



Mestrado em Gerontologia Social

Envelhecimento homossexual: preocupações, anseios e preconceitos sentidos

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Gerontologia Social, apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Cristina Pereira Vieira e coorientação do Professor Doutor Luís Santos e da Professora Doutora Sidalina Almeida

Inês Matias Leite N° 110121003

Porto, Abril de 2014

Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles, que de alguma forma esta tese fosse realizada, não podendo deixar de manifestar o meu apreço e agradecimento sincero.

Em primeiro lugar, gostaria de dedicar esta tese a todos que corajosamente me contaram as suas histórias de vida. Espero que esta tese sirva também para construir uma realidade social melhor para todos.

Na estrada da vida cruzamo-nos com várias pessoas, mas apenas algumas tornam-se parte da nossa vida, é neste sentido que agradeço a todos os meus colegas de trabalho que compreenderam a importância desta tese na minha vida e estiveram ao meu lado.

Aos professores Cristina Pereira Vieira, Luís Santos e Sidalina Almeida deixo aqui um agradecimento por as suas orientações, que elevaram os meus conhecimentos e estimularam a vontade constante de fazer o melhor. Agradecer o apoio, a disponibilidade manifestada, confiança depositada e os incentivos constantes ao longo da tese.

Ao João Paulo, editor do site PortugalGay.pt e Ativista pelos Direitos Humanos, pela disponibilidade e colaboração sempre que solicitava a sua ajuda.

Aos meus pais pelo amor incondicional que sempre demonstram, e um enorme obrigada por sempre acreditarem em mim e naquilo que faço, e pelo que me ensinaram e ensinam da vida, que faz de mim a mulher que hoje sou.

À Paula, minha irmã, minha companheira da vida, que sempre esteve ao meu lado nesta e em outras caminhadas da vida, dando força e apoio.

Agradeço ao André, considero-o o meu porto seguro, transmitindo sempre confiança em mim, dando conselhos, seu sorriso e principalmente o seu amor.

Dedico aos meus avós, estejam eles onde estiverem, sei que segui este caminho por vocês...

Índice Geral

Índice de Abreviaturas, Siglas e Símbolos	V
Índice de Gráficos.....	VI
Índice de Quadros	VII
Índice de Anexos	VIII
Resumo	IX
Abstrat	X
Résumé	XI
Introdução.....	1

I Parte – Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – O Envelhecimento.....5

1.1- Introdução	6
1.2- O envelhecimento numa perspetiva biológica, psicológica e social	6
1.3- A representação social da velhice	12
1.4- A velhice como construção social – Abordagem sócio histórica.....	14
1.5- O envelhecimento na perspetiva demográfica	18
1.6- As respostas sociais.....	19

Capítulo 2 – A Homossexualidade22

2.1- Introdução	23
2.2- As configurações em torno da homossexualidade	23
2.3- A história da homossexualidade no Mundo Ocidental.....	25
2.4- A homossexualidade em Portugal	27

Capítulo 3- O envelhecimento e homossexualidade33

3.1 – Introdução	34
3.2 – O duplo estigma.....	34

3.3– As interações sociais.....	35
3.4– A relação com o profissional de saúde	38

II Parte – Enquadramento Empírico

Capítulo 4- Metodologia.....42

4.1– Introdução.....	43
4.2– Objetivo do estudo.....	43
4.3– Instrumentos e procedimentos	43
4.4– Caracterização sócio demográfica dos participantes	47
4.5– As dificuldades da Investigação	48

Capítulo 5- Apresentação, análise e discussão dos resultados.....50

5.1 – Introdução.....	51
5.2 – As representações da velhice pelos próprios	51
5.3 – As interações sociais.....	56
5.4 – O Profissional de Saúde.....	61
5.5 – Planos e perspetivas para o futuro	63

Reflexão Final65

Bibliografia.....69

Índice de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

A.P.A. – *American Psychological Association*

A.V.D. – Atividades de Vida Diária

D.S.M. - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

I.N.E. – Instituto Nacional de Estatística

L.G.B.T. - Lésbicas, *Gays*, Bissexuais e *Transgenders*

O.M.S. – Organização Mundial de Saúde

p. - Página

pp. - Páginas

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Perceções de discriminação em função da orientação sexual30

Gráfico 2 – Desconforto se determinada categoria ocupasse um cargo político elevado31

Índice de Quadros

Quadro 1 – Evolução dos direitos dos homossexuais	29
Quadro 2 – Caraterização sócio demográfica dos participantes	48

Índice de Anexos

Anexos	79
Anexo 1 – Guião de entrevista	80
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
Anexo 3 – Formulário dos dados sócio demográficos dos participantes	82
Anexo 4 – Dados sócio demográficos do participante D	83
Anexo 5 – Participante D (transcrição da entrevista).....	84
Anexo 6 – Dados sócio demográficos do participante R	92
Anexo 7 – Participante R (transcrição da entrevista)	93
Anexo 8 – Dados sócio demográficos do participante E	97
Anexo 9 – Participante E (transcrição da entrevista)	98
Anexo 10 – Dados sócio demográficos do participante A	102
Anexo 11 – Participante A (transcrição da entrevista).....	103
Anexo 12 – Dados sócio demográficos do participante M	107
Anexo 13 – Participante M (transcrição da entrevista)	108

Resumo:

Apesar de nas últimas duas décadas se ter verificado que surgiram em grande número estudos relacionados com o envelhecimento em Portugal, poucos são os que fazem referência ao envelhecimento homossexual.

O presente trabalho divide-se nas componentes teórica e empírica, estando dividido por cinco capítulos. Este trabalho apresenta conclusões de uma pesquisa que se propôs estudar a experiência no envelhecimento por parte de 5 participantes homossexuais masculinos com idades compreendidas entre os 61 e os 68 anos. A pretensão foi compreender o processo de envelhecimento em indivíduos homossexuais a partir dos seus relatos, segundo as suas perceções, elaborações e do significado que atribuem a este momento das suas vidas.

Aos participantes deste estudo foi aplicada uma entrevista semiestruturada. A informação recolhida das entrevistas dos participantes do estudo, foi organizada de acordo com o Modelo Interativo de Análise de Dados proposto por Miles e Huberman (citado por Léssard- Hébert et al, 1990), posteriormente procedeu-se ao tratamento da informação através da análise do conteúdo das entrevistas (Vala, 2001).

Os principais resultados indicam que os participantes receiam a solidão, fazendo referência à falta de descendentes que os possam apoiar na velhice. Os participantes dão a entender que adotam estratégias e táticas para contrapor o estigma e a marginalização social. Outro dado a salientar é a omissão da sua orientação sexual nos cuidados de saúde primários, nomeadamente ao seu médico de família e o receio de uma futura institucionalização em lar.

Palavras-chave: envelhecimento, idoso, homossexual

Abstract:

Although in the past two decades have emerged several studies related to aging in Portugal, there are only a few that make reference to aging of the homosexuals.

This work is divided in the empirical and theoretical components, being divided in five chapters. This paper presents findings from a research which proposed to study the experiment of aging of 5 male homosexual participants aged between 61 and 68 years. The intention was to understand the process of aging in homosexual individuals based on their reports, according to their perceptions, elaborations and the meaning they attach to this moment of their lives.

To the participants of this study was performed a semistructured interview. The information collected from the interviews of the participants of the study was organized according to the Interactive Data Analysis Model proposed by Miles and Huberman (quoted by Léssard-Hébert et al., 1990), later proceeded by the processing of information by examining the contents of the interviews (Vala, 2001).

The main results indicate that participants are afraid of loneliness, referring to the lack of descendents who would support them in the old age. Participants suggest that themselves adopt strategies and tactics to counterpose the stigma and social marginalisation. Another fact to note is the omission of their sexual orientation in primary health care, in particular to their family doctor, and the fear of a future institutionalization in a nursing home.

Key-words: aging, elderly, homosexual

Résumé:

Bien que de nombreuses études relatives au vieillissement au Portugal, ont eu lieu ces deux dernières décennies, il y en peu faisant référence au vieillissement homosexuel.

Ce travail est divisé en éléments théoriques et empiriques, comprenant cinq chapitres. Il présente les résultats d'une étude réalisée grâce à l'expérience en vieillissement de la part de cinq participants homosexuels masculins âgés entre 61 et 68 ans. L'objectif était de comprendre le processus de vieillissement chez les homosexuels dans leurs rapports, selon leurs perceptions, leurs élaborations et la signification attaché par eux, à ce moment de leur vie.

A cette étude, a été appliquée, une entrevue semisstructurée avec les participants. Les informations recueillies lors des interviews des participants, a été organisée selon le modèle d'analyse de données Interactive proposé par Miles et Huberman (cité par Léssard-Hébert et al., 1990), ensuite il a été procédé au traitement de l'information en examinant le contenu des entrevues (Vala, 2001).

Les principaux résultats indiquent que les participants ont peur de la solitude, dû à l'absence de descendants qui les soutiendraient lors de leur passage en âge mûr. Les participants déclarent qu'ils adoptent des stratégies et des tactiques afin de contrer la stigmatisation et la marginalisation sociale. Un autre fait à noter est l'omission de l'orientation sexuelle dans les domaine des soins de santé primaires, en particulier au médecin de famille et la craint institutionnalisation future en maison de soins.

Mots-clés: vieillissement, personnes âgées, homosexuel

Introdução

O tema da presente dissertação de mestrado prende-se com envelhecimento homossexual um tema pouco abordado em Portugal. O estudo insere-se no curso de mestrado em Gerontologia Social no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, tendo sido orientado pela Professora Doutora Cristina Pereira Vieira e coorientado pelo Professor Doutor Luís Santos e pela Professora Doutora Sidalina Almeida.

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. Dada a tendência para o crescimento da população idosa. Portugal enfrenta uma realidade que começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com o aumento significativo dos idosos no conjunto da população do País (Paúl e Fonseca, 2005). Assim, é de reforçar a urgência de desenvolver meios para melhor atender às dificuldades deste grupo populacional em crescimento. Neste contexto, a área de estudos a Gerontologia é crucial pois compreende as bases sociais, psicológicas e biológicas do envelhecimento. A Gerontologia estuda o impacto das condições sócio-culturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice. *“De uma forma geral, podemos dizer que os gerontologistas procuram explicar: 1) os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades para levar uma vida independente; 2) o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo, como é que os indivíduos crescem e envelhecem (aspectos biológicos, psicológicos e sociais da senescência) e 3) a idade enquanto padrão de comportamento social.”* (Bengston, Rice e Johnson, citado por Paúl, 2005, p.275).

A problemática do envelhecimento é uma área de investigação com bastante interesse atualmente, tanto pela importância que este fenómeno tem vindo a assumir, afetando a sociedade ao nível económico, social e cultural, originando uma adaptação e modificação das estruturas da sociedade, assim como pelo que ainda falta conhecer e compreender acerca de todo este processo.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerado como idoso, o indivíduo que tem entre os 60 e os 65 anos de idade, dependendo do País, sendo que em Portugal é considerado idoso com 65 anos de idade. Os idosos estão associados à inutilidade devido à idade, para muitos *“ser velho representa ser diminuído, carenciado, alguém*

que precisa da nossa solidariedade, da nossa ajuda” (Fernandes, 2001, p. 13). A velhice é uma etapa com ganhos e perdas, conforme corroboram os autores “*a velhice é um período importante da vida, com as suas vantagens e com os seus inconvenientes”* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.6).

Assim, não existe teoria que determine como devemos envelhecer, a este propósito Quaresma (1999) refere que o envelhecimento é um processo diferencial, heterogêneo, contextual, porque é influenciado por fatores ambientais, sociais, familiares e profissionais. Envelhecemos como vivemos ao longo da vida. Diante desta diversidade optou-se por centrar este estudo no envelhecimento de indivíduos homossexuais. Pretende-se com este trabalho compreender o processo de envelhecimento em indivíduos homossexuais a partir dos seus relatos, segundo as suas perceções, elaborações e do significado que atribuem ao envelhecimento.

A figura de homossexual foi construída com base de noções de desvio social, crime contra a natureza e atentado à moral, doença congénita e ofensa à família (Gomes, Albuquerque e Nunes, 1987). São diferentes as desaprovações existentes nas diferentes sociedades, ao longo da história, “*...a homossexualidade não deveria ser explicada, ela apenas existe. O que precisa de ser investigado é a opinião que as várias sociedades sempre tiveram sobre ela”* (Spencer, 1999, p. 10). A homossexualidade sempre existiu e nenhuma sociedade a pode ignorar, sendo interpretada e admitida de diversas formas ao longo da história. De acordo com Becker (2008), existe um duplo estigma nos idosos homossexuais, referindo-se à idade e à orientação sexual. O estigma afeta as interações sociais, conforme refere Goffman (2004). Shope (2005) verificou que os homossexuais comparativamente a indivíduos heterossexuais, encaram com desânimo o envelhecimento pois possuem estereótipos negativos.

O presente trabalho divide-se nas componentes teórica e empírica, estando dividido por cinco capítulos.

A I parte é dedicada ao quadro teórico de referência e encontra-se dividido por 3 capítulos.

O capítulo 1, denominado *Envelhecimento*, inicia com uma abordagem do envelhecimento numa perspetiva biológica, psicológica e social. A representação social

da velhice é abordada neste capítulo, clarifica-se que um indivíduo é um produto da sociedade, e como tal, a sua vida quotidiana é regulada por determinantes sociais e pelo ambiente em que está inserido (Berger e Luckmann, 2003). Este estudo centrou a investigação numa abordagem de envelhecimento enquanto construção social, mostrando como este conceito é complexo e vai sendo alterado ao longo dos tempos, e dentro do mesmo tempo histórico, damos a perceber como é distinto nos diferentes contextos sociais. É referenciado neste capítulo o envelhecimento demográfico, terminando com uma abordagem às respostas sociais existente em Portugal.

No capítulo 2, intitulado *Homossexualidade* apresenta-se um enquadramento teórico referente à homossexualidade. Onde são abordadas as configurações em torno da homossexualidade; a homossexualidade no Mundo Ocidental e os seus diferentes tratamentos ao longo da história e uma contextualização da homossexualidade em Portugal, assim como a evolução existente no que concerne aos direitos dos homossexuais.

No capítulo 3, denominado *Envelhecimento e Homossexualidade* expõe-se o conceito de estigma. Este capítulo evidencia o duplo estigma. Conforme refere Becker (2008), os idosos homossexuais estão marcados pelo silêncio e duplo estigma, que pesa sobre a sua idade e a sua orientação sexual. É abordado neste trabalho como as interações sociais são afetadas pelo estigma. Evidencia-se a relação existente entre o utente com o profissional de saúde, nomeadamente nos cuidados primários com o médico/a de família. Sabendo que é importante existir confiança entre médico e utente, pois o tipo de relação entre eles influencia a forma de olhar a doença e a cura (Leandro, 2001).

A II parte é dedicada ao enquadramento empírico encontra-se dividido por 2 capítulos.

No capítulo 4, é feita referência aos modelos teóricos e epistemológicos que orientaram este estudo. Caracteriza-se os procedimentos metodológicos de acordo com o objetivo do presente estudo. Neste capítulo é referenciado a escolha e a justificação da metodologia, assim como as potencialidades e limitações. A pesquisa elege o método qualitativo (através da entrevista) para compreender a perceção que têm do envelhecimento os idosos homossexuais. A técnica utilizada para a recolha de informação foi a entrevista semiestruturada, que é organizada através de questões

abertas, baseando-se em teorias que interessam ao investigador (Quivy e Campenhoudt, 1995). A análise dos dados, foi baseada no Modelo Interativo de Análise de Dados de Miles e Huberman (citado por Léssard- Hébert et al, 1990), de forma a proceder à análise e interpretação dos dados recolhidos, considerando-se as três etapas que compõem este modelo, a redução de dados; a sua apresentação/organização e a interpretação/verificação das conclusões. Posteriormente procedeu-se ao tratamento da informação através da análise do conteúdo das entrevistas (Vala, 2001). É também apresentada uma caracterização sócio demográfica dos participantes assim como as dificuldades do presente estudo.

