eles...porque eles têm-nas mas não têm consciência delas, por vezes. E temos de ser nós a despertá-las. Porque estão noutra fase, são pessoas que também passaram muitas necessidades em criança ou em jovens adultos, com falta de alimentos e outras necessidades e têm muito apego a essas questões, valorizam muito essa resposta da alimentação [...] ao nível das necessidades de subsistência [...] é preciso nós consciencializá-los de outras necessidades, num outro campo que completa o ser humano[...] Pelo menos desde que vim para aqui que tenho esta postura e também com os conhecimentos adquiridos com os colegas, vai-se aprendendo. No início todas estas ideias eram muito embrionárias, mas com o tempo e o processo de aprendizagem percebemos que o nosso trabalho está a dar frutos e que os nossos utentes melhoraram a sua qualidade de vida”	os idosos vêm [...]porque os profissionais de saúde actuam muito em linha recta, não é? Em linha recta. Isto é a minha perspectiva, não quero ser um mazinha mas vou puxar um bocadinho ao nosso lado. Como nós aqui lidamos muito próximos com profissionais da área da saúde, absorvemos naturalmente muitos dos conceitos da área da saúde. O que para mim também é uma aprendizagem que eu considero importante. Portanto eu atrever-me-ia a dizer que o Assistente Social nesta área, neste tipo de intervenção, não só é capaz de transmitir os conceitos da área da saúde, como também é capaz de apresentá-los de uma forma que, que estimule os idosos a que vá de encontro de aquilo, que querem fazer [...] fica-nos também a sensibilidade para perceber como é que as pessoas funcionam, conhecê-las e perceber qual a maneira mais eficaz de transmitir a mensagem [...] a prevenção deste tipo de doenças, nunca passará sem uma intervenção do Assistente Social. Nós temos essa sensibilidade, conhecemos a realidade, conhecemos as famílias, de uma forma que, seguramente, muitas vezes os profissionais de saúde não conhecem [...] temos em nossa posse muito mais elementos para poder passar a mensagem de uma forma mais adequada que qualquer outro profissional”	
Tipo de acções desenvolvidas	“ Sessões de esclarecimento, Workshops, focus group... Várias. Em termos do tema mais específico, é prevenção quando falamos do tema, quando participamos destes projectos, não é, que nos propõem. Porque é assim, este tema não surge de repente. [...] Por exemplo costumamos debater vários temas em que damos a conhecer	“Nós fazemos diversas acções de prevenção e de informação, tanto para os nossos utentes como para os colaboradores [...] achamos que é importante eles também estarem a par destas problemáticas, estarem atentos a determinados sinais [...] Algumas metodologias como roleplaying, jogos, o visionamento de determinados filmes, que abordam aquela temática, aquela problemática. [...] Também	“O caso da Gripe A, nós fizemos, a equipa decidiu ir junto dos centros de informação como é lógico junto dos organismos, e quando recebemos os elementos do plano de contingência, nós já tinhamos feito o da instituição. Já tínhamos avançado, havia 3, 4 meses atrás [...] Fizemos há pouco uma formação para técnicos sobre alzheimer e	As acções são muito de informação e de sensibilização divulgação oral, em grupo ou individual [...] Costumo realizar ou dinamizar uma média de 5 a 6 sessões por ano depende ...até do tempo.[...] Por exemplo à 5ª feira que temos mais idosos a frequentar a instituição aproveita-se para fazer sessões sobre

	às pessoas, elas reflectem sobre ele e depois em grupo discutimos, sendo eu ou uma das minhas colegas a dinamizar essas sessões [...] Acções, sensibilização através das várias técnicas [...] dar temas e estimular o debate, peças de teatro, etc.[...]"	há conversas que abordam diversos temas [...] portanto o conversar, sem ser com aquele carácter tão institucional [...]As pessoas poderem naquele espaço trocar e falarem das suas experiências e isso permite depois convergir para aquilo que é o nosso objectivo.[...]"	tivemos a preocupação de inserir sempre os auxiliares, onde foi debatida também a questão, não do HIV mas da sexualidade do idoso. Porque são questões muito prementes"[...] Nós fazemos reuniões semanais e em cada semana analisamos o funcionamento e aí sim vamos ver se há alguma área que esteja a descoberto, ou se houve algum acontecimento que nos desperte para a necessidade de intervir nesta ou naquela matéria. Porque depois as acções preventivas são em função disso". [...] Muito em função da própria capacidade dos utentes em função das capacidades que eles têm de perceber ou não a mensagem"	alguns temas e depois debatem-se em conjunto. Ainda há pouco tempo passámos um filme sobre a questão dos roubos, por exemplo [...] Debatem-se e discutem-se temas sobre os cuidados a ter com a nutrição, a hipertensão, medição do colesterol, diabetes [...]"
Iniciativa das acções realizadas	Em termos da alimentação, em termos de exercícios físicos, orientados por nós, não é, as nossas aulas de ginástica geriátrica [...] temos que ter cuidado ao abordar estes temas, é assim, apesar de serem delicados, têm que ser tratados de uma forma, assistida, digamos, de uma forma séria [...] Um trabalho muito individualizado para os sensibilizar, às vezes parte deles, outras vezes também das necessidades que vamos vendo, mas sempre fruto de um trabalho de equipa. Depois "[...] por exemplo costumamos debater vários temas em que damos a conhecer às pessoas, elas reflectem sobre ele e depois em grupo discutimos, sendo eu ou uma das minhas colegas a dinamizar essas sessões e partem de nós muitas delas. Mas muitas partem da Câmara ou, como o caso da prevenção da SIDA partiu do GAFDS.	"Por vezes parte inicialmente de uma preocupação minha. Depois da constituição da equipa obviamente que transmiti essa postura à equipa, os próprios técnicos acabaram por se envolver até pelas suas diferentes formações e foram propondo umas acções de formação, [...] pelas conversas que têm com os utentes, e pelas preocupações e pelas experiências que eles também têm[...] é óbvio que há problemáticas pelas quais os utentes não têm interesse, mas também nos compete a nós suscitar o interesse. há outras que eles têm preocupação e portanto nós procuramos dar resposta a essas preocupações deles também[...] isto é um muito processo vivo[...] porque tem que haver troca, nós não temos muito a postura de: nós é que sabemos, nós temos a informação e vocês recebem a informação. A troca deve fazer-se sempre nos dois sentidos, é esta a minha forma de estar na profissão. Depois muitas das actividades de maior dimensão partem da Câmara e também da Junta"	"O meu papel é muito de coordenação da instituição...mas partem muito de mim as iniciativas. Como a equipa é multidisciplinar também delegeo, mas estou sempre presente e assumo um papel de divulgadora e de sensibilizadora"	São apresentados vários temas aos idosos por mim, por entidades envolvidas nas acções...Câmara outros Centros, a Junta e a escolha e as prioridades dos temas é feita muitas vezes pelos utentes [...] O meu papel é fundamental [...] Desde a planificação, ao envolvimento da população à avaliação da actividade
Adesão dos idosos às acções	"Tivemos logo para aí umas dezasseis inscrições [...] Mas lá está, é assim, para ter esta adesão, nós temos que fazer um trabalho prévio" [...] Mais	"Nós temos muito mais mulheres que homens e acho que esta é a generalidade do que se passa nas instituições, portanto participam pouco, mas muito mais as mulheres, embora	"Varia muito de acordo com os próprios temas. Mas normalmente, até acontece por vezes no início de uma actividade participarem só 4 ou 5 utentes e depois	Procuro envolver toda a população que faz parte da instituição... Idosos, funcionários, direcção e técnicos [...] A adesão é positiva,

	mulheres, claro, mas muito eclético [...] São pessoas informadas, são pessoas com escolaridade média”	haja um ou outro senhor que participam muito”.	gradualmente vão-se inserindo outros (...) é sempre uma surpresa”.	mas depende muito dos temas abordado [...]São, maioritariamente do sexo feminino, mas também há homens...em menor número.
Efeito das acções (debate do tema, modificação de comportamentos)	“Sim, Inevitavelmente. Até que devo dizer que depois a forma como eles transmitiram os conhecimentos foi muito criativa. Eles propuseram também reproduzir esta peça para os mais novos, com esta preocupação de divulgar. E de representaram aqui no centro. Agora em termos de conhecimento concreto de alteração de comportamento sexuais de risco, não lhe posso dizer se teve ou se não teve”	“ Sim, algumas sim. E dão-nos o feedback. Não todas obviamente. Agora não me recordo com quais temas mas os colegas que acompanharam transmitiram-me exactamente isso. Estamos a falar de uma percentagem muito pequena [...] isto pode parecer uma coisa muito simples, mas o meu colega terapeuta achou, que era importante, reparou nesse pormenor, percebeu que eles não lavavam muito as mãos e desenvolveu uma campanha onde colocou por todo o centro cartazes: já lavou as mãos hoje? E foi engraçado porque isto teve um impacto muito grande [...]falavam sobre isso entre eles e começaram entre eles a questionar”.	“Com frequência sim. É realmente motivo de debate entre eles, e as colaboradoras [...] depois durante uma semana andam ali falam do tema, portam-se muito bem, mas depois volta ao mesmo [...] significa que sempre lá fica alguma coisa, não é? Que pelo menos os pusemos a pensar sobre determinado assunto [...] uma coisa é certa, mesmo que existam demências, os idosos não são acéfalos. Portanto fico muito gratificada com o nosso trabalho quando os vejo a discutir esses assuntos e tirar conclusões. Há alteração no momento, mas depois volta, mas depois volta, é um bocadinho como as crianças, é por isso que a minha grande aposta, uma das minhas estratégias de intervenção é implicar as famílias. Por exemplo a questão de lavar as mãos com mais frequência, agora com a gripe A [...]”	Dependendo dos temas....eles continuam a falar entre eles e até em casa com a família [...] Já aconteceu ter famílias que vieram agradecer o trabalho feito aqui [...]às vezes querem mais sessões.

APÊNDICE VII

Grelhas de análise das entrevistas

Quadro categorias, subcategorias e registos para a dimensão sexualidade nos idosos

Dimensão	Ref ^a	Categorias	Ref ^a	Subcategorias	Registos	Frequência
2 - Sexualidade nos Idosos	2.1	Manifestação da sexualidade	2.1.1	Sexualidade Expressa	E1, E2, E7	3
			2.1.2	Sexualidade Discreta	E1,E3,E4,E6	4
	2.2	Vivência da sexualidade	2.2.1	Sexualidade Desperta	E1, E4	2
			2.2.2.	Sexualidade como Preconceito	E5, E7	2
			2.2.3	Sexualidade como Tabu	E1,E4,E6,E7	4
	2.3	Natureza das Relações	2.3.1	Relações estáveis	E1, E2,E4	3
			2.3.2	Relações ocasionais	E2,E4,E5,E7	4
	2.4	Significações atribuídas	2.4.1	Sexualidade promotora de prazer e de afecto	E1,E2,E7	3
			2.4.2	Sexualidade promotora de companhia	E1, E7	2
			2.4.3	Sexualidade reprimida	E4	1
			2.4.4	A sexualidade é natural e faz parte da intimidade individual	E1,E3,E4,E5,E6	5
			2.4.5	A sexualidade está ligada a questões culturais	E1,E6,E7	3

Quadro categorias, subcategorias e registros para a dimensão comportamentos sexuais de risco dos idosos

Dimensão	Ref ^a	Categorias	Ref ^a	Subcategorias	Registos	Frequência
3. Comportamentos sexuais de risco dos idosos	3.1	Os idosos e “grupo de risco”	3.1.1	Razões de serem considerados um grupo de risco	E1, E2, E4, E5, E7, E8	6
			3.1.2	Razões de não serem considerados um grupo de risco	E3, E6	2
	3.2	Identificação dos comportamentos de risco	3.2.1.	Os idosos da instituição têm comportamentos de risco	E1,E2, E4	3
			3.2.3	Não há conhecimento da existência de comportamentos sexuais de risco dos idosos da instituição	E3,E5,E6,E7,E8	5
	3.3	Perfil dos idosos que têm comportamentos de risco	3.3.1	Idade e Género	E4	1
			3.3.2	Estado Civil	E1	1
			3.3.3	Transversal/global	E2	1

Quadro categorias, subcategorias e frequência para a dimensão HIV/SIDA percepção e conhecimento

Dimensão	Ref ^a	Categorias	Ref ^a	Subcategorias	Registos	Freq uênc ia
4 – HIV/SIDA nos idosos percepção e conhecimento	4.1	Importância atribuída ao problema	4.1.1	Importância relativa	E1, E4, E5, E8	4
			4.1.2	Preocupação com o presente e com o futuro	E2, E6, E7	3
			4.1.3.	Não tem percepção do problema	E3	1
	4.2	Conhecimento a nível local e na instituição	4.2.1	Conhece o problema	E1, E2, E4, E5, E7	5
			4.2.2	Conhece pouco/não tem conhecimento	E3, E6, E8	3
	4.3	Atitude face a situações concretas	4.3.1	Aceitação aberta	E1, E5, E7	3
			4.3.2	Aceitação com reservas	E2, E3, E4, E6, E8	5

Quadro categorias, subcategorias e registos para a dimensão intervenção no problema

Dimensão	Ref ^a	Categorias	Ref ^a	Subcategorias	Registos	frequência
5 – A intervenção no problema	5.1	5.1 – Sexualidade como tema	5.1.1	Abordagem individual	E1, E2, E4, E6	4
			5.1.2	Abordagem em grupo	E1, E2, E3, E4, E5, E8	6
			5.1.3	Abordagem indirecta	E7	1
	5.2	Procedimentos face a situações concretas de HIV/SIDA	5.2.1	Resolve a situação pessoalmente/internamente	E1, E3, E4, E5	4
			5.2.2	Recorre a outros profissionais	E2, E6, E7, E8	4
	5.3	Estratégias utilizadas na intervenção	5.3.1	Sessões de informação/formação individual/em pequeno grupo	E1, E2, E4, E5, E6, E8	6
			5.3.2	Relação de grande abertura e de proximidade	E1, E2, E3	3
			5.3.3	Criar/fomentar grupos de comunicação	E6	1
			5.3.4	Trabalho em equipa	E, E2	2
			5.3.5	Formação em/à equipa	E1, E2, E7	3
			5.3.6	Formação em/à equipa	E7	1
			5.3.7.	Adequação do discurso e respeito pelos ritmos	E2, E4	2

Quadro categorias, subcategorias e registos para a dimensão prevenção

Dimensão	Ref ^a	Categorias	Ref ^a	Subcategorias	Registos	Freq uênc ia
6 – Prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco	6.1	Lugar/ Papel do Serviço Social na prevenção	6.1.1	Privilégio	E2, E4, E6, E7	4
			6.1.2	Preponderância	E2, E7	2
			6.1.3	Complementaridade	E1, E2, E4, E5, E6, E7	6
			6.1.4	Secundaridade	E3, E8	2
	6.2	Tipo de acções preventivas desenvolvidas pelas Assistentes Sociais	6.2.1	Acções Informativas	E1,E3, E4, E5, E6, E7	6
			6.2.2	Acções Expositivas	E1, E2, E3, E5, E8	5
			6.2. 3	Acções Interactivas	E5, E6, E8	3
	6.3	Iniciativa das acções realizadas	6.3.1	A partir dos idosos	E1, E4	2
			6.3.2	A partir da assistente social	E2, E4, E5, E6, E7, E8	6

			6.3.3	A partir de instituições exteriores/ outros profissionais	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8	7
	6.4	Adesão dos idosos às acções	6.4.1	Adesão Gradual/ variável	E2,E4,E5,E6, E7, E8	6
			6.4.2	Adesão boa/ espontânea	E2,E3,E4	3
			6.4.3	Adesão Fraca	E1, E5, E6	3
	6.5	Efeito das acções	6.5.1	Alteração efectiva de comportamentos	E2, E3, E4, E5, E7	5
			6.5.2	Alteração momentânea de comportamentos	E3, E4, E7, E8	4