O Capítulo 5 contém a *Apresentação, análise e discussão dos resultados*. São apresentados os dados recolhidos, fazendo-se uma reflexão à luz dos objetivos do estudo. Da análise dos discursos dos participantes identifica-se: o receio da solidão, omissão da orientação sexual e receio de futura institucionalização em lar.

Por último, em conclusão do nosso trabalho, é efetuada uma reflexão final sobre o estudo com uma apresentação de propostas de futuras intervenções.

I Parte – Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – O Envelhecimento

1.1 Introdução

O presente capítulo pretende desenvolver conceitos fundamentais acerca do envelhecimento. Inicia-se o presente capítulo com uma abordagem do envelhecimento numa perspetiva biológica, psicológica e social. É referido também neste capítulo, a representação da velhice e o conceito de envelhecimento como uma construção social, mostrando como este conceito é complexo e vai sendo alterado ao longo dos tempos, dentro do mesmo tempo histórico damos a perceber como é distinto nos diferentes contextos sociais. É referenciado neste capítulo o envelhecimento demográfico, terminando com uma abordagem às respostas sociais existente no nosso País.

1.2 O envelhecimento numa perspetiva biológica, psicológica e social

Na sociedade moderna do início do século XXI, a velhice é um conceito que no discurso dominante se configura como um problema social. Ao tentar perceber as determinantes sociais que afetam a velhice, é necessário e importante entender as definições de envelhecimento, assim como as condições e funções sociais de cada grupo de idade não modificam apenas ao longo do tempo mas variam entre culturas.

Importa, antes de tecer algumas considerações acerca do processo de envelhecimento, interpretar e descrever o significado dos termos idoso e velho.

Com refere Mailloux-Poirier (1995) a velhice é uma realidade que só pode ser compreendida pelo conjunto de fatores: bio-psico-fisiológicos e de contexto social.

Machado (1977) a respeito do termo velho, afirma que etimologicamente a palavra deriva do latim *vetulus*, *vecúlu*.

Velho ou idoso? A escolha da terminologia a utilizar está intimamente associada à conotação que cada sociedade atribui aos conceitos. Para Sánchez e Ulacia (2006) “ *um velho é que a sociedade diz que é um velho. Na realidade, a infância, a adolescência, a vida adulta e sobretudo a velhice, são conceitos sociais que tomam como referência a idade*” (p.13).

Na cultura ocidental, o termo velho possui uma conotação negativa porque há uma determinada tendência para associar a velhice à vulnerabilidade física; relacional; à

pobreza, à improdutividade e à desvalorização simbólica (Fernandes, 1997) e por isso, o termo idoso é o mais utilizado.

Outra terminologia usada para definir a velhice é terceira idade. Esta forma de designação surge na França, a partir de 1962, para distinguir os idosos ligados a camadas médias assalariadas dos velhos, os que detinham *status* social. A velhice era modelada pela pobreza, a improdutividade e a dependência (Peixoto, 2007). Ou seja, o termo terceira idade, emergiu como oposição à representação social negativa associada à velhice e ao velho.

Na abordagem ao tema, os conceitos presentes neste trabalho serão: o envelhecimento, idoso, homossexualidade. A escolha por estas opções, são sobretudo por não induzirem conotação negativa e estarem presentes na atualidade.

Abordaremos, a seguir o envelhecimento e como emergem deste conceito complexas conceptualizações.

O processo de desenvolvimento do Ser Humano inicia-se desde a sua conceção até à sua morte, e ao longo da sua vida, são várias as transformações por que passa (Baldessin, 2002; Paúl e Fonseca, 2001). O envelhecimento é considerado como uma sucessão de etapas do ciclo vital, em que cada uma delas prepara para a seguinte: a embrionária, infantil, o crescimento e a velhice (Papaléo Netto e Ponte, 2002).

Segundo Schroots e Birren (citados por Paúl, 1997) e Fernandes (2002) atualmente distinguem-se três vertentes do envelhecimento: o biológico, o psicológico e o social.

Pelo processo de envelhecimento biológico entende-se a vulnerabilidade e a maior probabilidade de morrer. Diz respeito aos tecidos que vão perdendo alguma flexibilidade e aos órgãos e sistemas que reduzem a qualidade e velocidade das suas funções (Schroots e Birren, citados por Paúl, 1997). Assim percebemos que o envelhecimento não é mais que um conjunto de modificações que ocorrem, desde alterações físicas, o andar fica mais lento, diminuição das capacidades auditivas e visuais, o cabelo fica grisalho e fraco, surgem as rugas na pele que podem provocar uma reavaliação do auto conceito.

O envelhecimento psicológico é a capacidade de tomar decisões e adaptar-se a novas situações (Schroots e Birren, citados por Paúl, 1997).

Por envelhecimento social, entende-se as expectativas que a sociedade tem com a população idosa (Schroots e Birren, citados por Paúl, 1997). Embora através de tratamentos médicos as alterações físicas podem ser tratadas, há mudanças importantes nos papéis sociais e relacionamentos e estas são definitivas, como por exemplo a reforma e a viuvez.

Esta perceção de entendimento plural da velhice é reforçada pela forma como critérios a delimitam, nomeadamente:

- O critério cronológico: que defende que o conceito de velhice é determinado pela idade biológica do indivíduo.
- O critério físico: em que os aspetos físicos (queda acentuada de cabelo, aparecimento de manchas e rugas na pele, etc.) são considerados determinantes da velhice.
- O critério psicológico: muitas vezes, eventuais distúrbios psicológicos (rigidez da personalidade, perdas de memória, etc.) são considerados elementos determinantes da velhice. No entanto, no que respeita às mudanças psicológicas que ocorrem ao longo da vida, elas devem ser concebidas como um equilíbrio entre estabilidade, crescimento e declínio.
- O critério social: em que os papéis que o indivíduo desenvolveu na sociedade e os acontecimentos sociais servem como indicadores da etapa em que se encontra. Neste caso, a reforma converte-se no principal acontecimento social a partir do qual se considera o início da terceira idade.

Relativamente à componente biológica, psicológica e social do envelhecimento, torna-se importante expor dois conceitos distintos mas que se relacionam (Fernandez-Ballesteros, 2000): o declínio e a deterioração. Definindo-se como declínio, o enfraquecimento de uma determinada função ou capacidade do organismo. Quanto à deterioração está associada em geral à patologia, e ocorre quando o enfraquecimento de determinada função ou capacidade do organismo se desvia significativamente da média do grupo etário a que o indivíduo pertence.

Em virtude desta distinção, os indivíduos apresentam formas distintas de envelhecer e que podem ser caracterizadas de três formas, conforme postulam Berger (1995), Paúl (1997), Papaléo Netto e Ponte (2002) e Stuart-Hamilton (2002):

- O normal ou primário – é o envelhecimento associado às alterações (anatômicas e/ou funcionais) inerentes ao processo de envelhecimento;
- O secundário ou patológico – associado à idade e à saúde;
- O envelhecimento terciário – é “ *a rápida e acentuada deterioração física imediatamente anterior à morte*” (Stuart-Hamilton, 2002, p.20).

Como vimos, há autores que representam as possíveis formas do envelhecimento, no entanto, Riley (citado por Fernández-Ballesteros, 2000) conceptualizou uma classificação da velhice baseada na idade cronológica dos indivíduos: Jovens idosos (65 ao 74 anos); idosos (75 aos 85 anos) e idosos mais velhos (indivíduos com mais de 85 anos).

Como já referido anteriormente, o envelhecimento é um fenómeno heterogéneo, ocorre de formas variadas, independentemente da idade da pessoa. Conforme refere Simões (2006), o envelhecimento está acentuado à escala mundial, é individual e contextual: “ (...) -, *nenhum de nós envelhece exatamente da mesma maneira. Para além de ser pessoal (depende da nossa biologia e em particular da nossa dotação genética), o envelhecimento é um fenómeno contextual (dependente, como vimos, do género que nos coube em sorte, do nível de instrução que possuímos, da região geográfica onde vivemos). A complexa interação entre estas duas ordens de fatores determina a imensa variedade das experiências individuais do envelhecimento.*” (p. 24).

A este propósito Quaresma (1999) acrescenta que o envelhecimento é um processo diferencial, heterogéneo, contextual, porque é influenciado por fatores ambientais, sociais, familiares e profissionais. Esta autora refere-se ao envelhecimento enquanto processo diferencial acerca do género. É diferente envelhecer como homem ou como mulher, em contexto rural ou urbano, nível de escolaridade e trajetória profissional. Deste modo, “*O envelhecimento humano é fruto da história de cada pessoa, e a maneira como ela percorreu o longo caminho da vida*” (Lima, 2006, p.18).

Fernandes (1997) refere que a idade não é um fator que pode, só por si, pode medir as modificações dependentes do envelhecimento. As alterações que surgem com a idade dependem também do estilo de vida que cada indivíduo teve ao longo do seu percurso. A idade de um indivíduo, não reflete aspetos tão importantes como a qualidade de vida, as experiências psicológicas, e o seu estado de saúde. Este indicador poderá refere-se a indivíduos com a mesma idade cronológica possam ter tido experiências análogas, dando como exemplos: uma guerra, uma epidemia, movimentos sociais. Todavia convém ressaltar que indivíduos com a mesma idade não tiveram necessariamente o mesmo percurso de vida, os mesmos objetivos (Brinkerhoff e White, citado por Fernandes, 1997). Paúl e Fonseca (2001) referem que no modelo Biológico, o envelhecimento tem que ser visto de uma perspectiva Fisiológica, ou seja, podem existir mudanças no corpo, com diferentes idades Fisiológicas em indivíduos com a mesma idade Cronológica. Um ser humano é sempre diferente do seu semelhante, ainda que possa ter em comum a idade.

Assim sendo, o envelhecimento tem uma definição ambígua porque é influenciada por inúmeros fatores: a idade da reforma, a qualidade de vida, a alimentação, a prática de exercício físico, o poder económico do idoso e seu estatuto na sociedade. A definição cronológica do envelhecimento define como velhos na sociedade portuguesa, indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

A noção de idade remete-nos para as subcategorias, sendo elas a idade cronológica e a idade social.

A idade cronológica refere-se à idade de nascimento (exprime-se em anos, meses e dias e serve as definições de terceira idade e quarta idade às quais são afetadas idades concretas). Embora a idade cronológica seja por excelência a que serve para referenciar a velhice, no entanto, esta não se define apenas pela idade cronológica, mas também pela idade física, que é um potencial indicador da velhice. A idade física tem a ver com o próprio indivíduo e varia de pessoa para pessoa. Existe um período rápido de crescimento e posteriormente é iniciado um ciclo marcado pelo aparecimento das rugas, cabelos brancos, perda de força, etc., ou seja, no que se refere à idade física nem todos os indivíduos envelhecem ao mesmo ritmo. O treino e o cuidado do corpo podem determinar o estado físico. Uma pessoa com mais idade e que sempre teve preocupações com o cuidado do corpo, pode ter melhor aparência que outra mais jovem.

A idade social é reconhecida e determinada segundo as regras de determinada sociedade que atribui a cada idade papéis e estatutos distintos (Puijalon e Trincaz, 2000). A idade impõe-se como marcador principal no desenrolar linear e irreversível da vida. Um indivíduo é o resultado de um processo dinâmico de socialização que envolve a interação de diversas dimensões da vida humana, sendo elas a vida familiar, a escolar e o trabalho. Estas existências possuem campos diferentes que interagem com a disposição e a posição de cada indivíduo, emergindo e construindo o estilo de vida e a percepção do mundo, fazendo que resultem percepções diferentes entre indivíduos que vivam em contextos sócio económicos idênticos e com a mesma idade (Bourdieu, 1992).

Existe uma propensão nos idosos que é pensar que o outro é que é velho e não ele. Este pensamento de alguma forma propícia a que o idoso continue a construir os seus projetos e o seu futuro. Como faz referência Debert (citada por Neri, 2001) “ *não é o que está em nós, pois velho é sempre o outro*” (p.128). Se um indivíduo não reconhece o velho em si, o velho do espelho pode-se tornar uma outra pessoa, este outro velho é aquilo que ele não quer ser.

Com o aumento de expectativa de vida, este sentimento torna-se cada vez mais real, aparecendo novos conceitos para esta faixa etária. Referimo-nos à terceira idade, sinónimo de envelhecimento ativo e independente. Neste sentido, pode-se compreender que as representações presentes no conceito da terceira idade indicam ao indivíduo que envelhece, que a velhice, é uma questão de responsabilidade e competência pessoal.

Deste modo, o envelhecimento bem-sucedido baseia-se na premissa do desenvolvimento individual, e é um processo que envolve três componentes: seleção, otimização e compensação, modelo SOC, (Baltes e Baltes, 1990). A seleção refere-se a limitações de certas funções associadas ao envelhecimento e à função adaptativa de centrar-se nesses domínios, que são altamente prioritários de acordo com exigências ambientais, motivações individuais e capacidade biológica. A otimização refere-se ao acréscimo das reservas ou recursos a nível pessoal e maximização da duração da vida. A compensação é o método pelo qual os indivíduos usam elementos mentais e tecnológicos para compensar perdas funcionais derivadas do envelhecimento. Neste modelo há dois conceitos centrais quando queremos pensar no envelhecimento ótimo, bem-sucedido: Variabilidade, isto é, indivíduos muito diferentes entre si, sendo que

estas diferenças acentuam-se a medida que se envelhece; Plasticidade, possibilidade do indivíduo se adaptar a novas situações. Estes dois conceitos centrais são fundamentais para o desenvolvimento de uma teoria de adaptação que preconiza que o envelhecimento bem-sucedido é um processo adaptativo que engloba as componentes de seleção, otimização e compensação (SOC).

Após a terceira idade para referir pessoas muito idosas surge o conceito de quarta idade. Tratando-se de uma representação social que liga a terceira idade a uma continuação de vida através da sua idade biológica.

Segundo Beauvoir (1970), a velhice não pode ser simplesmente reduzida a uma questão biológica ou comportamentalista assegurando que: *“A velhice não é um facto estático; é o resultado e o prolongamento de um processo. Em que consiste este processo? Em outras palavras, o que é envelhecer? Esta ideia está ligada à ideia de mudança. Mas a vida do embrião, do recém-nascido, da criança, é uma mudança contínua. Caberia concluir daí, como fizeram alguns, que nossa existência é uma morte lenta? É evidente que não. Semelhante paradoxo desconhece a verdade essencial da vida: ela é um sistema instável no qual se perde e se reconquista o equilíbrio a cada instante; a inércia é que é o sinónimo de morte. A lei da vida é mudar”* (p. 17). A autora defende que a velhice deve ser entendida como uma construção social, entendimento que foi sendo alterado através dos tempos e nas diferentes realidades sócio culturais.

1.3 A representação social da velhice

Moscovici (1981) interpreta as representações sociais como explicações, crenças e ideias, concebidas a partir dos modelos culturais e sociais para interpretar e compreender a realidade, influenciadas fortemente pela interação dos indivíduos e que modificam conforme as circunstâncias históricas, sociais e culturais.

Como postula Fernandes (2001) *“O problema social da representação da velhice nas sociedades modernas é um exemplo paradigmático da forma como certas perspectivas, científicas e não científicas, podem contribuir para o deformar através da difusão de ideias e representações já construídas do que é a velhice”*. (p.39).

O indivíduo é um produto da sociedade e como tal, a sua vida quotidiana é regulada por determinantes sociais, pelo ambiente em que está inserido. Isto é, “(...)a forma específica em que esta humanização se molda é determinada por essas formações sócio-culturais, sendo relativa as suas numerosas variações. Embora seja possível dizer que o homem tem uma natureza, é mais significativo dizer que o homem constrói sua própria natureza, ou, mais simplesmente, que o homem se produz a si mesmo.” (Berger e Luckmann, 2003, p. 72).