APÊNDICE VIII

Categorização das unidades de conteúdo

Dimensão	Categoria	Subcategorias	Unidade de conteúdo
2- Sexualidade nos idosos	2.1 – Manifestação da sexualidade	2.1.1. Sexualidade Expressa	“ [...] A sexualidade manifesta-se de variadíssimas formas. Na forma de estar, na forma de vestir, na forma de contactar [...] é algo que de maneira alguma maneira está esquecido [...] está latente nesta população”. E1 “[...]Depois de viúvos, viúvas principalmente, são mulheres que ficam muito aticadas (...) Com uma vontade de experimentar coisas novas (...) Temos verificado realmente uma abertura de mentalidades [...] e que mulheres de oitenta e tal anos têm uma, uma necessidade de tal maneira de serem vistas, de serem olhadas como, não como mulheres de oitenta e tal anos mas como uma mulher que ainda tem prazer e que quer ter relações sexuais [...]” E2 “[...] Tem outras manifestações. Por vezes mesmo as senhoras mais gostam de por o seu colar e de arranjar-se para o outro [...] ou se vamos a um passeio onde elas sabem que vão encontrar outros senhores, têm essa preocupação” E7
		2.1.2. Sexualidade Discreta	“ [...] Mesmo que se sintam, essas coisas também nunca são muito faladas abertamente. [...]” E1 “[...] Relativamente à sua sexualidade se é activa se não é, nós conseguimos perceber pequenas coisas[...] É um tema pouco falado e pouco discutido [...]E3 “[...] como algo que não querem que exista [...] Como se estivesse esquecido [...] E4 [...] o que lhe posso dizer do que acho é que entre os casais que tenho aqui é manifestada muito discretamente” E6
	2.2. – Vivência da sexualidade	2.2.1. Sexualidade Desperta	“ [...] Já são capazes de falar abertamente deste tipo de questões da sexualidade, e falarem que também há formas de obter o prazer são capazes de ir a uma sex-shop, sem problemas nenhuns [...] E se calhar, arranjar outras maneiras de possuir ou ter prazer” .E1 “Pessoas que estão ainda numa fase da vida muito activa, [...] E1 ;“Há muito interesse no sexo oposto”E4

		2.2.2. Sexualidade como Preconceito	<i>“ [...] Quando dois idosos se apaixonam ou quando dois idosos, entre eles, resolvem casar [...] Ou há o total repúdio e nós pensamos, mas que disparate, você agora... ganhe juízo, agora com esta idade, alguma vez... Ou então, até achamos graça...ai que engraçado, são namorados! [...]”E5</i> <i>“[...] Eu nunca tinha imaginado, um senhor de 70 anos bater à porta do meu gabinete e sentar-se na minha frente e falar-me abertamente sobre esta questão [...]ele era viúvo e juntou-se com uma senhora aqui do Centro. Que era uma senhora que nós olhávamos para ela e dizíamos: não é impossível, ninguém diria. [...] ”E7</i>
		2.2.3. Sexualidade como Tabu	<i>“ [...] Falar de sexo é um bicho-de-sete-cabeças [...]”E1</i> <i>“[...] O problema é mais nosso muitas vezes. Achamos que eles já não querem saber de sexo. Se calhar... Tem um bocadinho mais a ver com isso...connosco [...]” E2.</i> <i>“ [...] A sexualidade nos idosos é um tabu para eles, mas até para nós. Até que ponto é que também não é?! Porque nós não falamos sobre a sexualidade dos nossos pais, não falamos sobre a sexualidade dos nossos avós [...] Mesmo que se sintam, essas coisas nunca são muito faladas abertamente” E4“</i> <i>“ [...] É difícil de falar às vezes com estas pessoas porque têm muitos pudores...muitos tabus relativamente a isso [...]” E6</i> <i>“ [...] É um bocadinho complicado as pessoas saltarem esta barreira e perceberem que, pelo facto de as pessoas terem 70 ou 80 anos elas têm a sua sexualidade [...]É sempre muito complicado [...]. Porque o peso cultural é muito grande, nós temos muitas ideias arreigadas e não nos libertamos delas facilmente [...]” E7</i>
	2.3 - Natureza das Relações	2.3.1. Relações estáveis	<i>“Sim, vários casais, pessoas que se conheceram aqui. Neste momento estão juntos, vivem juntos, têm uma relação duradoura. Não é um nem dois, são vários”. E1</i> <i>“[...] Há casais, com relações de há muitos anos[...]”E2</i> <i>“[...]senhoras com os respectivos maridos, com relações já de muitos anos” E4</i>
		2.3.2. Relações ocasionais	<i>“ [...] Percebemos perfeitamente que há muitos arranjinhas e que há sexo [...] há viúvos e viúvas que depois começam a namorar e há aquelas situações de pessoas, homens e mulheres que são</i>

			<i>casados e dão as suas facadinhas [...]”E2</i> <i>[...] Tenho conhecimento de algumas delas com novos companheiros. Portanto senhoras viúvas ou divorciadas que iniciaram novas relações e portanto que partilham novas experiências”E4</i> <i>“[...] uns périplos fora do casamento é normal às vezes elas próprias compactuam com isso[...] E5”</i> <i>“[...]Acontecem com alguma frequência algumas paixões que têm uma conotação sexual, não só entre utentes, mas até entre utentes com funcionários[...]Por exemplo já tivemos dois casos muito sérios aqui. Uma senhora que era do Centro de Dia ligou-se muito afectivamente a um enfermeiro depois da morte do marido. Era mesmo patológico. Todos os dias ela punha um colar e arranjava-se para o enfermeiro. Foi a forma dela fazer o luto. E7</i>
	2.4 - Significações atribuídas	2.4.1. Sexualidade promotora de prazer e de afecto	<i>“Mas acho que sexo não é tudo, mas faz bem a tudo e a todos nós sabemos. O simples toque pode dar prazer.” E1</i> <i>“ [...] É ter prazer de estar com o outro [...] Nós encaramos a sexualidade em algumas das suas vertentes como formas de afecto, formas de tocar, de sentir a outra pessoa, “E2</i> <i>“[...] eu vou dar-lhe um exemplo dos vários que temos aqui...que passam o tempo de mãos dadas e aos beijinhos é uma forma de sexualidade que estão a desenvolver [...]” E7</i>
		2.4.2. Sexualidade promotora de companhia	<i>“[...] Ter alguém que possa estar com ele, que possa dar-lhe atenção [...]” E1</i> <i>“[...]É uma forma de se sentir mais acompanhado [...]Eu penso que os idosos sentem necessidade de se fixar em alguém, porque acham que aquele alguém os vai apoiar, os vai ajudar a colmatar os vazios que têm, ...as angústias que têm [...]” E7</i>
		2.4.3. Sexualidade reprimida	<i>“[...] Tenho a percepção que as mulheres idosas vêem a sua sexualidade como algo que as incomoda, que é reforçado pelos maridos [...] Quer seja pelas alterações mesmo do corpo, muitas delas não se sentem bem com elas próprias [...]” E4</i>

		2.4.4. A sexualidade é natural e faz parte da intimidade individual	<i>“Acho que é uma coisa normal e natural [...] faz parte da vida” E3, E6, E5</i> <i>“[...] percebo que é uma necessidade dos utentes[...] E4</i> <i>“Isto de falar da sexualidade é uma questão íntima”E6</i>
		2.4.5. A sexualidade está ligada a questões culturais	<i>“ [...] Estas pessoas vivem de acordo com os valores com que foram educadas. Não têm muita abertura algumas pessoas que estão mais evoluídas [...] tiveram um contexto que lhes proporcionou outro tipo de experiências, já são capazes de falar abertamente deste tipo de questões da sexualidade, e falarem que também há formas de obter o prazer são capazes de ir a 1 sex-shop, sem problemas nenhuns [...] E se calhar, arranjar outras maneiras de possuir ou ter prazer.E1</i> <i>“ [...]não é muito fácil porque a nossa população é de carácter muito rural...apesar de estarmos em Cascais, muito perto, esta população ainda tem características muito rurais e de aldeia...muitas não sabem ler nem escrever...portanto é muito difícil [...]” E6</i> <i>“[...] é um bocadinho complicado as pessoas saltarem esta barreira e perceberem que pelo facto de as pessoas terem 70 ou 80 anos a pessoa tem a sua sexualidade... É sempre muito complicado [...]. Porque o peso cultural é muito grande [...]” E7</i>

Dimensão	Categoria	Subcategorias	Unidade de conteúdo
3 - Comportamentos sexuais de risco dos idosos	3.1 - Os idosos e “grupo de risco”	3.1.1.Razões de serem considerados um grupo de risco	“ [...] Muitos deles acham que “não acontece comigo” é só com os outros [...] Vêm de uma geração em havia aquelas fugas no matrimónio [...] Relações pseudo-afectivas que envolvem questões de dinheiro [...] têm que ter algum cuidado, têm que se prevenir, mas não o fazem, arriscam. Os Idosos, as pessoas com mais idade querem viver as coisas que não conseguiram viver na juventude Então agora, procuram fazer tudo, correm riscos... de certeza que correm riscos. O que interessa é viver, o ter a experiência de ter vários parceiros ou várias parceiras [...] ”.E1 “[...] Quando têm aquela necessidade de chamar a atenção e se afirmarem nas senhoras mais novas e nas raparigas mais novas, como um ponto de virilidade, claro [...] E2 “[...] No que respeita à prevenção é algo que eles não adoptam como rotina [...]Já não se engravida, já não precisamos de ter cuidado, porque o preservativo é visto única e exclusivamente como forma, como forma de não se engravidar[...]”E4 “[...] Há também muita oportunidade, há muito oportunismo da indústria farmacêutica. [...] é uma altura da vida em que a pessoa pode estar mais vulnerável, mais sozinha[...]”E5 “[...] Porque são pessoas autónomas, mas muito fragilizadas e com grandes carências afectivas. Vou voltar a repetir-me...pela via dos afectos, da necessidade de carinho, facilmente essas pessoas podem ter comportamentos de risco [...]“ [...] A questão dos novos fármacos no mercado. Portanto, tudo isso são situações actuais e que vieram potenciar os comportamentos de risco desta população [...] ”E7 [...] A nível concelhio sei que há idosos que recorrem a “serviços sexuais” ou trocam favores, sem usarem preservativo e por isso correm riscos[...]” E8
		3.1.2.Razões de não serem considerados um grupo de risco	“[...] Era uma coisa que para mim estava posta de lado, nunca me tinha debruçado, via nos tais grupos específicos, em toxicodependentes, em prostitutas, agora nos idosos não estava a ver como muito sinceramente [...]”E3 “[...] eu tenho uma população com 70 e tais, 80 e tais 90 anos...são pessoas com uma outra vivência. Diferentes dos idosos, da próxima geração, daquela que daqui a uns anos a população idosa terá[...] E6.

	3.2 – Identificação dos comportamentos de risco	3.2.1. Os idosos da instituição têm comportamentos de risco	<i>“Tenho perfeita consciência que sim [...] Muitos até pela questão da facilidade desse tipo de relações, via net. [...] E vão, e arriscam. Tenho alguns casos aqui que foram para o Brasil, atrás de conhecimentos pela net. Vão ter um relacionamento com uma pessoa que não conhecem [...]” E1</i> <i>“[...] Pronto, eu comecei-me a aperceber de que realmente havia facadinhas de matrimónio de alguns senhores que iam lá ter relações com prostitutas e depois faziam a vida normal com as respectivas mulheres [...] outros viam que o não sei quantos foi apanhado ou que foi visto na zona onde a mulher do outro senhor ia[...] E2</i> <i>“[...] Creio que pela conversa que muitas delas já tiveram comigo, o preservativo nunca foi algo que... fizesse parte daquela relação, nunca [...] portanto são pessoas que ainda vivem de acordo com os métodos tradicionais não é? [...] Sabe que aqui na zona há alguma prostituição e, temos aqui alguns senhores já com mais idade que ficam deslumbrados com certas coisas...têm algum dinheiro e estes idosos acabam por ser uma presa fácil, em certos períodos do mês...quando recebem as reforma[...]”E4</i>
		3.2.3. Não há conhecimento da existência de comportamentos sexuais de risco dos idosos da instituição	<i>”[...]. E eu tenho uma população com 70 e tais, 80 e tais 90 anos...são pessoas com uma outra vivência diferente [...] Neste momento para a minha população não vejo como grupo de risco...já têm muita idade para certas coisas ”E3</i> <i>“ [...] Não, na Instituição, não. Conheço casos mas fora da instituição, a nível concelhio”E6, E8</i> <i>“Não me parece e não tenho conhecimento de algum caso na instituição” E5, E7, E8</i>
	3.3 - Perfil dos idosos que têm comportamentos de risco	3.3.1. Idade e Género	<i>“São homens mais velhos, portanto, não são homens na faixa etária dos 55 ou nem dos 60, mas os mais velhos [...] No caso das, das senhoras [...] E estou a falar de duas ou três senhoras de 60 e tal anos muito perto dos 70 anos [...]” E4</i>
		3.3.2. Estado Civil	<i>“ [...] São homens casados, que estão saturados do casamento e procuram outra relação [...] viúvos, viúvas que procuram relacionamentos sem conhecer””E1</i>
		3.3.3. Transversal/global	<i>“O comportamento de risco é transversal ao homem ou mulher e às idades que temos aqui...são os mais jovens, são os mais idosos... temos desde os cinquenta até aos 96, 97” E2</i>

Dimensão	Categoria	Subcategorias	Unidade de conteúdo
4 – HIV/SIDA nos idosos percepção e conhecimento	4.1 -Importância atribuída ao problema	4.1.1. Importância relativa	“ [...] Não é algo que os preocupe [...] é um problema sobre o qual não estão para pensar [...] portanto a minha preocupação é relativa e a minha actuação também tem a ver um pouco com a postura deles [...]” E1 “ [...] A população idosa com HIV é algo que me é um bocadinho desconhecido. Não sei se posso chamar preocupação...não faz parte da minha problemática diária... embora agora depois desta entrevista...acho que vou estar mais atenta. Tenho a certeza Sabe? Às vezes é preciso os problemas acontecerem muito perto de nós para lhe atribuímos a devida importância...não devia ser...mas é [...]” E4 “[...] Portanto devemos preocupar-nos mas sem alarmismos. Se pensar aqui nos idosos eu acho que não é uma coisa que os preocupe muito. Porque é preciso ver para sentir.”E5 “ [...] A ideia que tenho é que embora existam casos de idosos afectados, não é um fenómeno de grande impacto na população idosa”E8
		4.1.2. Preocupação com o presente e com o futuro	“O problema começou a assustar-nos, aqui, o número dos infectados com HIV, começou a ser uma realidade aqui [...] E a minha preocupação é o que vai daqui para a frente acontecer [...]”E2 “[...] E claro que estou atenta [...] tem impactos mesmo a nível de intervenção e de cuidados prestados a esta população, tanto de apoio a nível social...portanto a nível de apoio, como também a nível das intervenções de saúde, acaba por se um problema que exige repensar estratégias de intervenção e ao nível das próprias políticas [...]políticas...portanto devemos respeitar o problema real antes de ele deflagrar[...] E6 “[...] É uma preocupação. E não é maior, como lhe digo, talvez pelas características dos nossos utentes. [...] É uma preocupação até porque não é uma questão que se peça um documento que afirme que sim ou que não [...]Assisti a uma conferência aqui em Cascais onde foram dados a conhecer alguns números e sinceramente fiquei preocupada com o que pode acontecer, com o que pode advir daqui [...]não só em termos sociais como até financeiros[...]isto irá futuramente afectar o sistema de Segurança Social” E7