O desenvolvimento e a relação dos indivíduos com o seu ambiente é ao mesmo tempo natural e humano, pela abertura ao mundo. Assim, é impossível que um indivíduo isolado produza um ambiente humano, assim como um indivíduo se desenvolva como homem isolado:” a humanidade específica do homem e a sua socialidade estão inextricavelmente entrelaçadas” (Berger e Luckmann, 2003, p. 75) ”.

Bourdieu (1993) confirma o anteriormente referido através do conceito de *habitus*. É através deste conceito, que o indivíduo incorpora valores que o faz pertencer a uma classe social específica e ocupar determinada posição dentro de uma estrutura social, muitas vezes sem possuir consciência que a sua ação os vincula à posição social. Para Bourdieu (1993) o *habitus*, não é mais que um sistema de disposições, modos de perceber, de fazer, de pensar, que levam os indivíduos a agir de determinada maneira em uma determinada circunstância.

As representações sociais são incorporadas, compartilhadas com os outros produzindo valores, interferindo na maneira particular de lidar com a realidade assim como na aceitação ou não aceitação do envelhecimento. As interações estabelecidas pelos indivíduos ao longo da sua vida fazem com que este reconstrua representações acerca de objetos sociais, mas também acerca de si próprio. Existem tipificações padronizadas na interação social, (Berger e Luckmann, 2003) o mesmo acontecendo na velhice. Assim sendo, a verdade é que a realidade quotidiana contém esquemas tipificados a partir dos quais os outros são apreendidos. Assim podemos apreender o outro, entre outros, como: o velho, o reformado, o idoso, a terceira idade, a 4ª idade e em todas estas formas de apreensão percebemos que elas surgem modeladas por tipificações e categorizações que associadas a um conjunto de sentidos e significados. Assim, ao tipificar está subjacente a criação de um princípio da realidade coletiva. Esta tipificação anteriormente referida é universalmente aceite (Fernandes, 1997).

1.4 A velhice como construção social- Abordagem sócio histórica

Nas diversas épocas sócio históricas, a figura social e cultural da velhice tem sido diferentemente construída. Ao longo da história da humanidade tem existido interesse pela velhice, assim como pelos processos de envelhecimento, dando importância pelo prolongamento da vida humana e simultaneamente pela conquista da eterna juventude. Neste sentido, importa perceber como foi entendida a velhice ao longo das diferentes épocas e nos diferentes contextos sociais.

Existem alusões à velhice desde os tempos mais remotos. No ocidente, no ano 2500 a.C., o filósofo e poeta egípcio Ptah-Hotap faz uma descrição não muito benéfica sobre a velhice, considerando que o fim de vida de um idoso é penoso, argumentado que a força do idoso declina, que perde visão e audição, referindo que a velhice é a pior desgraça que pode acontecer a um homem (Agreda, 1999, Beauvoir, 1970). A civilização egípcia representava a velhice como um declínio, e onde, todas as doenças e sintomas constavam num documento da época, o papiro de Ebers (1550 a.C) foi o primeiro documento a explicar as manifestações do envelhecimento (Beauvoir, 1970; Leme, 2002).

Na Grécia, as visões da velhice para Platão e Aristóteles eram opostas. Para Platão ficar velho era atingir o auge da vida e considerava os velhos dignos de respeito e valor “ *Objeto algum de valor poderemos possuir mais digno de respeito que um pai ou um avô, uma mãe ou um avó, cheios de idade*” (Beauvoir, 1970, p.123). Já para Aristóteles a visão era diferente, para ele o corpo era valorizado e citando “ *Bela velhice aquela que tem a lentidão da idade, livre de enfermidades.*” (Beauvoir, 1970, p.123). Aliás para este filósofo grego, a juventude era enaltecida, a sua visão em relação à velhice era antagónica (Leme, 2002).

Beauvoir (1970) refere que na civilização grega Hipócrates considerava os idosos, os indivíduos com mais de 50 anos, associava-os à estação do ano inverno, e considerava a velhice “ *como um processo natural, físico e irreversível*” (Agreda, 1999, p.28).

Os Romanos seguem a visão de Platão, mas a visibilidade dos idosos recaía sobretudo daqueles que possuíam riqueza, propriedades. O Senado era constituído por homens idosos, onde lhes era conferido participação efetiva e direta no poder (Beauvoir, 1970;

Leme, 2002). O poder do *pater* famílias era imenso, a este estava reservado pleno poder, decidiam tudo, desde a compra de bens materiais, como a venda ou até a morte dos seus familiares (Agreda, 1999). Cometer uma agressão ao ascendente poderia significar a expulsão do agressor ou até mesmo a sua morte. Para casar o filho teria que ter o consentimento do seu pai e avô no caso de este ainda ser vivo, como refere Beauvoir (1970) “ *prova de que o patriarca conservava o seu poder até ao fim* “ (p.129).

Durante a Idade Média (século V ao XV), a sociedade era governada pelas armas e pela Igreja (Ariés, 1981), os velhos foram afastados da vida pública (Beauvoir, 1970). Refere Agreda (1990) que a velhice era descrita pelos cristãos “ *como uma imagem representativa do pecado, tendo uma visão pessimista sendo esta um mal que vêm do castigo divino pelos pecados do homem, só no paraíso ninguém se faz velho nem morre*” (p.30).

No entanto, este entendimento acerca do envelhecimento não alterou o modo como a velhice era entendida nas culturas tribais. Beauvoir (1970) realizou vários estudos comparativos sobre o papel do idoso em diversas culturas tendo em conta o *status* de cada um na sociedade que estava integrado, tendo em conta a variável que os idosos integrados numa mesma cultura não possuem papéis homogêneos, pois era tido em conta o sexo, o poder económico e o tipo de conhecimento adquiridos ao longo da sua vida. Segundo Beauvoir (1970), o povo Inca (a partir do século XII) possuía uma organização social notavelmente desenvolvida, onde a idade dos seus idosos não os afastava da obrigação de trabalhar na comunidade. Sendo que depois dos 50 anos os homens ficavam isentos das tarefas penosas, no entanto continuavam a trabalhar na casa do chefe e nos campos, conservando a sua autoridade no seio familiar. As mulheres por seu lado, ficavam como amas, cozinheiras e teciam vestimentas para a comunidade. O povo Inca temia, venerava e obedecia os seus idosos, cuidando deles quando adoeciam. Beauvoir (1970) refere, uma diversidade de situações em como os idosos eram tratados, a opção de sacrificá-los nas sociedades agrícolas ou nómadas com recursos limitados, ou o inverso em pleno século XIX, com a ascensão da burguesia europeia os idosos eram encarados como fonte de saber e experiência. Um outro exemplo referido por Beauvoir (1970) seriam certas tribos de índios da América do Norte ou Hotentotes em África que abandonavam os seus idosos ou infligiam-lhes a morte, sendo a família a decidir.

No renascimento (período que compreende os fins do século XIII e meados do século XVII) é valorizada a juventude. A velhice permanece relacionada com a decadência e exalta-se particularmente a beleza feminina nesta época e somente na juventude (Beauvoir, 1970). A descrição dos velhos e sobretudo das mulheres, não é mais complacente que nas épocas precedentes “*a fealdade dos velhos parece, comparativamente, ainda mais odiosa: a da mulher velha nunca foi tão cruelmente denunciada*” (Beauvoir, 1970, p.166). Fazendo referência à velhice nesta época, Agreda (1999) refere que “*O desprezo pela velhice manifesta-se nas artes e nas letras. Os pintores italianos ignoram a velhice, os flamengos, e os alemães desprezem-na (...)*” (p.32). No Renascimento, e devido ao crescente aumento da expectativa de vida, é dada maior relevância aos problemas do envelhecimento (Leme, 2002).

Refere Ariés (1981) que a velhice antes do século XVII era representada com referência à decrepitude. O progresso científico que ocorreu entre os séculos XVII e XVIII (Idade Moderna), nomeadamente com a evolução na Química, Anatomia, Fisiologia e Patologia, permitiu um maior conhecimento em relação ao envelhecimento (Leme, 2002). Neste sentido, Johann Bernard von Fisher publica em 1754, o Livro *De Senio Eiusque Gradibus et Morbis*¹ e que diferencia o envelhecimento normal e de doença (Leme, 2002).

Surge referenciado no dicionário pela primeira vez, no século XVII o termo velho (Vaz, 2006). Entre o século XVII e o século XVIII, assistiu-se a uma mudança considerável no papel do idoso. Ao idoso é reconhecido a sabedoria e o seu papel como transmissor de capital de conhecimento às gerações subseqüentes. Emerge neste século legislação para fazer face às suas necessidades, principalmente dos mais desfavorecidos. Sendo também no final deste século que se começa a vislumbrar o direito à reforma através de sistemas de capitalização económica (associações mutualistas e caixas de seguros).

No século XIX, na história das sociedades ocidentais, a estrutura familiar cuidava dos seus idosos quando estes se mostravam incapazes, sendo recolhidos por um dos seus filhos. A velhice estava circunscrita à esfera familiar, referenciada por Guillemard (1980, citada por Fernandes, 1997) como *invisível*. Até meados do século XX, e

¹ Tradução – A Velhice, seus estágios e as suas doenças.

segundo Costa (1999), a imagem que a sociedade tinha dos idosos era diferente da que existe atualmente, sendo que o envelhecimento há 50 anos atrás era encarado como um fenómeno natural, não constituindo um problema, pois eram poucos os que envelheciam.

No início do século XX a imagem da velhice passou a estar associada a improdutividade, no contexto da cultura Ocidental. Sustentada pela hipótese da industrialização, progresso científico e tecnológico, urbanização, nuclearização da família, implementação da idade da reforma, os discursos negativos perduraram até aos anos oitenta (Dias, 2005).

As transformações que ocorreram neste século, com o desenvolvimento do trabalho assalariado, refletiram-se nas estruturas familiares e entre as gerações, enfraquecendo as relações familiares, e originou a institucionalização de medidas orientadas para a velhice. A transferência de cuidados, que outrora eram assegurados pelas famílias, são transferidos para a esfera da responsabilidade pública (Fernandes, 1997) e que Guillemard designou-a como velhice *identificada*, entendida como um problema social. Deste modo, explica-se o aparecimento de instituições que ficam com a responsabilidade de responder às novas necessidades de cuidado aos idosos, por exemplo lares, asilos. Barreto (2005) a este respeito refere que “ *a velhice perdida a aura que tinha, e que fazia dos anciãos serem alvo de admiração e respeito, e naturalmente acarinhados e protegidos, tornou-se banal. É uma realidade que pesa a todos, aos próprios e aos que com eles convivem, e também á sociedade em geral que os tem a cargo.*” (pp. 289 e 290).

A nível científico é sugerido que uma melhoria e manutenção de saúde, isto é cuidar do corpo, proporcionaria uma boa velhice. Segundo Guillemard e Lenoir (1976) a velhice é resultado de um percurso de vida (englobando a escolarização, trabalho, modos de vida familiares e social e adoção de comportamentos e estilos de vida).

Lenoir (citado por Fernandes, 1997), para reforçar a representação social da velhice refere: “*Segundo este resultado de um processo de construção da representação da velhice encarada como problema social. Ser velho representa ser diminuído, carenciado, alguém que precisa da nossa solidariedade, da nossa ajuda*” (p.13). O problema social da velhice nas sociedades ocidentais, por todos conhecido e divulgado pelas instâncias políticas e meios de comunicação social, é resultado da construção

social proveniente do confronto de ideias e de interesses entre grupos sociais e entre gerações, de modo a obter o poder da manipulação sobre a classe de idades, (Fernandes, 1997).

1.5 O envelhecimento na perspectiva demográfica

Portugal depara-se com o fenómeno do envelhecimento demográfico, que se traduz no aumento da proporção da população idosa e diminuição do número de jovens (Fernandes, 1997; Paúl, 1997). Paúl (1997) enfatiza como causa central do envelhecimento populacional, o aumento da esperança média de vida (envelhecimento no topo da pirâmide), e o declínio da taxa de natalidade (envelhecimento na base da pirâmide etária), assim como a um decrescimento da mortalidade prematura, como refere Fernandes (1997):

”O envelhecimento demográfico não consiste apenas no aumento relativo de pessoas que atingiram os 60 ou os 65 anos. Em demografia, uma população envelhece sempre que se regista uma redução da importância relativa de pessoas nas idades mais jovens. O aumento relativo de idosos, que se observa no topo da pirâmide de idades, é designado por envelhecimento no topo. Quando se verifica diminuição relativa de jovens na base, então estamos perante um fenómeno de envelhecimento na base. A situação mais comum, em qualquer sociedade na 2ª ou 3ª fase de transição demográfica, é um processo simultâneo de duplo envelhecimento, na base e no topo. Pela redução do nível da mortalidade aumenta a esperança de vida e, desta forma, aumentam os efetivos no topo da pirâmide; pela redução da natalidade, diminui o número de nascimentos e, por isso, diminuem os efetivos da base.” (p.31).

O fenómeno do envelhecimento demográfico é resultado de um desenvolvimento quer ao nível científico e tecnológico, quer ao nível educativo e social, em que foram alcançados progressos para que os seres humanos vivessem mais anos e com qualidade. Por um lado, os aspetos tais como: melhorias das condições de trabalho, o avanço na medicina, a melhoria das infraestruturas sanitárias e o controlo das águas, a melhoria das questões habitacionais, o próprio indivíduo que toma consciência que através de hábitos de vida saudáveis e exercício físico presentes ao longo da vida, vai influir num envelhecimento normal ou patológico, são fatores que originaram um aumento significativo na esperança média de vida, e por outro lado a entrada da mulher no

mercado de trabalho assalariado, o seu interesse em prosseguir os estudos, a opção de ser mãe é adiada, conseqüentemente faz com que a taxa de natalidade diminua (Fernandes, 1997).

O fenómeno do envelhecimento ocorre na sociedade Portuguesa, e como tal importa refletir sobre a importância deste fenómeno, implicações e estratégias. Contudo a conceção de envelhecimento demográfico, assente no acréscimo respeitante a indivíduos que ultrapassam os 65 anos, contribui para outro fenómeno demográfico que é o de aumento da esperança de vida². Fernandes profere: “ *Estas modificações recentes têm como consequência, entre outras, o facto de um sexagenário, em 1980, ser diferente de um outro em gerações anteriores. Objetivamente, porque é detentor de mais saúde e melhores condições de contrariar a doença ainda que as diferenças relativas a posições sociais ocasionem distinções significativas* ” (p.7).

Uma simples constatação quantitativa permite-nos afirmar que a quantidade de pessoas idosas está continuamente a aumentar em números absolutos e relativos. De acordo com os resultados definitivos dos Censos 2011, a população idosa com idade igual ou superior aos 65 anos representa cerca de 19% (ou seja 2,023 milhões de pessoas). A tendência de crescimento da população idosa verifica-se comparando os números de 2011 com os de 2001, e assiste-se a um acréscimo de cerca de 3% (INE, 2011).

O envelhecimento da população é hoje um fenómeno universal, característico de vários países da Europa, onde as taxas de natalidade têm diminuído, simultaneamente a esperança média de vida tem aumentado. A Europa já é designada por continente grisalho, sendo uma das regiões mais envelhecidas do mundo (INE, 2013).

1.6 As respostas sociais

Desde que a velhice passou a ser vista como problema social, inicia-se uma mobilização de meios, gente e esforços. A institucionalização de medidas especificamente direcionadas aos idosos, designam-se por políticas de velhice. Segundo Fernandes (1997), entende-se estas políticas como o conjunto de ações coletivas e intervenções

² De acordo com a definição apresentada pelo INE, a Esperança média de vida corresponde ao número de anos que uma pessoa tem probabilidade de viver. Quanto maior for o desenvolvimento do país maiores serão as probabilidades de viver mais anos. (INE, 2002)

públicas, cujo objetivo é estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade.

As transformações que ocorrem com o envelhecimento da população originou que o Estado em Portugal implementasse uma rede de respostas sociais (serviço de apoio domiciliário; lar de idosos e centros de dia), na tentativa de promover o envelhecimento ativo.