		4.1.3. Não tem percepção do problema	<i>“ [...] Uma grande faixa na casa dos 55 anos é portadora do vírus e eu nem sequer sabia, e aquilo fez-me imensa confusão, como? Os idosos? [...] E foi aí que eu pensei pela primeira vez como é o HIV nos idosos, era uma coisa que para mim estava posta de lado, nunca me tinha debruçado”E3</i>
	4.2 - Conhecimento a nível local e na instituição	4.2.1. Conhece o problema	<i>“[...] Na terceira idade está a subir realmente o número destes casos [...] É um problema transversal [...] São os mais jovens, são os mais idosos, as mulheres[...] Neste momento sabemos exactamente porque o problema começou a assustar-nos o número dos infectados do HIV.”E1</i> <i>“ [...] Eu tive conhecimento de um caso num dos Centros de Convívio. [...] Temos outro utente que tem sida e vai com frequência ao Centro de Convívio tal [...] Tenho também lá uma funcionária, seropositiva. [...]”E2</i> <i>[...] Conheço, porque tenho utentes que têm amigas que são portadoras do vírus[...]Tive recentemente algumas formações (...) percebi que é uma problemática em evolução no concelho de Cascais [...] Embora nunca tenha sido confrontada com nenhum caso aqui [...]”E4</i> <i>[...] Tenho conhecimento de situação actual muito por via do GADS, têm feito um trabalho excelente ao nível de nos dar a conhecer essa problemática aqui no concelho de Cascais [...] E por notícias que vou lendo [...] começa a estar na agenda dos debates políticos a sida nos mais idosos. E5</i> <i>“[...] Nós apoiámos, aqui há bastantes anos, a nível do concelho de Cascais, os primeiros casos em contexto de SAD que era a mãe e o filho, porque todas as instituições recusaram [...] mas o que conheço é muito por via do GADS” E7</i>

		4.2.2. Conhece pouco/não tem conhecimento	<i>“ [...] Sinceramente não tenho muito conhecimento do problema em geral. Só pelo que leio e pela formação que o GADS veio cá fazer [...] percebi que é uma problemática em evolução no concelho de Cascais” E3</i> <i>“ [...] Não temos na proximidade da aldeia conhecimento dessa problemática de HIV [...] Embora tenhamos noção que existe noutras localidades, aqui na instituição não conhecemos [...]” E6</i> <i>“Tenho lido algumas notícias mas sobre a sida noutra faixas etárias...nem a nível local nem a nível mais abrangente, não conheço nenhum estudo sobre esta problemática. [...] A sida nos idosos...é um assunto sobre o qual não estou informada...É uma área que conheço muito pouco [...] Na instituição não foi identificado nenhum caso e talvez por isso não tenha sentido nunca nem necessidade nem curiosidade suficientes para conhecer melhor o problema” E8</i>
	4.3– Atitude face a situações concretas	4.3.1. Aceitação aberta	<i>“Nós Temos que ser iguais para todos [...] a confidencialidade é importantíssima. Não tinha que dizer [...] Não tem que ser identificado [...]” E1</i> <i>“Nestas coisas nunca pode haver discriminação [...] porque uma pessoa com HIV é uma pessoa como qualquer outra [...] a doença não se contagia de qualquer maneira [...]” E5</i> <i>Aceitava, sem dúvida [...] acho que temos que lidar com o HIV como se lida com qualquer outra infecto-contagiosa [...] se as regras forem cumpridas, em termos de segurança, para todos os utentes, ninguém corre riscos e a pessoa permanece com a sua intimidade salvaguardada” E7</i>
		4.3.2. Aceitação com reservas	<i>“ [...] A nossa função não é de modo nenhum excluir, mas integrar. No entanto devo dizer-lhe, e não vou negar que quando soube dos casos na instituição fiquei um bocadinho apreensiva não é? Como calcula, a primeira reacção que temos, instintivamente não é logo de abertura, ...é um pouco difícil de explicar...compreende? Mas depois vamos em frente como é óbvio [...] ” E2</i> <i>“Mesmo que à primeira vista pareça estranho, aceitaria uma pessoa que procurasse os serviços da instituição e que dissesse estar infectada. Eles têm direitos como todos os outros, não é?” E3</i>

			<i>[...] Eu enquanto Assistente Social, aceitá-la-ia..., não sei se conhecendo a minha direcção como conheço, isso seria um constrangimento para eles, porque é uma direcção de pessoas idosas, não sei que abertura é que teriam[...]”E4</i> <i>“Se estivesse perante uma situação concreta. Se uma pessoa procurasse a instituição, com certeza que aceitava. Embora por muito assustador que pareça, não é? [...]”E6</i> <i>“Penso aceitaria, ...mas para admissão dos utentes, cumpriria os requisitos que contam o regulamento interno”E8</i>
--	--	--	---

Dimensão	Categoria	Subcategorias	Unidade de conteúdo
5 – Abordagem sobre a intervenção no problema	5.1 – Sexualidade como tema	5.1.1. Abordagem individual	<i>“Fala-se mas de forma informal em contexto de gabinete, a sós [...] ” E1;</i> <i>“Ficou sempre aqui em privado [...]”E2</i> <i>“O momento de partilha acontece sempre aqui no gabinete, em privado [...] eles estiveram apenas enquanto espectadores, enquanto ouvintes, no entanto, aquilo que lhes ficou foi discutido, à posteriori, aqui no gabinete comigo [...]” E4</i> <i>“ [...] Não temos nada definido, em concreto, neste momento para essa problemática... vamos falando se houver alguma necessidade de o fazer pontualmente, se há algum utente que levanta a questão, ...até peço ajuda à psicóloga, mas nada que tenha um carácter formal ou que faça parte da nossa programação, por enquanto...” E6</i>
		5.1.2. Abordagem em grupo	<i>“[...] Normalmente convido pessoas da área da saúde para virem falar de vários temas aos utentes[...] E1</i> <i>“[...] Numa sessão dessas, tive a necessidade de falar de sexualidade, tive algumas dúvidas e procurava algumas técnicas da área da saúde para virem falar. Depois o GADS, pelo que sei, tem feito muito esse papel de fazer sessões sobre esses temas para os idosos de algumas das instituições do concelhos de Cascais [...]”E2</i> <i>“ [...] Através do Centro de Saúde e temos cá regularmente estágios das escolas de enfermagem, já tem feito aqui apresentações sobre o tema da sexualidade no idoso, para todos Quer dizer a maioria desde que queiram assistir, não é?”E3</i> <i>[...] CMC levou a cabo algumas acções de formação não só para os técnicos mas também para os idosos... um grupo de enfermeiras, deslocou-se aqui ao CC no sentido de explicar um bocadinho como é que se vive a sexualidade na 3ª idade [...] E4</i> <i>“[...] Eu tenho vários estagiários, que faço questão de ter em várias áreas, entre os quais enfermagem e aquilo que eu tento trabalhar é também algumas sessões de esclarecimento de vários temas, onde participam sempre”[...] E5</i>

			<i>“[...] tenho convidado por exemplo enfermeiras do Centro de saúde, sempre que é necessário abordar temas dessa área” E8</i>
		5.1.3. Abordagem indirecta	<i>“ [...] Temos de abordar este tema mas não de uma forma directa, talvez dando formação aos colaboradores. Começar por aí. Vamos ter de encontrar uma estratégia, através de uma actividade lúdica, tentar dar-lhe a volta de uma outra maneira”E7</i>
	5.2 - Procedimentos face a situações concretas de HIV/SIDA	5.2.1. Resolve a situação pessoalmente/internamente	<i>“ [...] O que eu fiz foi falar sempre com a pessoa, não tem que dizer aos outros [...] acho que a confidencialidade é importantíssima [...] Não tem que ser identificado [...] Nestas coisas nunca pode haver discriminação [...] porque uma pessoa com HIV é uma pessoa como qualquer outra [...] a doença não se contagia de qualquer maneira [...]”E1</i> <i>“Já tive uma pessoa infectada [...] ele foi enquadrado exactamente como todos os outros. Portanto foi inserido no grupo normalmente [...] Nós não temos que ter cuidados extra pelo facto de termos uma pessoa portadora de HIV dentro da uma instituição [...] esses cuidados já devem já existir [...]”E3</i> <i>“[...] eu creio que a rotina diária do centro não se iria alterar por nós termos uma pessoa portadora [...] encontraríamos internamente uma saída, com certeza[...] ” E4.</i> <i>“ [...] A rotina da instituição não pode ser alterada se tivermos uma situação dessas...nós temos que obedecer à vontade da pessoa, porque faz parte da intimidade de cada um lá está, os cuidados que podemos ter com essas pessoas são os cuidados que nós devemos ter com outras quaisquer [...]” E5</i>
		5.2.2. Recorre a outros profissionais	<i>“Quando eu comecei a verificar que havia pessoas com o problema, houve realmente necessidade de recorrer ao GADS. [...] Pensei para comigo. Isto não pode ser só ficar por uma acção de formação ou de informação. Isto se calhar tem eu ir a outro nível... [...] era necessário ir mais além e eu não me sentia com competência para fazê-la. Isto não ia lá só com a minha intervenção. [...] Era importante realmente ter uma formação ao longo do tempo, feita por alguém que domine [...] O doutor X do Centro de Epidemiologia do Hospital, fez a ponte com o Centro de Saúde” [...] E2</i> <i>“Olhe a primeira coisa que fazia era contactar a colega do GADS para tentar perceber a problemática um bocadinho melhor [...] eu tive a possibilidade de contratar uma pessoa com HIV e antes de ligar à senhora para lhe para lhe fazer a proposta, telefonei à colega do GADS para</i>

			saber quais eram as envolvências e como é que eu poderia tratar se ela realmente fosse contratada, como é que eu iria proceder, se era preciso comunicar às colegas, se tinha de comunicar à direcção [...] E6 “...aqui há uns 15, 20 atrás não se sabia muito a Segurança Social pediu-me apoio, para acompanhar dois casos em SAD e pedi até ao médico do Centro de Saúde de Cascais que nos desse alguma informação que nos desse apoio nessa matéria [...] E7 “ [...] Articularia com colegas da área de saúde para a colaboração da prestação de cuidados e também de informação para mim [...] e para melhor acompanhar socialmente o caso, da pessoa, da sua família [...] estar atenta aos outros utentes aqui dentro [...]” E8
	5.3 - Estratégias utilizadas na intervenção	5.3.1. Sessões de informação/formação individual/em pequeno grupo	“[...] Tento esclarecê-los individualmente, dar -lhes soluções, informações [...] Tem que ser uma intervenção com grupos pequenos, porque em grupo é que há a expressão de ideias e o falar sobre alguns mitos que têm, consegue-se perceber que se calhar a vida que ela tinha é igual à outra... poder ser trabalhada”. E1 “ [...] Continuar a apostar na intervenção individual, na formação, e o pequeno grupo também. Porque face à delicadeza do tema é o que mais aproxima a pessoa. [...] A minha estratégia é só a deles tentarem falar e isso às vezes motiva com que eles venham em particular [...] E essencialmente há muitas conversas a nível privado, a nível de gabinete, e sou eu o apoio para eles. [...]” E2 [...] Dar alguma formação aos utentes em grupos pequenos e também conversas em privado. Portanto, acima de tudo nestas duas vertentes: formação em grupo e depois conversas de grande abertura em contexto de gabinete, de atendimento [...] passa mesmo pelas acções de formação [...] primeiro muni-los de informação e depois digeri-la com eles em privado” E4 “[...] É claro que enquanto profissionais devemos ajudar essas pessoas, e encontrar maneiras de chegar até elas, não é? Portanto o nosso papel também é esse. É tentar chegar às pessoas de forma individualizada e em grupo [...]” E6 “ [...] Sensibilizando as pessoas, muito individualmente, mostrando-lhes que isto acontece, como acontece e quais as consequências [...]” E5 “ [...] Aqui na instituição faço algumas sessões individuais, muito em contexto de gabinete, ou convido profissionais de outras áreas para falarem ao grupo de temas cujo objectivo é a prevenção. [...] A minha estratégia, se assim se pode dizer [...]é muito através do dar

			<i>informação...dar o máximo de informação possível. [...]” E8</i>
		5.3.2. Relação de grande abertura e de proximidade	<i>“[...] É importante que o assistente social estabeleça um contacto muito próximo com o utente. Eu tento, e tento também fazer o papel de mediador [...]” Conhecer as pessoas muito bem....para depois falar bastante sobre as questões” E1</i> <i>“[...] Aquilo que eu faço muito, mas isto tem já a ver com a minha maneira de ser, brincar muito. A brincar, a falar e o rir muito, rirmos de nós próprios. Às vezes há sessões de risota mesmo, porque pela brincadeira, pela parte mais marota, eles começam também às vezes a falar E2</i> <i>“Tem de ser um trabalho de muita proximidade para poder abordar estes temas da intimidade [...] se for num trabalho de proximidade de contacto directo com eles, eles assumem doutra maneira [...]”E3.</i>
		5.3.3. Criar/fomentar grupos de comunicação	<i>“ [...] Temos um grupo de comunicação, uma vez por semana, reunimos e estamos com os nossos utentes, tentamos desenvolver um bocadinho a comunicação deles, portanto algumas capacidades e fala-se de todos os assuntos” E6</i>
		5.3.4. Trabalho em equipa	<i>“ [...] Eu só acredito nesta questão de mudar tabus e mudar mentalidades, se houver o trabalho em equipa [...]”E1</i> <i>“Não centrarmos o trabalho só em nós, e não ter problemas em recorrer a outros profissionais ou em partilhar e trocar experiências [...] só assim conseguiremos atingir, verdadeiramente os objectivos da intervenção ”E2</i>
		5.3.5. Formação em/à equipa	<i>“Tem que haver uma formação com o pessoal que trabalha com esta população. [...] Desde a ajudante familiar, desde a cozinheira, desde a ajudante de cozinheira, desde a administrativa [...]” E1</i> <i>“[...] falar bastante sobre as questões, apostar na formação não só da equipa mas a formação e informação, com todos, obviamente[...]” E2</i> <i>“ [...] Olhe, se calhar vou pela via mais simples, mais cómoda para nós, que é investir, primeiro na formação dos colaboradores. Fazê-los perceber que têm de estar atentos às manifestações das</i>

			<i>... pessoas, ser sensíveis às manifestações dos afectos das pessoas. A melhor forma que eu estou a ver é apostar na formação dos colaboradores. A formação é a melhor ferramenta que podemos dar e ter. É preciso o conhecimento. Eu não acredito numa boa intervenção se não apostar na formação de todos os colaboradores. Talvez começar por aí. [...] Portanto temos aqui outro cavalo de batalha que é formar as pessoas e combater a desinformação” E7</i>
		5.3.5. Formação em/à equipa	<i>“Não chega termos atitudes preventivas apenas na instituição, tem que haver continuidade em casa, porque se não fica o trabalho completamente cortado [...] Nós aqui tentamos sempre envolver as famílias, fazemos de três em três meses, aos sábados uma reunião com as famílias [...] Nós nunca nos substituímos à família, complementamo-nos. [...] A forma como a família participa, a forma como a família se implica e é ou não capaz de fazer-lhes sentir que ainda fazem parte dessa família e pode ser o garante de um maior sucesso na nossa intervenção. [...]” E7</i>
		5.3.6. Adequação do discurso e respeito pelos ritmos	<i>“[...]quando é passada determinada mensagem temos sempre de ter o cuidado de perceber se existe uma forma mais simples ainda de a passar [...]uma mensagem muito focalizada[...]” E3</i> <i>[...] É possível aprender-se até ao fim e consequentemente educar-se, mas as acções terão de ser dirigidas, adaptadas a esta população com mais idade” E8</i>
		5.3.7. Trabalho persistente e de continuidade	<i>“Mas essencial, essencial é um trabalho contínuo...com sessões muito frequentes [...] nestas idades tem de ser, é assim que funciona e que se consegue algum resultado [...]” E2</i> <i>“ [...] Acima de tudo é preciso tempo, não é nada que se mude da noite para o dia. É preciso insistência é preciso continuidade, não é nada que a gente fale uma vez por ano numa acção de formação e que depois se esqueça [...]” E4</i>