Com esta nova forma de gestão dos problemas sociais, resultantes da “velhice” e do envelhecimento demográfico, os conflitos de interesse reduzem-se a confrontações entre responsáveis político administrativos e especialistas de instituições. Constitui-se então, um campo de produção e gestão de bens especificamente orientados para os idosos e que tende a generalizar-se e a oferecer produtos diversificados. Martins (2006) refere alguns equipamentos disponíveis existentes no nosso País, embora saliente, que os mesmos continuam a relevar-se insuficientes: Lares de Idosos (equipamentos coletivos de alojamento temporário ou permanente); Lar para Cidadãos Dependentes (constituem respostas residenciais a idosos com elevado grau de dependência que já se encontrem acamados); Centros de Dia (prestação de um conjunto de serviços, desenvolvendo atividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio sócio familiar); Centros de Convívio (estão a nível local, desenvolvendo atividades sócio recreativas e culturais); Apoio Domiciliário (consiste na prestação de serviços, no domicílio dos utentes); Acolhimento Familiar (consiste em apoios dados por famílias consideradas idóneas que acolhem temporariamente idosos); As Colónias de Férias e o Turismo Sénior (comportam um conjunto de atividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer e quebrar a rotina, proporcionando ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social); O Termalismo (é uma medida que visa permitir tratamentos naturais e a deslocação temporária da sua residência habitual); Universidades Seniores (a resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio).

Presentemente em Portugal, o Estado protege a dependência de pessoas idosas, ou pessoas dependentes e deficientes, com recursos sociais sob a forma: de transferências financeiras, pensões e complementos (estes podem ser de regime contributivo ou não contributivo, dependendo se os idosos tenham feito ou não descontos para a Segurança

Social). Na proteção ao nível de cuidados de saúde sob a forma de equipamentos e serviços.

I Parte – Enquadramento Teórico

Capítulo 2 – A Homossexualidade

2.1 Introdução

O segundo capítulo apresenta um enquadramento teórico referente à homossexualidade. É abordado as configurações em torno da homossexualidade; a história da homossexualidade que teve diferentes tratamentos ao longo da história e uma contextualização da homossexualidade em Portugal e a evolução existente no que concerne aos direitos dos homossexuais.

2.2 As configurações em torno da Homossexualidade³

“(...) esperando pelo dia em que a palavra homossexual tenha perdido o seu poder para rotular e estigmatizar pessoas e se tenha tornado mero descritor de uma de entre muitas formas aceitáveis de amar.” (MacCarn e Fassinger, 1996 p.532).

Em 1991 a Amnistia Internacional passou a considerar a discriminação contra homossexuais uma violação dos direitos humanos. Sendo que a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas afirma: *“Artigo 1º- Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”*.

Sutter (1993) refere que o homossexual *“...é um indivíduo que não nega o seu sexo, mantendo sua identidade no seu sexo biológico, mas cuja atividade sexual só se volta para pessoas do mesmo sexo que o seu”* (p.140). Gomes, Albuquerque e Nunes (1987) definem homossexualidade como a preferência por comportamentos sexuais, reais ou em fantasia, com pessoas do mesmo sexo. O entendimento homossexual tal como é percebido na atualidade, data do fim do século XIX.

³ **Karl-Maria Kertbeny** (seu nome alemão) ou **Károly Mária Kertbeny** (em húngaro), 1824 – 1882, austro-húngaro jornalista utilizou pela primeira vez o termo homossexual e heterossexual. A palavra homossexual é composta por o prefixo grego, *homo*, que significa o mesmo/semelhante com um substantivo latino *sexus*, que significa sexo (referindo-se a gênero).

“...a homossexualidade não deveria ser explicada, ela apenas existe. O que precisa de ser investigado é a opinião que as várias sociedades sempre tiveram sobre ela” (Spencer, 1999, p. 10)

Conforme referem os autores Gomes, Albuquerque e Nunes (1987), a figura de homossexual foi construída com base de noções de desvio social, crime contra a natureza e atentado à moral, doença congénita e ofensa à família. Existiu um interesse por parte de médicos e psiquiatras em descobrir a causas da homossexualidade, para que sociólogos e juristas pudessem modificar as legislações em vigor nos finais do século XIX. Mas, segundo Fry e Macrae (1983), é partir deste período que os médicos passaram a reivindicar a sua autoridade de falar sobre a sexualidade, sendo então que surge a transformação do conceito de homossexualidade como “pecado” e “crime” para “doença”. Segundo C. Vieira (2009), inicialmente os médicos não se satisfizeram apenas em declarar a homossexualidade como uma anomalia orgânica, mas também admitiram a possibilidade de curá-la, ou seja, os homossexuais podiam ser sujeitos a tratamento médico pedagógico. Segundo Dunlap (citado por Brotman, Jalbert, Rowe e Ryan, 2002) é em 1973 que a homossexualidade é eliminada como doença mental pelo *DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, no entanto a APA – *American Psychological Association* durante mais dois anos prosseguiu com uma política que encorajava os médicos que reconhecessem nos homossexuais a possibilidade de reverterem as suas preferências sexuais, sendo que, esta política foi abolida em 1994.

Suplicy (citado por Mott, 2009) refere que a homossexualidade não é opção de um indivíduo, pois do mesmo modo, ninguém opta por ser heterossexual. O termo orientação sexual é o que vai ser adotado para este trabalho, pois o termo “opção” indicia escolha da forma de desejo. Por orientação sexual entende-se o envolvimento durável emocional, amoroso e/ou atração sexual por homens, mulheres ou por ambos os sexos. A orientação sexual é classificada em três dimensões: a heterossexualidade (atração sexual e/ou envolvimento emocional ou amoroso em pessoas de sexo diferente); a bissexualidade (atração sexual e/ou envolvimento emocional ou amoroso por pessoas de ambos os sexos) e homossexualidade (atração sexual e/ou envolvimento emocional ou amoroso por pessoas do mesmo sexo) APA (citado por Oliveira, 2010).

Em certas culturas evidencia-se a condição de homossexual ou heterossexual como critério de distinção entre os indivíduos. Por outro lado, noutras culturas tal característica pode ser irrelevante ou assumir conotações diversas. Rios (2001) refere esta conceção: “...*Conceber a homossexualidade como construção social significa postular que a identificação de alguém ou a qualificação de seus atos sob uma ou outra orientação sexual só tem sentido na medida em que, num certo contexto histórico-cultural, houver a institucionalização de papéis e de práticas próprias para cada um dos sexos, onde a atração pelo sexo oposto ou pelo mesmo sexo seja considerada um elemento relevante, capaz inclusive de impor diferenças de tratamento entre os indivíduos.*” (p.54). Segundo Mott (2009) são três as conclusões da Antropologia da Sexualidade, a considerar: 1. A sexualidade humana não é instintiva, mas sim, uma construção cultural; 2. A cultura sexual humana varia de sociedade e modifica-se ao longo do tempo; 3. Cada cultura determina quais os comportamentos que são aceites e quais os que serão condenados.

2.3 A história da homossexualidade no Mundo Ocidental

O conceito de homossexualidade é atual, porém é possível afirmar a existência de relações homossexuais entre os gregos (Moita, 2001). Tournier (2006), faz referência a uma história de amor homossexual romântico e infeliz entre o imperador Adriano e Antínoo o seu jovem amante que se suicida. É referenciado também a existência de um ritual denominado pederastia, que se resumia a um ritual de passagem realizado por um indivíduo mais velho, com experiência. Este, iniciava um rapaz jovem na sociedade, crendo que, o ritual efetuado tornaria o jovem num cidadão, e com maior aptidão para atuar no meio político e na guerra. Farias e Maia (2009) referem: “*Entre as mulheres, esse tipo de relação também ocorria, mas havia diferenças significativas em relação à pederastia masculina. Uma delas é que a relação afetivo-sexual entre duas mulheres não tinha o objetivo de integração à vida social, mas de iniciação a uma vida sentimental e erótica. Outra se relaciona ao período de ocorrência da pederastia masculina e das relações afetivo-sexuais entre as mulheres. Enquanto a primeira existiu por volta do século V, a segunda é datada dos séculos VII e VI a.C.*” (p. 29).

Para a civilização grega os relacionamentos sexuais eram uma relação de dominação/subordinação. Sendo que, o prazer sexual, no que concerne ao sexo

masculino era concretizado de várias formas. Não era relevante o estado civil ou o sexo do parceiro. Na civilização grega, era aceitável que um homem tivesse simultaneamente uma mulher e outro homem. A mulher, apenas possuía um papel de reprodução, sendo vista como inferior. As crianças do sexo feminino eram descuradas na educação, os rapazes eram educados pelos homens para governar e defender a cidade. Mossé e Valdés (citado por Moita, 2001) referem que do ponto de vista sexual, o prazer que a mulher poderia dar ao homem era desvalorizado, sendo tidas, quase como uma necessidade biológica. Sendo que o ideal de amor era dirigido aos jovens rapazes, estes, com uma educação que não possuíam as mulheres, logo possibilitavam uma conversa racional.

Lever (citado por Moita, 2001) faz a comparação entre a cultura grega e a cultura romana, enquanto na primeira a pederastia impunha a igualdade social dos parceiros, em que o jovem era livre, na segunda, na cultura romana o prazer era comprado, existiam as relações com prostitutas de ambos os sexos e com escravos. As crianças (rapazes e raparigas) na cultura romana eram protegidas e defendidas de possíveis abusos sexuais, era considerado um delito grave.

Ao longo da história a homossexualidade é uma componente da vida humana, sendo no entanto menos comum que a heterossexualidade. São diferentes as desaprovações existentes nas diferentes sociedades, ao longo da história. Tal como já vimos, percebemos que em diferentes organizações sociais existiram práticas homossexuais que eram encorajadas e até exigidas (Naphy, 2004). Contudo, com o emergir do cristianismo estes valores foram alterados, passando-se a condenar a homossexualidade, sendo punida de forma cruel. Só a ascensão do judeo-cristianismo é que obrigou à marginalização da homossexualidade. Naphy (2004) refere que por necessidade de assegurar a linhagem, os povos israelitas, constantemente perseguidos por outros povos, tinham, condenado o prazer e definido a homossexualidade como pecado. É então, que a partir da Idade Média, os comportamentos homossexuais foram incluídos na luta contra todas as formas de comportamentos não normativos.

Boswell (citado por Moita, 2001) descreve que entre o século XI e finais do século XII, é que surgiu na literatura, referências a relacionamentos eróticos entre duas pessoas do mesmo sexo, resultando no aparecimento de uma nova política. Relacionamento entre duas pessoas do mesmo sexo era associado a heresia. Nos finais do século XII, a igreja

passa a associar a relação de duas pessoas como heresia, feitiçaria e sodomia. No entanto é no século XIII, que a posição da igreja se manifesta violentamente. Os princípios defendidos por São Tomás de Aquino consideravam um crime contra natureza os atos com pessoas do mesmo sexo (Boswell, citado por Moita, 2001). Entre os séculos XII e XVI, não existiram mudanças significativas. No século XVII era considerado que os indivíduos que se envolviam com outros do mesmo sexo sofriam de uma doença de efeminação (Meer, citado por Moita, 2001).

Na segunda metade do século XVIII consolidada a percepção da existência de dois sexos biológicos distintos, o homem efeminado entendido como o sodomita, deu origem a perseguições aos homossexuais. Em países como Holanda e Inglaterra, os sodomitas eram punidos com pena de morte, enquanto em Itália, Portugal e França existia mais tolerância (Norton, citado por Moita, 2001). Neste período o “desvio sexual” era visto por algumas sociedades ocidentais como símbolo de desordem.

No século XIX concretamente em 1886, o Código Penal Português, referia: “*no ponto nº 4, do Artº 71 (“Aplicação de medidas de segurança”) condenam-se, não só os “vadios”, os que se dedicam à “mendicidade”, as “prostitutas” e outros, mas, também, “os que se entreguem habitualmente à prática de vícios contra a natureza”*” (Moita, 2001). Este artigo, embora não referisse claramente à homossexualidade é referido pelo jurista Carmona da Mota que defende que os *vícios contra natureza*, “tratam de práticas que agridem o princípio básico da moral sexual” (Câncio, citado por Moita, 2001). É no início do século XX, que a medicina especifica os desvios sexuais, e a homossexualidade passa a ser compreendida como uma inclinação do desejo. Moita (2001) refere que ao longo do século XX muitos autores em Portugal consideravam a homossexualidade como uma patologia.

2.4 A homossexualidade em Portugal

Antes da revolução de abril, em Portugal, a homossexualidade era considerada crime. No pós 25 de abril de 1974 surgem os primeiros movimentos de reivindicações de direitos dos Lésbicas, Gays, Bissexuais e *Transgenders*⁴.

⁴ Adiante designado LGBT

Em 1980 iniciou-se uma investigação para a existência da Homossexualidade, com respostas ligadas à biologia (procura do “gene Gay”), no entanto foram diferentes fatores que em Portugal não possibilitaram uma boa aceitação da Homossexualidade. Podendo-se destacar as mentalidades, as ideias políticas de direita e o VIH/SIDA (Santos, 2005). O VIH/SIDA emerge nos anos 80, doença desconhecida da qual não havia informação, possuindo uma carga estigmatizante. Considerada uma doença mortal, numa fase inicial atribuíam a indivíduos dos chamados grupos de risco. Foi encarada como uma doença que “pertencia” a indivíduos homossexuais, toxicodependentes, hemofílicos e prostitutas. Estes indivíduos são rapidamente condenados e estigmatizados mesmo antes de haver uma conclusão da investigação biológica, Jodelet (citado por C. Vieira, 2009). A incerteza da ciência e a falta de informação favoreceu que surgissem representações negativas sobre estes indivíduos. Socialmente assumida como uma punição, quase divina, para os indivíduos dos grupos de risco. Sontag (citado por C. Vieira, 2009) refere que a visão moralista concebeu um estigma social de ostracismo e de rejeição dos grupos de homossexuais, toxicodependentes e prostitutas.

Mas foi só década de 90, que as questões relacionadas com a homossexualidade começaram a ser faladas abertamente, em grande parte esta situação deve-se ao papel que as associações de sensibilização e defesa dos direitos dos homossexuais passaram a ter. Ganhando uma maior expressão nos meios de comunicação social, assim como em termos políticos e legais, criando discussões públicas, assim como surgem as primeiras investigações a nível académico (Amaral e Moita, 2004).

Com entrada em vigor da Lei n.º 7/2001, de 11 de maio, as uniões de facto entre pessoas do mesmo sexo estão legalmente reconhecidas e tuteladas. A Lei n.º 7/2001 confere à união de facto, independentemente do sexo dos parceiros, direitos no que respeita à casa de morada comum, às relações laborais, à fiscalidade, à segurança social, muito embora restrinja o direito de adotar nas uniões entre pessoas do mesmo sexo.

Em Portugal têm existido alterações na evolução dos direitos homossexuais sendo eles:

Quadro 1: Evolução dos direitos dos homossexuais

1982	A homossexualidade é permitida em Portugal
1999	Foi declarado que homossexuais e bissexuais poderiam ingressar nas forças armadas
2001	Os casais homossexuais viram os seus direitos perante uma união de facto reconhecidos.
2003	A homossexualidade é protegida pela lei do código do trabalho
2004	A orientação sexual é incluída no artigo 13º do princípio da igualdade na Constituição Portuguesa ⁵
2007	É criada uma lei no código penal que protege os homossexuais da discriminação e ofensas à integridade física.
2009	Foi introduzido o tema da homossexualidade na educação sexual escolar
2010	Foi promulgada a lei que permite o casamento entre pessoas do mesmo sexo, considerado um grande passo para a aceitação da homossexualidade em Portugal.