Dimensão	Categoria	Subcategorias	Unidade de conteúdo
6 - Prevenção do HIV/SIDA e dos comportamentos de risco dos idosos	6.1. Lugar/ Papel do Serviço Social na prevenção	6.1.1. Privilégio	“ [...] É connosco que eles desabafam e é em nós que eles depositam confiança...nós temos ali a matéria-prima à mão todos os dias [...] poderemos ter uma posição privilegiada [...] Os assistentes sociais vêem mais, os utentes e uma pessoa que lhe pode dar algumas indicações, independentemente de ser mais nova ou ser mais velha...é o Assistente Social que tem aquela carga de aconselhar, do que é que devem fazer, os outros profissionais não têm essa regalia [...]” E2 “[...] Acho que nós assistentes sociais que trabalhamos nos centros de convívio estamos de facto na primeira linha, nós temos aqui a relação privilegiada” E4 “Somos nós que estamos efectivamente diariamente com eles, essa a questão fundamental...A enfermagem, não desvalorizando, claro que também tem um papel muito importante, mas não tem o contacto diário, a cada minuto é [...]” E6 “[...] e estamos com eles diariamente, coisa que não acontece com a maioria dos outros profissionais”E7
		6.1.2. Preponderância	“[...] Nós temos um papel realmente fundamental na vida destes idosos dos Centros de Convívio. Não digo inigualável, não vou usar essa palavra tão forte, mas acho que é de supremacia comparativamente aos outros em muitos aspectos... eles desabafam muito connosco e estão pré-dispostos a cooperar. [...] Quando há instantes me perguntava se o nosso papel de assistente social pode equiparar-se ao de outros profissionais, enfermeiros, psicólogos, na prevenção, eu acho que sim...mas temos é de combater um sentimento...não sei explicar...de que isso não é da nossa área [...] E2 “ [...] A prevenção deste tipo de doenças, nunca passará sem uma intervenção do Assistente Social. Nós temos essa sensibilidade, conhecemos a realidade, conhecemos as famílias, de uma forma que, seguramente, muitas vezes os profissionais de saúde não conhecem [...] temos em nossa posse muito mais elementos para poder passar a mensagem de uma forma mais adequada que qualquer outro profissional [...] Para já, nós, enquanto técnicos existentes numa instituição temos uma relação de proximidade muito maior com os utentes [...] os profissionais de saúde actuam muito em linha recta [...] Portanto eu atrever-me-ia a dizer que o Assistente Social [...]

			<i>não só é capaz de transmitir os conceitos da área da saúde, como também é capaz de apresentá-los e perceber as representações sociais que estão associadas a determinado tipo de comportamentos e imprimir-lhes a dimensão social inerente [...]</i> E7
		6.1.3.Complementaridade	<i>“[...]A Assistente Social pode ter um papel de prevenção com a mesma importância que o médico, o profissional de saúde, o psicólogo...”E2</i> <i>“[...] Em determinadas questões, creio que nós podemos partilhar com outros técnicos e podemos estabelecer aqui parcerias muito interessantes” E4</i> <i>[...]Portanto é um enriquecimento e não uma substituição[...]</i> E4 <i>“ [...] O equilíbrio de uma pessoa passa precisamente por essas dimensões, clínica, biológica, psicológica e pela dimensão social. [...] Aqui o papel do assistente social, [...] faz muito bem o elo, de ligação entre as outras dimensões temos aqui alguns instrumentos de despiste, que se calhar outros não têm. Não são tão notórios, mas que são capazes de nos dizer alguma [...]</i> E5 <i>“ [...] As assistentes sociais, que estão no terreno, são muitas vezes o elo entre as pessoas e os outros profissionais e portanto são um ponto de referência [...] as pessoas vão ter com elas e falam com elas vários assuntos da sua vida. Portanto têm um papel muito importante nesta questão da prevenção e são um meio facilitador... no entanto considero que nos complementamos [...]</i> E6 <i>“Pondo em paralelo com os profissionais de saúde, acho que não só podemos equiparar como complementar. Porque fazemos uma abordagem diferente. Normalmente a abordagem dos técnicos de saúde na área preventiva é mais de causa efeito [...]</i> E7
		6.1.4. Secundaridade	<i>“No meu caso aqui concretamente, eu tenho de facto esse papel da retaguarda, de 2º plano ...Com mais facilidade talvez o idoso fale mais destas questões com o médico e com o enfermeiro, do que com o assistente social [...]</i> E3 <i>“O papel do assistente social é importante na prevenção [...] Mas isto teoricamente...porque na prática há temas que é melhor serem abordados por outros profissionais do que por nós, faz-me mais sentido [...]</i> E8
			<i>“Neste momento, tenho uma médica voluntária, de clínica geral que está cá para esclarecer os</i>

	6.2. – Tipo de acções preventivas desenvolvidas pelas Assistentes Sociais	6.2.1. Acções Informativas	<i>idosos e estou a tentar que todos vão à consulta, falar de questões de saúde e poderá de certeza ou quase de certeza algumas pessoas falar sobre esta questão da sexualidade. Falarem com alguém também que lhes possa ajudar e que seja mais uma pessoas que possa colaborar nessa... neste desmontar do fantasma que é a SIDA” E1</i> <i>“Ao nível da saúde as medições da tensão e da diabetes, em Maio divulgamos e fazemos s a semana da saúde, sempre que é possível a equipa de cuidados continuados até para perceber se nós queremos alguma informação extra, alguns panfletos que possam trazer, a última que fizeram foi relativa à gripe A, que vieram fazer uma palestra sobre [...]” E3</i> <i>“[...] Temos trabalhado um tema muito actual a transmissão do vírus H1N1.[...] Nós temos de estar atentos [...] Creio que a primeira vez que falei com eles, foi uma pequena formação, a primeira, até foi uma pequena conversa [...] Recorri a algumas informações, brochuras, apliquei na instituição, facultei-lhes algum material, outra das formações que já tivemos, nós temos muitas pessoas que vivem sozinhas....os cuidados a ter...devido aos furtos, [...]E4</i> <i>“ Sessões de esclarecimento, Workshops, focus group... Várias. Em termos do tema mais específico, é prevenção quando falamos do tema, quando participamos destes projectos que nos propõem. Porque é assim, este tema não surge de repente. [...]”E5</i> <i>“[...] Também há conversas que abordam diversos temas [...] portanto o conversar informando, sem ser com aquele carácter tão institucional [...] As pessoas poderem naquele espaço trocar e falarem das suas experiências e isso permite depois convergir para aquilo que é o nosso objectivo.[...]”E6</i> <i>“[...] Nós fazemos reuniões semanais e em cada semana analisamos o funcionamento e aí sim vamos ver se há alguma área que esteja a descoberto, ou se houve algum acontecimento que nos desperte para a necessidade de intervir nesta ou naquela matéria. Porque depois as acções preventivas são em função disso. [...]” E7</i>
		6.2.2. Acções Expositivas	<i>“[...] Fazem-se palestras sobre vários temas, tento fazer formações em articulação com outras instituições, e neste momento, tenho uma médica voluntária, de clínica geral e estou a tentar que todos os utentes vão à consulta, falar de questões de saúde e quase de certeza algumas pessoas querem falar sobre a questão da sexualidade[...] E1</i> <i>“[...] Aqui fazemos acções diversas com sessões semanais “[...] No final participaram os 3 grupos, cada um com uma área temática, foi feita uma teatralização, a discussão e a participação dos elementos, cujo tema central era a Sida. Tudo era sobre a Sida [...]” E2</i>

			<i>“[...] Sempre que é possível a equipa de cuidados continuados até para perceber se nós queremos alguma informação extra, alguns panfletos que possam trazer, a última que fizeram foi relativa à gripe A, que vieram fazer uma palestra sobre o tema [...] Palestras, sessões esclarecimento, sessões temáticas [...] Tivemos também a formação do GADS, Quebrar Tabus, [...]”E3</i> <i>“[...] Fizemos há pouco uma formação para técnicos sobre alzheimer e tivemos a preocupação de inserir sempre os auxiliares, onde foi debatida também a questão, não do HIV mas da sexualidade do idoso[...]” E7</i> <i>“[...] Por exemplo à 5ª feira que temos mais idosos a frequentar a instituição aproveita-se para fazer sessões sobre alguns temas e depois debatem-se em conjunto. Ainda há pouco tempo passámos um filme sobre a questão dos roubos, por exemplo[...]” E8</i>
		6.2. 3. Acções Interactivas	<i>“[...] por exemplo costumamos debater vários temas em que damos a conhecer às pessoas, elas reflectem sobre ele e depois em grupo discutimos, sendo eu ou uma das minhas colegas a dinamizar essas sessões[...] Acções, sensibilização através das várias técnicas [...] dar temas e estimular o debate, peças de teatro, etc.[...]” E5</i> <i>“[...] Utilizamos algumas metodologias como rollplay, jogos, o visionamento de determinados filmes que abordam aquela temática, aquela problemática. [...] Também há conversas que abordam diversos temas [...] portanto o conversar, sem ser com aquele carácter tão institucional [...] fomentar uma postura de conversar, de partilhar[...]” E6</i> <i>“Debatem-se e discutem-se temas sobre os cuidados a ter com a nutrição, a hipertensão, medição do colesterol, diabetes [...]” E8</i>
	6.3 - Iniciativa das acções realizadas	6.3.1. A partir dos idosos	<i>“Alguns foram propostos pelas pessoas que frequentaram”E1</i> <i>“Também já aconteceu, os utentes deslocarem-se ao meu gabinete e pedirem para da próxima vez que tivermos, que fizermos uma formação, ou uma conversa ser este tema a ser debatido [...]” E4</i>
		6.3.2.A partir da assistente social	<i>“[...] Nas acções aqui promovidas por nós parte muito das necessidades que nós vamos verificando”[...] E2</i>

			<i>“Muitos partem da minha iniciativa [...] São temas novos que vão surgindo e que eu aproveito, mesmo não sendo ainda uma necessidade manifestada pelos utentes, vou começando a dar-lhes a conhecer um pouco dessas problemáticas” E4</i> <i>“Em termos da alimentação, em termos de exercícios físicos, orientados e propostas por nós” E5</i> <i>“Partem inicialmente de uma preocupação minha [...]” E6</i> <i>“[...] partem muito de mim as iniciativas[...] E7</i> <i>“São apresentados vários temas aos idosos por mim [...] [...] O meu papel é fundamental [...] Desde a planificação, ao envolvimento da população à avaliação da actividade” E8</i>
		6.4.3. A partir de Instituições exteriores/outros profissionais	<i>“Foram propostos pela Instituição que veio cá fazer as palestras” E1, E3</i> <i>“Face ao problema já falado anteriormente, e apresentado por mim ao GADS, foi-nos apresentado um programa [...] E2</i> <i>“Há temas que são da iniciativa da autarquia [...] advêm de um questionário aplicado aos utentes. Portanto foram os que os utentes seleccionaram como prioritários” E4, E5, E6, E7.</i> <i>“São apresentados vários temas aos idosos por entidades envolvidas nas acções...Câmara outros Centros, a Junta, mas a escolha e as prioridades dos temas é feita pelos utentes [...]” E8</i>
	6.4 - Adesão dos idosos às acções	6.4.1. Adesão Gradual/variável	<i>“[...] As mulheres aderem muito mais do que os homens. No entanto a evolução é de facto também os homens estarem presentes...temos vindo a conquistar esse público [...] Temos outros que nem são frequentadores diários, que têm conhecimento desta acções, muitas delas até são pessoas que ainda estão no activo e que depois vêm segundo o interesse do tema[...]” E4</i> <i>“Varia consoante os temas ...e são mais participativas as mulheres, porque também são em maior número [...]” E2</i> <i>“Mais mulheres, mas muito eclético [...] São pessoas informadas, com escolaridade média que mais se entusiasma” [...] E5</i> <i>“ [...] É a generalidade do que se passa nas instituições, portanto participam pouco e muito mais as mulheres[...]” E6</i>

			<i>“Varia muito de acordo com os próprios temas. Mas normalmente, até acontece por vezes no início de uma actividade participarem só 4 ou 5 utentes e depois gradualmente vão-se inserindo outros (...) é sempre uma surpresa”.E7</i> <i>“[...] A adesão é positiva, mas depende muito dos temas abordado [...] e são frequentadas maioritariamente pelas mulheres, também há homens...em menor número[...].”E8</i>
		6.4.2. Adesão boa/ espontânea	<i>“[...] Nós pensámos ao princípio que a adesão iria ser talvez incipiente em 3 dos centros. Mas não, tivemos, que constituir mais que um grupo, foram 3 grupos [...] O final teve uma participação massiva. [...]” E2</i> <i>“Com a formação do GADS, olhe foi muito engraçado, porque na primeira reunião eu estava presente e excedemos claramente o número de inscrições [...]” E3</i> <i>“[...] Já tivemos situações muito curiosas de até nos pedirem para alguns amigos que não são sócios ou utentes poderem estar presentes também[...].”E4</i>
		6.4.3. Adesão Fraca	<i>“A adesão não é muita mesmo. [...] É como lhe digo, nós temos aqui tanta gente a frequentar as aulas, temos a academia, que é uma universidade sénior, e nem com estas pessoas do clube sénior consegui mobilizar para esta formação [...] temos aqui pessoas com formação superior e essas não aderiram mesmo. Tive mesmo poucas pessoas. De 10, ficaram 3 mulheres. [...] No fundo eu acho que vêm aqui um pouco para criar novas amizades, ter interesses diferentes, para viver... ter aqui uma convivência agradável com outras pessoas, ir a festas, ir a passeios. Agora, assim questões mais de fundo...sabe isso ainda são questões mais associadas aos mais pobres [...] E1</i> <i>“Tivemos logo para aí umas dezasseis inscrições [...] Mas lá está, é assim, para ter esta adesão, nós temos que fazer um trabalho prévio [...]” E5</i> <i>“É a generalidade do que se passa nas restantes instituições, portanto participam pouco [...]” E6</i>
	6.5. Efeito das acções	6.5.1 Alteração efectiva de comportamentos	<i>“ [...] O efeito das acções sentiu-se aí no dia-a-dia e ainda actualmente é tema de conversa entre eles. [...] Foi, foi tema de conversa com as filhas e com os filhos em casa [...] E é engraçado que a maior parte deste grupo, conseguia transmitir aquilo que tinha aprendido. E de uma forma divertida [...] Falar da sexualidade aqui quase deixou de ser tabu [...]” E2</i>

			“[...]Uma das utentes que participou, tem um filho portador de HIV e disse-me: Havia coisas que eu tinha medo que o meu filho fizesse porque eu também tinha medo de ficar infectada, e agora eu percebo que nada daquilo é possível... eram os meus medos [...]” E3 “Dependendo do tema, um tema que seja actual... E quando digo actual, refiro-me a preocupação actual, eles continuam a debater, sim. Continuam a conversar sobre isso e evitam mesmo determinado comportamento. Por exemplo a nível da alimentação ou de ganharem o hábito de fazer exercício, de andar a pé”. [...]” E4 “[...] “Eles propuseram também reproduzir esta peça para os mais novos, com esta preocupação de divulgar. E de representaram aqui no centro [...]” E5 “É realmente motivo de debate entre eles. Entre eles, e as colaboradoras [...] depois durante uma semana andam ali, falam do tema [...] significa que sempre lá fica alguma coisa, não é? Que pelo menos os pusemos a pensar sobre determinado assunto [...] Portanto fico muito gratificada com o nosso trabalho quando os vejo a discutir esses assuntos e tirar conclusões [...]” E7
		6.5.2.Alteração momentânea de comportamentos	“Durante os primeiros tempos, sim, até se percebia que eles falavam, perguntavam: vais à Dra Ana? Mas depois com o tempo ia caindo no esquecimento o assunto ” [...]”E3 “Quando nós explicamos que a partir desta data há a necessidade de se adoptarem determinados procedimentos, determinados comportamentos, eles percebem isso e discutem entre eles, mesmo que seja só por algum tempo e são os primeiros a chamar a atenção e a repreenderem [...].Também já assisti a acções de formações que foram dadas e que, não digo que as coisas caíam no esquecimento, mas que não produzem efeitos [...] ” E4 “Estamos a falar de uma percentagem muito pequena [...] isto pode parecer uma coisa muito simples, mas o meu colega terapeuta percebeu que eles não lavavam muito as mãos e desenvolveu uma campanha onde colocou por todo o centro cartazes: já lavou as mãos hoje? E foi engraçado porque isto teve um impacto muito grande [...] falavam sobre isso entre eles e começaram a questionar os que o não faziam”. E6 “Há alteração no momento, mas depois volta [...].” E7 “Por exemplo a questão de lavar as mãos com mais frequência, agora com a gripe A [...]” E8