Fonte: Adaptação LGBT Portugal – Mentalidades, direitos e a sua evolução

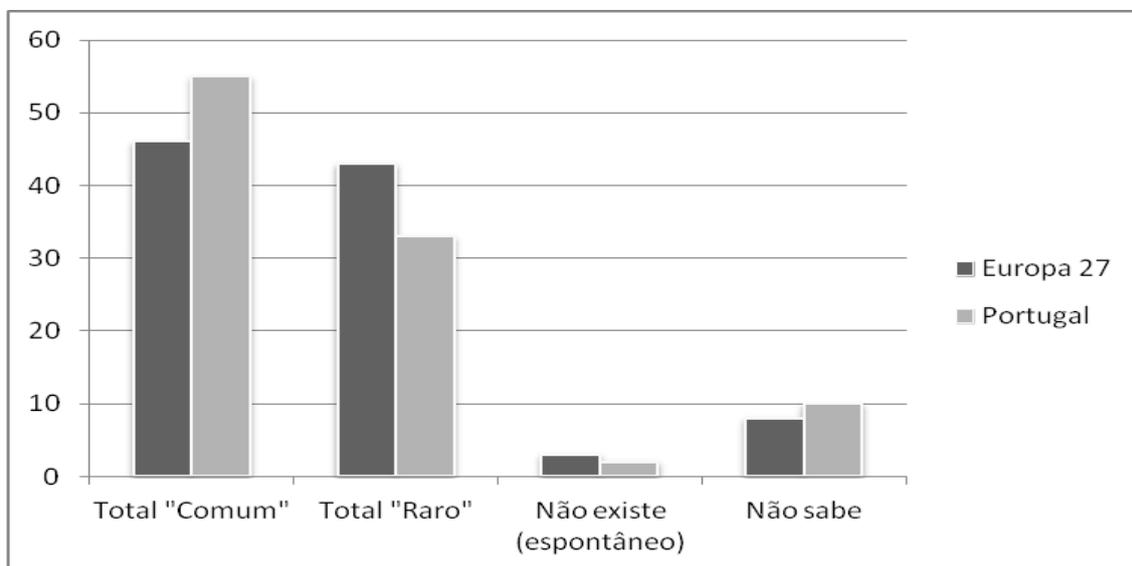
Assiste-se em Portugal a iniciativas legislativas no sentido do reconhecimento da não discriminação com base na orientação sexual, a saber: 1) 1982- A homossexualidade é permitida em Portugal; 2) 1999- É declarado que homossexuais e bissexuais poderiam ingressar nas forças armadas; 3) 2001- Os casais homossexuais viram os seus direitos perante uma união de facto reconhecidos; 4) 2003- A homossexualidade é protegida pela lei do código do trabalho; 5) 2004- A orientação sexual é incluída no artigo 13º do princípio da igualdade na Constituição Portuguesa; 6) 2007- É criada uma lei no código penal que protege os homossexuais da discriminação e ofensas à integridade física; 7)

⁵ Artigo 13.º Princípio da igualdade 1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei. 2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

2009- É introduzido o tema da homossexualidade na educação sexual escolar; 8) 2010- É promulgada a lei que permite o casamento entre pessoas do mesmo sexo, considerado um grande passo para a aceitação da homossexualidade em Portugal.

As minorias sociais sofrem processos de discriminação⁶, resultando em diversas formas de desigualdade ou exclusão social, mesmo quando constituem a maioria numérica de determinada população. A Eurobarómetro (serviço da Comissão Europeia), que mede e analisa as tendências da opinião pública, recorrendo a sondagens de opinião e a grupos alvos com o intuito de elaborar propostas legislativas, aferiu através da metodologia de entrevistas diretas pessoais, a discriminação de orientação sexual. As entrevistas realizaram-se no período de seis de junho de 2012 a dezassete de junho de 2012. Foram realizadas 26.622 entrevistas na União Europeia e 1.001, em que se questionava: “ Para cada um dos seguintes tipos de discriminação, diga-me por favor, segundo a sua opinião, trata-se de algo muito comum, bastante comum, algo raro ou muito raro em (NO NOSSO PAÍS). A discriminação...” (Eurobarómetro, 2012).

Gráfico 1: Perceções de discriminação em função da orientação sexual



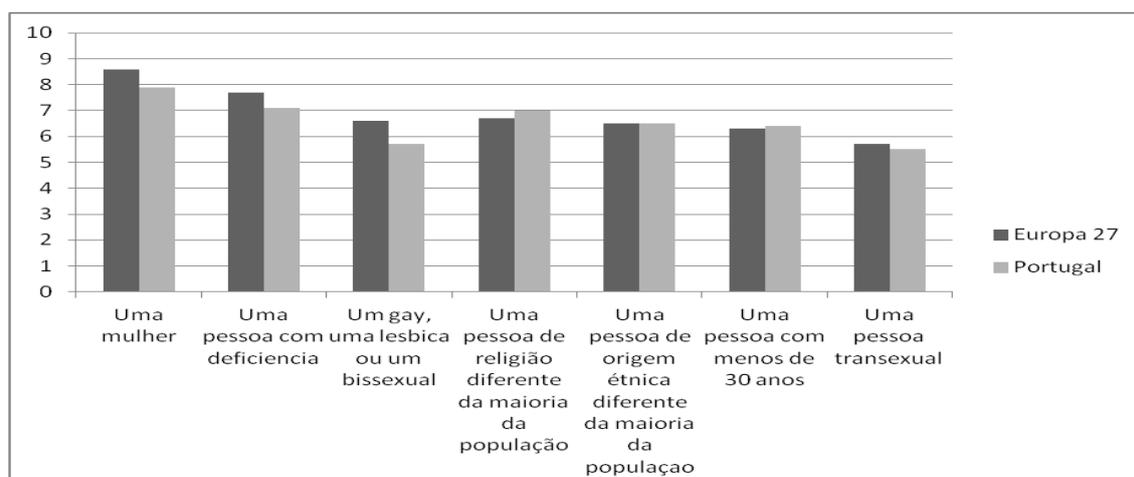
Fonte: Adaptação Eurobarómetro, perceções de discriminação (2012).

⁶ A discriminação refere-se a atitudes que prejudicam indivíduos pertencentes a determinados grupos sociais. O significado mais comum, tem a ver com a discriminação sociológica: a discriminação social, racial, religiosa, sexual ou étnica. A discriminação comporta uma diferenciação injusta e arbitrária que tem na sua base a crença de que os indivíduos pertencentes a determinadas categorias têm maior probabilidade de possuir características indesejáveis.

Os dados indicam que, para 55% dos entrevistados em Portugal, é normal a existência da discriminação por causa da orientação sexual. Comparativamente com a média europeia que apenas 46% dos entrevistados afirmaram normal a discriminação por causa da orientação sexual (Eurobarómetro, 2012). Também no estudo de Nogueira e Oliveira (2010) sobre discriminação pessoal, em que foram tidas em conta variáveis para aferir quais as instituições em que sentiram discriminação. Neste estudo não foram encontradas evidências de níveis de discriminação pessoal nas instituições públicas e privadas, mas sim na religião e na perceção geral de discriminação. Comparativamente os homossexuais sentem-se mais discriminados que os bissexuais. A expectativa que o indivíduo experimenta face a um episódio de discriminação potencia uma forma de estigma sentido conforme refere Herek (citado por Oliveira, Pereira, Costa e Nogueira 2010). Os seus comportamentos passam a ser defensivos ao esconderem ou dissimularem a sua orientação sexual.

Outra questão do trabalho de campo referido na Eurobarómetro realizado em Portugal, seria aferir se determinados “grupos” com características específicas estivessem num cargo político elevado se o entrevistado sentia-se confortável com a situação. Sendo que a questão era realizada de seguinte forma: “Utilizando uma escala de 1 a 10, diga-me como se sentiria se cada uma das seguintes categorias estivesse no cargo político mais elevado. Sendo que ‘1’ significa que se sentiria “totalmente desconfortável” e ‘10’ significa que se sentiria “totalmente confortável” (Eurobarómetro, 2012).

Gráfico 2: Desconforto se determinada categoria ocupasse um cargo político elevado



Fonte: Adaptação Eurobarómetro, perceções de discriminação (2012).

Os dados indicam que os portugueses, segundo os resultados da entrevista efetuada em 2012, sentem-se menos à vontade com a ideia de ter um político com cargo elevado que seja homossexual ou transexual ⁷ comparativamente com média Europeia.

⁷ Transexuais- Homens transexuais (as pessoas com uma identidade de género masculina, e cujo sexo atribuído à nascença foi o feminino, também conhecidos como FtM – do inglês “Female to Male”, ou seja, o sentido em que fazem a sua transição de género) e mulheres transexuais (as pessoas com uma identidade de género feminina, e cujo sexo atribuído à nascença foi o masculino, também conhecidos como MtF – do inglês “Male to Female”) (Associação ILGA Portugal).

I Parte – Enquadramento Teórico

Capítulo 3 – O envelhecimento homossexual

3.1 – Introdução

Este capítulo vai incidir na teoria interaccionista de Goffman (2004), pois verifica-se a necessidade de perceber como as identidades sociais dos indivíduos variam em função das situações específicas em que se encontram. É feita uma reflexão sobre a existência de um duplo estigma ser idoso homossexual. Referenciamos também as interações sociais e abordamos as relações com o profissional de saúde.

3.2 – O duplo estigma

Segundo Becker (2008), os idosos homossexuais estão marcados pelo silêncio e duplo estigma, que pesa sobre a sua idade e a sua orientação sexual. A palavra “estigma”, é usada desde os gregos, indica uma degenerescência, que aponta para características que levam a classificar um indivíduo como alguém que deve ser evitado, como uma ameaça à sociedade, isto é, como portador de uma identidade deteriorada. Nesta altura, os gregos, para identificar os indivíduos usavam cortes ou queimaduras no corpo, como advertência para que se pudesse evitar o contacto social, significando algo de mal para a convivência social. A marca no corpo desta pessoa – que é o estigma –, garantiria a eficácia do processo de exclusão imputado a determinado indivíduo. Goffman (2004), refere que na vida social usam-se categorias, que servem para classificar os indivíduos segundo os atributos considerados comuns e naturais para os membros de determinada categoria. Sendo criadas expectativas relativamente aos comportamentos que os indivíduos podem vir a desenvolver, à sua identidade e ao modo de interagir com eles. Segundo Goffman (2004): “*Estigma é a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.*” (p. 4).

Um dos tipos de estigma mencionado por Goffman (2004) é o de orientação homossexual, sendo que o autor refere: “*características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus*” (p.7). Como referido anteriormente para um indivíduo estigmatizado, a sociedade reduz-lhe oportunidades, movimentos e esforços transforma-se num ser desprovido de potencialidades. Não lhe atribuindo valor,

impondo-lhe perda da identidade social determinando-lhe uma imagem deteriorada. Todos os que tentam romper, ou que rompem mesmo com o modelo imposto pela sociedade passam a assumir a categoria de incapaz ou prejudicial. Originando que um indivíduo que demonstre pertencer a uma categoria com atributos incomuns ou diferentes será pouco aceite pelo grupo social ao qual pertence. Pois este, o grupo social, não consegue lidar com o “diferente”, que vê o indivíduo como um ser desprovido das suas potencialidades. Sendo que, o estigma é um atributo que origina um descrédito na vida de um indivíduo, e que em situações extremas pode ser encarado como um defeito, uma falha ou desvantagem em relação ao outro, constituindo para Goffman (2004) uma discrepância entre a identidade social virtual e a identidade social real. É prejudicial para a identidade social a discrepância entre as duas identidades, porque o indivíduo adota uma posição isolada da sociedade, não se aceitando a si mesmo. Inserido numa sociedade que exige semelhança, e dentro desta, não reconhece as diferenças, um indivíduo passa a ser o “diferente”.

Na sua obra Goffman (2004), ao trabalhar o conceito de estigma, procura fazê-lo a partir da questão do desvio. Surgindo quando a apresentação do indivíduo ou a sua conduta se desviam significativamente do padrão dominante. Quando estigmatizado o indivíduo pode passar a não aceitar-se a si mesmo, ser homofóbico. Em 1971 é usado pela primeira vez o termo homofobia, segundo Carneiro (citado por Oliveira, 2010), a homofobia trata-se de uma atitude negativa face aos homossexuais. A homofobia internalizada é outro termo existente, trata-se quando o indivíduo tem receio da sua própria homossexualidade, levando a que os próprios indivíduos internalizem valores negativos face à homossexualidade antes de perceberem a sua própria orientação sexual, assim como a sensação de vergonha ao ser identificado como homossexual, Pereira e Leal (citado por Oliveira, 2010).

3.3 As interações sociais

O estigma afeta as interações sociais, Goffman (2004) identificou dimensões com implicações distintas sendo destacada para este trabalho a dimensão ocultamento (se o estigma pode ser ocultado dos outros). *“Exibi-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não contá-lo; revelá-lo ou escondê-lo; mentir ou não mentir; e, em cada caso, para quem, como,*

quando e onde” (Goffman, 2004, p.38). O autor classifica os indivíduos estigmatizados como desacreditáveis (estigma que não está aparente nem se tem dele um conhecimento prévio), no caso a manipulação sobre o seu estigma. Para Bradford e Ryan (Citado por Brotman, 2002) a ocultação da orientação sexual num indivíduo resulta numa baixa auto estima, num isolamento social trazendo problemas e riscos para a saúde mental de um indivíduo, assim como aumento de comportamento de risco. A escolha de assumir uma identidade não heterossexual (*coming out*), não é de todo fácil de fazer, existindo várias razões para que os indivíduos não queiram, possam ou consigo assumir determinada identidade, sendo eles contextos sociais, contextos culturais, ambientes sejam familiares, escolares mas que foram percebidos como discriminatórios, preconceituosos ou conservadores conforme referem Oliveira, Pereira, Costa e Nogueira (2010).

Um estudo realizado por Shope (2005), com o intuito de verificar como homossexuais contemplavam o seu processo de envelhecimento, verificou que os homens encaram com mais desânimo o envelhecimento, pois possuem estereótipos negativos relacionados com a idade e com a diminuta atratividade vendo-se a eles próprios mais velhos comparativamente a indivíduos heterossexuais, enquanto o sexo feminino é mais seguro no processo de envelhecimento.

O receio de indivíduos que pertencem a uma minoria sexual reporta-se a um futuro, caso fiquem impossibilitados de conseguir viver sozinhos e terem de ser institucionalizados, estes receios referem-se à possível discriminação dos cuidadores e atitudes preconceituosas (Baumgartner, 2007). Os idosos preferem continuar a viver nas suas casas do que irem residir em lares. No entanto, idosos homossexuais temem sobretudo que as necessidades do casal não sejam apropriadas. Sendo que na maioria dos países europeus, um lar não aceita que casais do mesmo sexo dividam o mesmo quarto, assim como a existência de estigma e assédio por parte de outros residentes e funcionário da instituição que os acolheu. Ter que deixar a casa e ingressar numa instituição é difícil para a maioria dos idosos, pois significa uma perda de independência, o deixar amigos e vizinhos e estabelecer novos contactos sociais, idosos homossexuais temem a reação dos funcionários da instituição por um amigo do mesmo sexo pretender visitá-lo (Eurobarómetro, 2012).

As redes de suporte social são um importante elemento de bem-estar e saúde física e mental dos idosos. As estruturas da vida social de um indivíduo, as funções explícitas,

instrumentais e sócio afetivas, o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença estão incluídas nas redes de apoio ou suporte informal. São três as medidas de apoio social que se podem elencar: a integração social, ou seja a frequência do contacto com outros; o apoio recebido refere-se ao suporte social recebido por alguém; o apoio percebido refere-se ao apoio social de associação entre as relações sociais e de saúde. Para Rowe e Kahn (citado por Paúl, 1997) o apoio social é muito importante para um envelhecimento bem-sucedido, uma vez que permite que o idoso se mantenha na comunidade. As redes de suporte social têm um efeito protetor, duas redes que podem ser destacadas que são: conforme refere Litwar (citado por Paúl, 1997) as redes familiares que são involuntárias, sendo que existe sempre o sentido de obrigação, e a rede de amigos sendo que esta é voluntária e é muito positiva para os idosos. O casamento e as relações afetivas contribuem para um envelhecimento bem-sucedido. Cuidar de uma pessoa, seja ela criança, adulto ou idosos implica sempre momentos de inquietude. Nas sociedades desenvolvidas atuais, são as famílias quem mais cuida dos idosos, esse cuidado é de extrema importância para o bem-estar dos mesmos. No entanto, esse cuidado é muitas vezes “obrigatório”, por causa da relação afetiva entre os membros das famílias. Este cuidado pode sugerir uma problemática entre idosos e seus filhos, o paternalismo versus autonomia. Fomentar o paternalismo implica um menor bem-estar e satisfação de vida ou a precipitação do declínio cognitivo dos idosos (Paúl, 1997).

O cuidado aos idosos quando é prestado por familiares pode ter um efeito controverso, uma vez que a decisões dos próprios a autodeterminação e a dignidade pode ser afetada. Os cuidados profissionais e os familiares podem inconscientemente desencorajar os idosos a manter as suas AVD (atividades de vida diária), quando os cuidadores e familiares substituem o idoso nas suas decisões e tarefas.

Segundo Walsh (1995) há uma clara importância dos relacionamentos familiares durante a velhice, e apresenta valores que reforçam esta conceção, 70% coabitam com o cônjuge ou outros parentes (irmãos, filhos e pais idosos). Os idosos que vivem sozinhos, representado mais pelo género feminino e que pode ser explicado porque a mulher tem uma esperança de vida maior, afirmam receber contactos telefónicos das suas famílias semanalmente, contudo 3% referem não mantêm contacto com as suas famílias. Tal como afirma ainda esta autora há uma preferência pela “intimidade à distância” por

parte dos idosos em relação às suas famílias, estes preferem viver isolados dos filhos, mantendo contacto frequente.

Ruschel e Castro (1998) identificaram a família como sendo um sistema social único, organizada pelos valores culturais da sociedade na qual está inserida. Esta organização origina a criação de laços de convivência emocional, e também uma cooperação económica e de consumo. Deste modo, a família seleciona e designa as experiências do indivíduo, preparando-o para a sua vivência quer ao nível individual quer ao nível social. Alarcão (2006) considera a família como um modo de relações e interações que ultrapassam no seu meio interno as suas diferentes partes constituintes: *“é composta por objetos e respetivos atributos e relações, contém subsistemas e é contida por diversos outros sistemas, ou suprassistemas, todos eles ligados de forma hierarquicamente organizada e possui limites e fronteiras que a distinguem do seu meio”* (p.40).

Apenas em oito países (Bélgica, Islândia, Holanda, Portugal, Noruega, Espanha Dinamarca e Suécia) é permitido os casamentos a casais do mesmo sexo, sendo que, nos países onde é negado o casamento, ficam impossibilitados a ter acesso a pensões e benefícios sociais (incluindo a sobrevivência pensão parceiro). Devido à falta de reconhecimento que existe destas relações, este grupo específico de indivíduos experimentam isolamento e solidão. Mesmo os casais do mesmo sexo que residem nos países em que é reconhecido o casamento não têm um acesso automático a pensões e aos benefícios sociais dos seus cônjuges. Aquando a morte do companheiro além do impacto emocional existente, o idoso poderá ver a sua vida financeiramente alterada uma vez que dependendo do país de residência, podem não herdar a pensão do seu companheiro e outros benefícios sociais, como perder as habitações para membros da família do companheiro se a situação não foi acautelada, direitos já existentes em casais heterossexuais. Claramente, que a falta de segurança financeira pode mudar drasticamente o padrão de vida, mas também a sua saúde mental e física (Eurobarómetro, 2012).

3.4 A relação com Profissional de Saúde

Torna-se de extrema importância salientar que a maior parte dos idosos homossexuais podem ter ocultado a sua orientação sexual durante a sua vida ou parte dela, por motivos sociais e estigma legal em que eles viveram. Ainda existe no inconsciente coletivo da

sociedade a presunção que os idosos são assexuados, como consequência é difícil reconhecer na sociedade que os idosos podem ter dissemelhantes orientações sexuais nesta etapa da vida (Eurobarómetro 2012). Idosos homossexuais são desprovidos de constituição de entidades familiares formais, suportando o isolamento. Escondem a sua orientação sexual da comunidade, dos médicos, o que poderá originar assistência médica inadequada (Gomes, Albuquerque, e Nunes, 1987).

Uma investigação efetuada pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada entre 2009/2010 em Portugal, refere que os homossexuais portugueses com mais de 50 anos não revelam a sua orientação sexual aos médicos, e que é nos amigos que se apoiam, não tendo relacionamento com os seus familiares. A doença física nos idosos ou no processo de envelhecimento além de dolorosa altera a sua vida social, altera as atividades diárias, há uma perda de autonomia acompanhada de desconforto e solidão.

De acordo com um estudo da Universidade de Washington (2013), lésbicas, gays e bissexuais, entre os 50 e os 95 anos, sofrem maior solidão e depressão devido à discriminação da sua orientação sexual ou identidade de género. O mesmo estudo revela a relutância existente na procura de cuidados médicos na velhice. Sendo que quatro em cada dez idosos homossexuais admitem que pensam no suicídio, e uma vez que não puderam casar ou assumir publicamente o seu companheiro(a), vivem hoje situações de isolamento. O estudo, Universidade de Washington Escola de Trabalho Social liderada por Fredriksen-Goldsen e colegas revela: *"As maiores taxas de envelhecimento e as disparidades de saúde entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais adultos mais velhos é uma grande preocupação para a saúde pública"...* *"As disparidades de saúde refletem o contexto histórico e social de suas vidas, e as adversidades graves que eles encontraram pode comprometer sua saúde e disposição para buscar serviços na velhice."* Os participantes do estudo apresentaram as taxas maiores de depressão, incapacidade e solidão, assim como o aumentava a probabilidade de fumar e a de beber em comparação com heterossexuais da mesma faixa etária. Os participantes do estudo que foi apresentado a 16 de novembro de 2011 indicavam que os intervenientes eram mais propensos a viver sozinhos, o que segundo o mesmo estudo pode indicar em menos apoio social e segurança financeira à medida que envelhecem.

A saúde é um direito que todos devem ter acesso, pois trata-se de um bem que é indispensável quer para a realização de uma atividade profissional quer para a felicidade individual. No entanto a saúde ultrapassa o domínio da medicina, na medida em que apela a comportamentos individuais, familiares e sociais. Conforme refere Leandro (2001), saúde pode ser definida “*num sentimento de plena capacidade para se adaptar às novas necessidades fisiológicas, psíquicas, simbólicas e sociais*” (p.75). Assim como refere Mendes (1996) que afirma que a saúde: “*tende a ser um valor e uma referência à qual cada um deve submeter a sua vida e é em seu nome que se organiza todo um conjunto de práticas, numa perpétua negociação entre o que é possível ser e o que não é, entre o domínio público e o privado, entre o prazer e o risco*” (pp.184 e 185). A saúde é uma mais-valia a preservar, cada indivíduo deve tirar partido das suas capacidades e investir na promoção da saúde e evitar a doença, para que seja possível alcançar saúde, todos devem ter acesso a ela.

A construção social da doença pode ser individual, dependendo da herança cultural de cada um, conforme refere Duarte (2002), “*a saúde é uma parte da cultura dos povos*”, (p.13), sendo que a doença e a construção social que dela fazemos é reflexo da sociedade que o indivíduo está inserido, da cultura, da religião professada, da ideologia política, dos valores e ideias em que se acredita e que foram transmitidos pela família e grupo social. Opinião idêntica é também de Foucault (1954), que certifica que “*la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconece como tal*”(Foucault, 1954, p.83).⁸

Torna-se elementar garantir o bem-estar de todos os idosos, no entanto determinantes de saúde tais como o abuso de álcool, falta de acesso a serviços de saúde, tabagismo, exclusão social, entre outros, contêm um forte impacto nos resultados de saúde dos idosos homossexuais, com forte probabilidade de terem crescido num período com dificuldade de aceitar a sua orientação sexual e onde questões de sexualidade e género estavam ocultadas e onde tiveram que esconder a sua identidade. A Organização Mundial de Saúde em 1990 retirou a homossexualidade da lista de transtornos mentais, no entanto idosos homossexuais são mais propensos a encontrar obstáculos no acesso a serviços de saúde, assim como, subsiste a perceção que o setor de saúde estigmatiza e discrimina. Assim como, não são reconhecidos os cônjuges e

⁸ "A doença não tem realidade e valor de doença, em vez de uma cultura que reconhece como tal"

companheiros, sendo muitas vezes excluídos ao acesso de informação sobre o estado de saúde ou visitas (Eurobarómetro, 2012).

A relação entre médico e utente e o que se passa na consulta médica, a perceção que o utente tem do seu próprio estado de saúde e a intervenção médico, passa pela capacidade que utente tem de interpretar os sinais e os comunicar ao seu médico.

No seu dia a dia um indivíduo age de modo ponderado, isto é, age de modo a obter do outro determinada ação ou atitude. Pelo que, quando vão ao médico, tendem a transmitir apenas o que julgam ser necessário para o diagnóstico do médico e o mais importante para eles (indivíduos). Assim apenas transmitem a informação que consideram necessária, manipulando-a quer através de expressões, quer verbalmente. No entanto com o tempo e a interação entre médico e utente, a relação modifica-se verificando-se um acréscimo de informações que o utente transmite ao seu médico (Goffman, 1975). O relacionamento entre médico e utente é assimétrico na medida em que o primeiro detém o conhecimento que escapa ao segundo. Torna-se importante para a construção de uma relação existir confiança entre médico e utente. Pois o tipo de relação entre eles influencia a forma de olhar a doença e a cura (Leandro, 2001).

Reconhecidos o direito à vida, à igualdade, à alimentação e o direito de envelhecer com segurança e dignidade, o reconhecimento do direito à liberdade na sua dimensão dos direitos sexuais como um direito humano ainda se reconhece com dificuldades, restringindo assim a “cidadania” dos indivíduos. Segundo a Internacional Planned Parenthood Federation (IPPF - provedora mundial de serviços e liderança na defesa da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos para todos), os direitos sexuais são componente dos Direitos Humanos, um conjunto em evolução de direitos relacionados à sexualidade, que contribui para a liberdade, igualdade e dignidade de todas as pessoas, e eles não podem ser ignorados. Considerando que a sexualidade é parte integrante da personalidade de todo o ser humano, deve ser criado um ambiente favorável onde todos os indivíduos possam usufruir de todos os direitos sexuais como parte do processo de desenvolvimento.

II Parte – Enquadramento Empírico

Capítulo 4 - Metodologia

4.1 Introdução

Neste capítulo pretende-se caracterizar os procedimentos metodológicos de acordo com o objetivo do presente estudo. É referenciada a escolha e a justificação da metodologia, assim como as potencialidades e limitações. É referido o instrumento utilizado na recolha de dados e os procedimentos efetuados. No final é apresentada uma caracterização sócio demográfica dos participantes neste estudo.

4.2 Objetivo do estudo

Para Quivy e Campenhoudt (1995), deve-se iniciar a investigação na forma de uma pergunta de partida, convertendo-se numa ajuda fundamental. A pergunta de partida deve ser clara, precisa e concisa, deve exprimir o que se procura saber auxiliando à rutura de preconceitos. Após a revisão da literatura foram explorados os principais trabalhos relativos às dimensões sobre o envelhecimento e a homossexualidade. Em termos gerais, o presente trabalho procura resposta à seguinte questão de partida:

Qual a perceção que têm do envelhecimento os idosos homossexuais?

Consideramos como objetivo geral deste estudo entender o significado atribuído pelo idoso homossexual ao envelhecimento. Neste sentido os objetivos específicos pretendem:

- a) Compreender a representação que têm do envelhecimento e preocupações;
- b) Caracterizar as suas relações sociais;
- c) Aferir se nos cuidados de saúde ocultam a sua orientação sexual;
- d) Caracterizar os seus anseios e planos para futuro.

4.3 Instrumentos e procedimentos

Neste sub-capítulo é definida a metodologia que foi utilizada para a realização deste trabalho. A metodologia é definida, segundo Gil (1991), como um processo racional e sistemático tendo como intuito facultar respostas aos problemas propostos.

Deshaires (1997) refere que a metodologia é o estudo dos meios adequados e satisfatórios a escolher na realização de uma investigação. Podem ser processos, métodos, técnicas ou procedimentos de análises (por exemplo a estatística) de informação. Regra geral, devem representar uma economia de esforços tendo em vista em alcançar o fim esperado.

A opção nesta investigação recaiu numa metodologia qualitativa, dado que esta nos irá permitir perceber valores, crenças, atitudes. A metodologia qualitativa permite que o investigador estimule os participantes a pensarem livremente sobre o tema. *“Utilizamos a expressão investigação qualitativa como um termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação que partilham determinadas características. Os dados recolhidos são designados por qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico. As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, outros sim, formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural.”* (Bogdan e Biklen, 1994, p.16).

Para Bogdan e Biklen (1994) são cinco as características da investigação qualitativa: 1. A fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador é o principal agente na recolha dos dados; 2. Os dados recolhidos são essencialmente de carácter descritivo; 3. Os investigadores ao utilizarem metodologias qualitativas importam-se mais com o processo em si do que propriamente pelo resultado; 4. A análise dos dados é feita de forma indutiva; 5. Ao investigador interessa compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências.

Na recolha de informação, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. A utilização de entrevistas semiestruturadas permite a possibilidade de acesso a uma grande riqueza elucidativa, contextualizada e através das palavras dos participantes e das suas perspetivas De acordo com Quivy e Campenhoudt (1995) as entrevistas semiestruturadas, permitem que o participante tenha alguma liberdade para desenvolver respostas na direção que considere mais adequada e em aspetos que considere mais relevantes. Para Ghigliione e Matalon (2001) na entrevista semiestruturada o entrevistador tem de conhecer todos os temas sobre os quais tem de obter reações do participante, mas a ordem e a forma como as irá obter será deixada ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista. A opção por uma

entrevista semiestruturada justifica-se, pois considera-se as potencialidades desta estratégia, que permite reorientar o guião da entrevista em função das verbalizações e reações dos entrevistados (Bardin, 2004). Na entrevista semiestruturada para o esquema de entrevista há um exemplo de grelha de temas, onde a ordem dos temas é livre. O participante é convidado a responder de forma exaustiva, pelas suas próprias palavras e com o seu próprio quadro de referência, a uma questão geral (tema) caracterizado pela sua ambiguidade. Esta técnica permitiu-nos obter as respostas pertinentes para este estudo.

O instrumento concebido foi um guião de entrevistas, que foi utilizado neste estudo para que se pudesse recolher a informação necessária (anexo - 1). Este encontra-se dividido em cinco unidades de análise, nomeadamente: 1. Caracterização sócio demográfica do participante; 2. Representações da velhice; 3. As interações sociais; 4. Profissional de saúde e 5. Planos e perspectivas de futuro.

Com a primeira unidade de análise pretendeu-se recolher dos participantes as informações sobre a idade, a cidade de residência, a escolaridade, o estado civil, aferir com que vive e por último a sua situação face à profissão. Pretendeu-se com a segunda unidade de análise aferir a perceção de cada participante do que é ser idoso, se os participantes consideram a existência de perdas sociais na velhice e aferir a fragilidade pessoal e vulnerabilidade social com a preocupação dos participantes sobre o seu próprio envelhecimento. A terceira unidade de análise remete-nos para as questões de homossexualidade, sobre o relacionamento familiar e social assim como a aferição da possível existência de discriminação nas Instituições. A quarta unidade de análise focou-se na relação com o profissional de saúde, nomeadamente o/a médico/a de família. Pretendeu-se perceber se o profissional tem conhecimento da orientação sexual do participante, como foi esse momento e o que o participante costuma partilhar com o seu médico/a. Por último a quinta unidade de análise remete-nos para os desafios/planos do entrevistado para o seu futuro.

Uma das diligências que foi efetuada para conseguir participantes para o presente estudo, foi conseguir a divulgação do mesmo, junto dos responsáveis das associações que apoiam a causa homossexual. Sendo posteriormente dado conhecimento do guião e o que se pretendia. Foi também questionado aos amigos se tinham conhecimento de pessoas que tivessem as características pretendidas e dispostas a participar. Os

participantes foram contactados telefonicamente, sendo informados do guião da entrevista. As entrevistas decorreram na cidade do Porto e Matosinhos, sendo que os locais foram sempre escolhidos pelos participantes e realizaram-se em locais públicos, relativamente vazios e com ambiente calmo. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2). Para que a confidencialidade no nome dos participantes esteja assegurada optou-se em utilizar para cada participante uma inicial do alfabeto. Por serem apenas 5 vai ser utilizado D.R.E.A.M., a escolha é pessoal, lembrando o que proferiu Martin Luther King “*I Have a Dream*”, pela igualdade de direitos e oportunidades para todos os seres humanos.

As entrevistas foram realizadas individualmente, de modo a criar um ambiente de abertura para que as entrevistas fossem produtivas. Apesar da existência de um guião (anexo - 1), as perguntas colocadas foram memorizadas e colocadas no decorrer da entrevista. As entrevistas decorreram como se de uma conversa se tratasse, para que os participantes fossem espontâneos, que sentissem à vontade para falar suas experiências, sendo feitas algumas intervenções durante a entrevista para retomar o tema do trabalho. Sendo solicitado, no final, caso conhecesse alguém com as mesmas características para divulgarem o presente estudo para que existissem mais participantes. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio (com o consentimento dos participantes), transcritas (anexo – 5; 7; 9; 11 e 13) e analisadas.

Conforme referido, após a transcrição integral das entrevistas procedeu-se à análise dos dados, baseado no Modelo Interativo de Análise de dados de Miles e Huberman (citado por Léssard- Hébert et al, 1990), de forma a proceder à análise e interpretação dos dados recolhidos. Este modelo divide-se em três etapas: a redução de dados; a sua apresentação/organização e a interpretação/verificação das conclusões. A etapa inicial, a redução de dados, é uma operação contínua conforme salientado por Miles e Huberman (citado por Léssard- Hébert et al, 1990), que consideram que é o primeiro momento da interpretação de dados numa investigação, ainda antes da codificação. Para este estudo optou-se por uma redução de dados antecipada Miles e Huberman (citado por Léssard- Hébert et al, 1990), sendo definida a problemática a estudar, o campo de estudos e posteriormente a elaboração do guião de entrevista. Na organização dos dados procedeu-se à leitura (várias vezes), assinalar e identificar os aspetos relevantes de acordo com os objetivos do estudo, “*tratar o material é codificá-lo*” (Bardin, 2004, p. 103). Optou-se pelo recorte ao nível semântico, referido por Bardin (2004), como a

análise tendo por base o tema. Sendo criadas categorias agrupadas por temas, que permitiu uma realizar uma síntese dos dados em bruto, para que fosse possível simplifica-los e tornar operacional a análise de conteúdo. Miles e Huberman (citado por Léssard- Hébert et al, 1990) referem esta fase como a: “...*estruturação de um conjunto de informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões*” (p.24). A opção por esta técnica para tratamento da informação permite-nos o conhecimento dos conteúdos manifestos de cada um dos participantes. Conforme refere Vala (2001) a análise de conteúdo não deve apenas servir a descrição, sendo necessária a passagem à interpretação, enquanto atribuição de sentido às características dos documentos analisados e da informação recolhida e sistematizada. “*A finalidade da análise de conteúdo será pois efetuar inferências, com base numa lógica explicitada sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas*” (p. 104). A análise de conteúdo oferece a possibilidade de tratar de forma ordenada a informação e testemunhos dos participantes. Conforme referem Quivy e Campenhoudt (1995), considerando que a análise de conteúdo “ (...) *oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informação e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, (...) permitem satisfazer as exigências do rigor metodológico*” (227). Posteriormente foi feita a análise e discussão de resultados.

4.4 Caracterização sócio demográfica dos participantes

Neste subcapítulo apresenta-se uma síntese das características sócio demográficas dos participantes, constituído por 5 indivíduos do sexo masculino, tomando como variáveis as seguintes: a idade, local de residência, o sexo, nível de escolaridade, estado civil, se vivem sozinhos e a sua situação profissional.

Participaram 5 indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 61 e os 68 anos de idade. No que concerne ao nível de escolaridade um dos participantes possui o 1º Ciclo, outro participante possui 2º Ciclo, sendo que os restantes três participantes possuem Licenciatura.

No plano do estado civil, a maioria dos participantes são solteiros apenas um vive em união de facto. Três dos participantes vivem sozinhos, outro vive com o seu companheiro e um com os filhos.

Quanto a atividade profissional constatou-se que quatro dos participantes já se encontram reformados, apenas um que se encontra no ativo.

Quadro nº 2 - Caracterização sócio demográfica dos participantes:

	Participante D.	Participante R.	Participante E.	Participante A.	Participante M.
Idade	64	65	61	68	66
Cidade	Matosinhos	Matosinhos	Paços Ferreira	Porto	Maia
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Escolaridade	1º Ciclo	2º Ciclo	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura
Estado Civil	União Facto	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteiro
Vive Sozinho	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Situação Profissional	Reformado (empregado fabril)	Reformado (empregado de hotelaria)	Funcionário Publico	Reformado (Técnico Oficial de Contas)	Reformado (Empresário em nome individual)

Torna-se fundamental referir, que os resultados obtidos apenas dizem respeito aos participantes deste estudo, não se podendo generalizar à população idosa homossexual. Com base nos dados obtidos através das entrevistas aos participantes, foi possível chegarmos a resultados neste estudo, que são apresentados no próximo capítulo.

4.5 As dificuldades da Investigação

Reconhecem-se alguns constrangimentos neste estudo, nomeadamente na idade. Inicialmente pretendia-se indivíduos com 65 ou mais anos, uma vez que, a definição cronológica do envelhecimento define como idosos na sociedade portuguesa, indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade. No entanto, a idade foi alterada para 60 ou mais anos uma vez que existiu dificuldade em encontrar participantes com as características pretendidas.

Uma contrariedade deste estudo foi não existir participantes do sexo feminino, salienta-se que esta, não foi uma opção. Com a intenção de responder a esta variável, colocamos na internet, através da ILGA-PORTUGAL, uma breve apresentação deste estudo e seus objetivos, no entanto não existiu qualquer contacto de indivíduos dispostos a participar. Admitem-se algumas dificuldades na recolha de dados com os participantes que necessitavam de uma abordagem de maior profundidade e insistência, admitindo-se também o pouco treino da entrevistadora em fazer as entrevistas de uma forma de conversa informal. Apesar dos constrangimentos foi possível recolher dados relevantes para o presente estudo.

II Parte – Enquadramento Empírico

Capítulo 5 – Apresentação, análise e discussão dos resultados

5.1 Introdução

Este capítulo é dedicado à apresentação e discussão dos resultados obtidos através das entrevistas aos participantes neste estudo. A informação recolhida através das entrevistas foi organizada de acordo com o Modelo Interativo de Análise de Dados (Miles e Huberman, citado por Léssard- Hébert et al, 1990), e tratada através da análise do conteúdo das entrevistas. Este capítulo vai ter em conta quatro das cinco unidades de análise referidas no guião de entrevistas.

5.2 As representações da velhice pelos próprios

A questão inicial da entrevista pretendeu aferir junto dos participantes qual a perceção de cada um sobre a velhice. Na sociedade moderna do início do século XXI, a velhice é um conceito que, no discurso dominante, se configura como um problema social. Na análise do discurso dos participantes verificam-se opiniões contraditórias. Foi possível perceber através dos discursos que a velhice é associada à tristeza, ao final da vida, que recusam o envelhecimento. Percebe-se nos discursos que os participantes têm a noção que o envelhecimento é um processo inerente ao ser humano, porém não é desejado nem bem-vindo por eles. Moscovici (1981) interpreta as representações sociais como explicações, crenças e ideias, concebidas a partir dos modelos culturais e sociais para interpretar e compreender a realidade, influenciadas fortemente pela interação dos indivíduos e que modificam conforme as circunstâncias históricas, sociais e culturais. Verifica-se que as diferentes opiniões sobre a velhice, corroboram com Beauvoir (1970) quando afirma que: “ *A imagem da velhice é incerta, confusa, contraditória. Importa observar que, através dos diversos testemunhos, a palavra “velhice” tem dois sentidos diferentes. É uma certa categoria social, mais ou menos valorizada segundo as circunstâncias. É, para cada indivíduo, um destino singular – o seu próprio.* (p.109).

D. - *“É uma passagem pela vida, em que estamos a chegar quase ao fim. Eu gosto de ser velho! Eu acho que foi uma caminhada que fiz, e que estou...agora estou no ponto melhor da minha vida. Encontrei aos 60 anos a pessoa que amo e de que eu gosto”.*

E. – *“Raras são as exceções mas eu acho que ser velho é triste, eu não quero ser velho!”*

M. – *“Talvez pessoas mais fragilizadas, se calhar já num patamar da vida que se começa a encarar a vida de forma diferente (...) é uma idade complicada, começamos a encarar a vida de outra forma...se calhar a chegar a uma fase...não diria terminal não é, mas... se calhar começamos a ver que não temos muito mais tempo e isto de certa forma nos faz encarar a vida de uma forma diferente.”*

Existe um paradoxo em relação ao envelhecimento por parte dos indivíduos, sendo notório no discurso dos entrevistados, visto que gostariam de viver por muitos anos, mas, em simultâneo, têm receio de ser velhos. *“A velhice é um período importante da vida, com as suas vantagens e com os seus inconvenientes.”* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 6).

R. – *“É encarar o tempo e as nossas perdas, não temos a mesma energia da que tens quando somos novos, não podendo fazer certas coisas, aliás posso fazer mas não devo...”*

E. – *“Quando somos novos pensamos sempre que o ser velhos está muito longe, quando começamos a aproximar-nos damos conta que estamos a caminhar para a velhice...sentir que aquilo que fazíamos já não conseguimos fazer, se calhar aquilo que nos parecia estar longe está efetivamente muito mais perto.”*

A. – *“É aquela idade em que nós olhamos para trás e vemos tudo o que fizemos, tudo que experienciámos durante a nossa vida e que já sabemos que pouco mais poderemos fazer para atingir os nossos objetivos, sempre é possível crescer um pouco mais, mas não atingir a plenitude de que quando somos novos.(...) Sim, é não conseguir crescer mais...”*

Se um indivíduo não reconhece o velho em si, o velho do espelho pode se tornar uma outra pessoa, este outro velho é aquilo que ele não quer ser. Debert (citada por Neri,

2001) refere “*não é o que está em nós, pois velho é sempre o outro*” (p.128). Transparece no discurso dos participantes o sentimento que refere o autor, a comparação e aferição de que o velho é o outro.

E. – *“A ideia ainda me está muito presente, e nesta fase ainda acho que, embora ainda tenha alguns cuidados comigo, e quando vejo uma pessoa da minha idade há sempre aquela comparação, claro, e há sempre aquela noção de que estou sempre muito melhor que os outros, nesse sentido acabo por pensar que para ser velho ainda falta um bocadinho. Não falta tanto como...mas ainda falta um bocadinho (risos). (...) Sempre tive muito presente que não ia chegar a velho.”*

R. – *“Há tanta coisa para definir, não sei...eu como as trato por meninas, passo por elas e digo olá meninas, o que importa é o astral entre aspas...tento sempre por as pessoas para cima, não é aquela...felizmente tenho um grupo de amigos tudo meio doido, tudo reformado mas tudo ativo, são esses os meninos e as meninas”.*

M. – *“Talvez...necessidade...é uma idade em que estamos mais fragilizados e começamos a precisar mais do apoio de terceiros e....não podemos contar tanto com ...conosco próprios...talvez por isso”.*

Quando questionados aos participantes sobre, se consideravam a existência de perdas sociais na velhice todos os participantes foram unânimes em confirmar a perda. Percebe-se pelo discurso dos participantes a confirmação de perdas sociais na velhice. Conforme referido anteriormente na velhice ocorrem transformações ao nível dos papéis sociais, exigindo que os idosos se adaptem às novas condições de vida (Figueiredo, 2007). Conforme refere o autor a perda de estatuto profissional é um deles assim como mudança nas relações familiares e nas redes de suporte social. Litwar (citado por Paúl, 1997) refere que as redes de suporte social têm um efeito protetor, considerando a rede familiar e a rede de amigos.

A. – *“É assim perda de amigos, acaba sempre por haver, porque primeiro os idosos como nós têm tendência a falecer, logo perdemos amigos na terceira idade. Agora em termos de mudanças sociais, claro que não somos tão ativos*

socialmente como um jovem de vinte ou um adulto de trinta, queremos e temos as nossas atividades mas nunca serão tão divertidas como quando éramos novos.”

R. – *“Sim, depende...às vezes também me isolo um pouco, na minha família tudo ganha bem e vive numa pobreza total, aquela coisa não podem gastar ficam sempre por casa, acabei por me afastar deles, mas preocupam-se com aparência que transmitem aos outros, daí ter-me afastado não me relaciono muito com a família.”*

M. – *“De ambos...também de amigos, se calhar vimos outros amigos que começam a partir e de familiares também... e com o tempo a própria vida vai afastando um pouco as pessoas”.*

Com a pergunta *“o que mais o preocupa no envelhecimento”* pretendeu-se aferir eventual situação ou exemplo de fragilidade pessoal e vulnerabilidade social. Se este grupo manifesta preocupações, tais como a solidão, a doença e falta de apoio. As respostas poderão indicar as faltas ou necessidades sentidas aos quais idosos homossexuais são mais expostos. O conceito de vulnerabilidade articula fundamentalmente duas noções: a maior exposição a danos e também a menor facilidade em lidar com eles. (Schroder-Butterfill e Marianti, 2006). Os participantes ao mencionarem desamparo, solidão ou doença, revelam respostas comuns à população idosa. No entanto, as respostas específicas relativamente ao medo da doença, falta de assistência médica e preconceito, revelam a vulnerabilidade no envelhecimento enquanto idoso homossexual. O discurso de um dos participantes acerca do receio da solidão corrobora com ao que dizem os autores: *“Uma vez que os/as homossexuais estão mais distantes das suas famílias devido à estigmatização social da sua orientação sexual, estes tendem a acreditar que os seus relacionamentos são as únicas fontes de suporte”* (Rodrigues, Nogueira e Oliveira 2010).

D. – *“Agora nada...há quatro anos atrás era ficar sozinho... (silêncio) a solidão...mas agora como encontrei o meu companheiro nada me preocupa. Aliás tenho medo das doenças, tenho medo de dar trabalho ao meu companheiro, dar-lhe preocupações, embora ele seja muito meu amigo que é. Ele não faz mais porque não pode, só falta andar comigo ao colo.*

Percebe-se pelo discurso de um participante o receio da Institucionalização em lar de idosos. O participante salienta que poderá existir na Instituição uma hostilidade em relação às pessoas não-heterossexuais, percebe-se o receio da homofobia. Os comportamentos homofóbicos são definidos pela discriminação e violência baseada em diferenças de orientação sexual, sendo que o termo homofobia é utilizado para considerar hostilidade, intolerância e desprezo a qualquer tipo de orientação e identidade sexual que seja diferente da heterossexual (Junqueira, 2009). Entende-se também uma dissimulação da sua orientação sexual, o estigma referido como: “*Estigma é a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.*” (Goffman, 2004, p. 4). Face ao discurso do entrevistado, remete-nos o receio do entrevistado para Instituições Totais. Estas definem-se segundo Goffman (1999) como: “*um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada*” (p. 11). Reflete-se no discurso o receio de como o lar e os profissionais vão aceitar a sua orientação sexual.

D. – *Antes de conhecer o meu companheiro tinha medo de um dia ter de ir para um lar...Um homossexual que vá para um lar vai lidar com heterossexuais, ou que apareça lá outro homossexual, como se vai manifestar perante o outro, como é que o próprio lar vai aceitar a situação... os homossexuais acabam por ficar camuflados, atrofiados...ficam...ficam (silêncio). (...)se eu não tivesse conhecido o meu companheiro imagino-me daqui a uns tempos a estar sempre sozinho em casa ou ir para um lar...agora não tenho família, os que estão vivos estão no estrangeiro”.*

É referido pelos participantes o receio da solidão, a falta de descendentes, segundo Becker (2008), os idosos homossexuais estão marcados pelo silêncio e duplo estigma, que pesa sobre a sua idade e a sua orientação sexual.

A. – “*Ficar sozinho...sem ninguém à minha volta...porque como já referi todas as pessoas do meu tempo, da minha idade...muitas vão falecendo, muitas ficam doentes acamadas e são poucos, uma pequena percentagem se consegue manter ativa. O meu receio é mesmo esse, não ter ninguém do meu tempo...os meus amigos, os meus colegas de infância que estejam à minha beira.*”

M. – “*O facto de um dia vir a precisar de alguém e não ter ninguém ao meu lado para me apoiar nas coisas mais básicas do dia a dia.*”

M. – “*...pelo facto de ter esta orientação condicionou o facto de constituir família ter filhos e tenho um medo...um pouco de certa forma da solidão. Talvez de não ter família para depois ...quando digo família digo a parte de filhos ou de um companheiro estável que esteja ao meu lado quando realmente precisar.*”

Através da narrativa de um participante foi possível detetar o receio das doenças. Seja pela doença que o participante já passou, ou a carga estigmatizante do VHI/SIDA nos anos 80 com a morte do companheiro. Sendo que a SIDA nos dias de hoje é considerada uma doença crónica transmissível, controlável pela medicina do ponto de vista das suas consequências para a saúde (C. Vieira, 2009).

R. – “*Eu acho que é as doenças...do que já passei, já fui duas vezes transplantado do fígado...o meu companheiro morreu de sida... (silêncio).*”

5.3 As interações sociais

Já aferimos que um indivíduo é o resultado de um processo dinâmico de socialização, para isso tem de envolver interações de diversas dimensões da vida humana, sendo elas a vida familiar, a escolar e o trabalho. Segundo Walsh (1995) há uma clara importância dos relacionamentos familiares durante a velhice. Esta unidade de análise pretendeu aferir se ao assumirem a sua orientação sexual perante terceiros/as de que forma isso teve e/ou tem impacto nas suas vivências relacionais. A escolha de assumir uma identidade não heterossexual (*coming out*), não é de todo fácil de fazer, existindo várias razões para que os indivíduos não queiram, possam ou consigo assumir determinada identidade, sendo eles contextos sociais, contextos culturais, ambientes sejam familiares, escolares mas que foram percebidos como discriminatórios, preconceituosos ou conservadores (Oliveira, Pereira, Costa e Nogueira, 2010).

R. – *“Não, embora de vez em quando mandem umas piadinhas. Mas toda a gente sabe e fica por aí mesmo, com as piadinhas que eu não ligo.”*

E. – *“Acaba sempre por ser prejudicado quando não é assumido. Existem sempre constrangimentos evidentemente. Claro que quem tem uma família que tem irmãos, que tem ainda os pais ainda vivos, claro que em épocas especiais, aniversários, Páscoa, Natal, passagem de ano e que há uma certa vontade de juntar toda a gente mas para evitar constrangimentos evitamos estar em grupo...em família.”*

Todavia, um dos participantes refere que o facto da sua orientação sexual e de não ter família proporcionou-lhe qualidade de vida. Expondo que, viajou conforme a sua vontade, que os seus objetivos de vida eram concebidos a pensar mais em si no que nos outros. Referindo no final que não sentia falta da constituição da família.

E. – *“Sim, existem efetivamente perdas sociais, mas é inevitável. Também acho que não há uma condição perfeita. Se calhar tendo esta orientação ao longo da vida tive oportunidade de fazer coisas que as pessoas que constituíram família não as fizeram. Se calhar tive essa oportunidade. Portanto não tenho que chegar a esta etapa da vida e sentir que não fiz umas coisas, mas consegui fazer outras... (...) consegui viajar muito mais, acabei por ter mais qualidade de vida no que diz respeito em pensar mais em mim e menos nos outros, porque não tinha dependentes diretos. E pensando bem, sinceramente acho que não senti falta.”*

Verifica-se alguma variabilidade na descrição das relações com a família por parte dos participantes, contudo, a grande maioria menciona a existência de relações conflituosas ou distantes se não com todos, pelo menos com um dos membros da família. Alguns discursos corroboram com a ideia de que a figura de homossexual foi construída com base de noções de desvio social, e ofensa à família (Gomes, Albuquerque e Nunes 1987), quando referem que *“chegaram a ter chatices”* e *“preocupam-se com aparência que transmitem aos outros”* quando questionados sobre a relação familiar sobre a sua orientação sexual.

R. – *“preocupam-se com aparência que transmitem aos outros, daí ter-me afastado não me relaciono muito com a família. De vez em quando apareço apenas a uma prima minha, já não tenho paciência.”*

D. – *“Não, mas cheguei a ter chatices com um dos meus irmãos. Apenas lhe dizia que a vida era minha, e a dele era dele.”*

Transparece nos discursos de alguns participantes a importância que teve a aceitação da sua orientação sexual por parte da família, por outro lado os que ocultaram deixam perceber nos seus discursos a tristeza.

A. – *“ (...) tenho que agradecer à minha família por ter aceite a minha orientação sexual. Já há algum tempo que a família sabe, depois não escondi o que sentia ou deixava de sentir por pessoas do mesmo sexo. Neste caso os meus filhos que têm uma mente aberta e conseguiram encaixar bem...Sim eles estão totalmente a par da minha orientação sexual e aceitam-na como se fosse uma orientação heterossexual.”*

D. – *“Os irmãos do meu companheiro falam comigo com uma naturalidade, e são muito meus amigos e damo-nos todos bem. Nós vamos para casa deles, as miúdas, ele tem um irmão que já tem duas meninas e a irmã que tem uma, as crianças adoram-me, eu sinto-me numa família.”*

Alguns participantes demonstram maior afinidade na relação com a mãe. As fontes percebidas como de suporte social para indivíduos homossexuais são a mãe e os/as amigas. As mães parecem ter um acesso mais fácil ao *coming out* dos filhos, não se considerando uma aceitação da orientação sexual, mas de uma maior abertura (Costa, Oliveira e Nogueira, 2010).

D. – *“A minha mãe aceitou muito bem a minha homossexualidade, e já era uma senhora com bastante idade. E já estamos a falar de há bastantes anos atrás, a minha mãe já morreu há 28 anos, e ela sabia...ela encobria-me.” ... “Porque ser Gay não é um crime nem é nenhuma doença, e a pessoa que assuma e que a*

família lhe complique a vida é porque não é amiga dela, é porque não gosta dela.”

Outra questão deste estudo era aferir se o participante de alguma forma se deparou com situações de discriminação em espaços públicos. Através do discurso de alguns participantes verifica-se que não existe receio em serem hostilizados em locais que frequentam. A hostilidade em relação às pessoas não-heterossexuais, geralmente chamada de discriminação sexual, homofobia ou homo-negatividade, é um fenómeno evidente em várias sociedades e culturas. No que diz respeito à homossexualidade, o termo homofobia (Rios, 2009), é o mais utilizado enquanto forma de expressão de atitudes negativas. Percebe-se através do discurso de um dos nossos participantes que frequenta espaços públicos de forma descontraída, mesmo sabendo que está a ser alvo de comentários depreciativos. Assim, poderá afirmar-se que para dois participantes assumiram uma identidade não heterossexual, *coming out*, no emprego e no local que frequentam. A escolha de assumir uma identidade não heterossexual (*coming out*), não é de todo fácil de fazer Oliveira, Pereira, Costa e Nogueira (2010).

D. – *“no meu emprego nunca tive problemas (...) sempre fui respeitado no emprego, por toda a gente. Eu era chefe tinha pessoal a trabalhar sobre as minhas ordens, nunca tive problemas com nenhum.”*

R. – *“Por exemplo a pastelaria Fernandes, eu já sei que quando chego lá os empregados falam, mas não fico chateado. Que falem (risos), porque havia de ficar chateado? São educadíssimos, o resto a gente já sabe...que falem. Antes esses que já nos conhecem, existem pessoas que pensam que é uma ofensa e fazem logo uma história com isso. Saí de casa muito cedo eu sei tomar bem conta de mim.”*

R. – *“Não! De maneira nenhuma, nunca interferiu há muitos anos que me assumi, não tenho medo, não tenho esses problemas de homofobia nem disto ou daquilo...”*

Verifica-se que os participantes adotam estratégias e táticas para contrapor o estigma e a marginalização social. Entre as quais encobrimento ou ocultamento, estas estratégias

possibilitam com que os homossexuais façam uma gestão da sua identidade de acordo com o contexto ou espaço social em que estiverem inseridos, de modo a permitir o convívio social. Segundo Goffman (2004), os indivíduos possuem um estigma desacreditável. Este estigma diz respeito a um indivíduo que possui uma condição suscetível de ser estigmatizada mas ainda não o é, uma vez que essa condição não é visível. Logo tendem a manipular a informação a respeito dele “*A questão que se coloca não é da manipulação da tensão gerada durante os contactos sociais e, sim, da manipulação da informação sobre o seu defeito. Exibi-lo ou ocultá-lo; contá-lo ou não contá-lo; revelá-lo ou escondê-lo; mentir ou não mentir; e, em cada caso, para quem, como, quando e onde*” (Goffman, 2004, p.38). O medo de dizer ou fazer alguma coisa que revele a sua “verdadeira” identidade, pode provocar o isolamento nos contactos sociais.

E. – “*Sim....(silêncio) acaba por acontecer por exemplo quando vamos a um banco ou a um médico há sempre questões que não têm de ser tocadas pelo menos inicialmente mas que acabam por afetar. Se ocultarmos sentimos que há ali qualquer coisa que falha, por outro lado se há uma certa abertura em que estamos à vontade de falarmos sobre o assunto, acho que é uma exposição desnecessária que se calhar nem vale a pena.*”

A. – “*Não porque eu não ando a bradar aos ventos qual a minha orientação sexual, por isso tudo o que fazia antigamente e o que faço agora é perfeitamente igual nada disso evidência a minha orientação para com mundo à minha volta.*”

A. – “*Não! Porque poucas são as que perguntam a minha orientação sexual, depois tenho tendência a não falar da minha vida privada com ninguém. A não ser com as pessoas que me são próximas e queridas. Logo essas instituições em nada têm de saber o que faço ou deixo de fazer.*”

M. – “*Não sinto tanto isso porque eu próprio também não me exponho, tento deixar que isso não seja do conhecimento. Ou seja tento de certa forma esconder.*”

Deste modo, e como o espaço público tem um sentido amplo, selecionamos um espaço público em concreto: a consulta médica e à relação estabelecida com o/a médico/a de família.

5.4 O Profissional de Saúde

Esta unidade de análise teve como principal objetivo aferir a relação estabelecida entre o participante e o/a médico/a de família. O relacionamento entre médico/a e utente e o que se passa na consulta médica, a perceção que o utente tem do seu próprio estado de saúde e a intervenção médica passa pela capacidade que utente tem de interpretar os sinais e os comunicar ao seu médico/a. A questão inicial focou-se na revelação da orientação sexual dos participantes, se era do conhecimento do/a médico/a de família.

Apenas dois participantes deste estudo revelaram a sua orientação sexual à/ao médica/o de família. O relacionamento entre médico e utente é assimétrico na medida em que o primeiro detém o conhecimento que escapa ao segundo. Torna-se importante para a construção de uma relação existir confiança entre médico e utente. Pois o tipo de relação entre eles influencia a forma de olhar a doença e a cura (Leandro, 2001).

D. – “Sim, a minha médica colocou o meu companheiro a ir comigo. Ela pediu-me os dados dele, passados quinze dias, e foi ela que o mudou de posto de saúde. O meu companheiro é doente dela também. A minha médica sabe da nossa vida toda, a gente conta-lhe tudo.”

A - “Neste caso o meu médico de família, sim. Pensei que seria saudável para mim e para o meu médico saber qual a minha orientação sexual, caso exista algum problema nesse campo penso que será uma sinceridade haver entre médico/paciente.”

Para que fosse possível aferir a existência de constrangimentos ou se por outro lado tratou-se um momento normal para os participantes foi solicitado que se recordassem do momento da revelação da sua orientação sexual.

Assim, poderá afirmar-se que para estes dois participante o momento da escolha de assumir uma identidade não heterossexual (*coming out*) junto do seu médico/a de

família foi um processo normal para estes participantes. Verificou-se no entanto, que os restantes participantes não partilharam junto do/a médico/médica de família a sua orientação sexual. É notório através dos discursos dos participantes a existência de constrangimentos na revelação da sua orientação sexual, um dos participantes menciona que, ao anterior médico de família nunca lhe falou da sua orientação sexual questionando mesmo se ele aceitaria e como reagiria.

D. – *“Foi um momento natural, eu disse a ela que vivia com um moço, que gostaria que ela fosse médica dele e ela disse logo que sim. (...) Mas se fosse o médico anterior era capaz de não ser assim, não sei...mas ele tinha que fazer a mesma coisa que ela, não podia ir contra a minha vontade. Mas eu nunca disse nada ao médico que tinha anteriormente a esta, não sei se ele sabia ou não sabia, também não ando com um sino.”*

A. – *“Sim e o meu médico disse logo que isso não interfere com a posição dele e que me dá todo o apoio caso exista algum problema e os cuidados são iguais quer seja para um casal homossexual ou um casal heterossexual.”*

Nesta unidade de análise, podemos verificar que, quando questionados sobre as razões para a não revelação da sua orientação sexual ao médico de família, as respostas divergem desde não sentirem a necessidade que o/a médico/a soubesse, ao receio de aceitação, à indecisão de contar ou não. Verificou-se que mesmo ao nível de cuidados de saúde primários existe ainda relutância por parte de alguns participantes em revelar a sua orientação sexual. Entende-se que, o processo de construções das identidades homossexuais dos participantes, ainda é atravessado por muitas tensões entre o que é confessado e o que se mantém oculto, seja entre cuidados de saúde, seja entre Instituições como foi verificado anteriormente.

E. – *“Não! Nunca senti necessidade de partilhar ou de ter algum esclarecimento. Mesmo porque no meu caso específico é uma médica um pouco mais velha que eu...que se calhar ela...pelo menos é aquilo que eu penso acho que ela ia ter alguma dificuldade em aceitar...e como acabo por viver num meio que ainda considero pequeno...acho que as pessoas ainda não estão preparadas para...”*

M. – *“Não... Sentir essa necessidade sinto, mas talvez não me sinta à vontade para o fazer...”*

M. – *“Nunca falei nada e nunca me perguntou nada. Não nunca senti necessidade de falar nada.”*

E. – *“Quando tenho dificuldades e porque posso dizer felizmente sou uma pessoa com alguns conhecimentos acabo por pesquisar na Internet e acabo por também na dúvida por consultar pessoas, amigos com a mesma orientação sexual, alguns até médicos que falamos abertamente até dos problemas que nos afetam ou outros problemas que surgem e facilmente conseguimos uma solução.”*

A. – *“Em termos de sexualidade o que faço ou deixo de fazer, o que gosto ou não gosto de fazer, isso não tem nada a ver com a relação que tenho com o meu médico. Agora se tiver algum problema de saúde que advêm dessa situação assim vou conversar com certeza.”*

5.5 Planos e perspectivas para o futuro

Esta questão pretendeu aferir junto dos participantes como tencionam continuar a viver o seu próprio envelhecimento. Se existem planos tais como: atividades criativas, viagens, ou se por outro lado sentem um vazio experimentando esta fase da vida com sentimento negativo. A análise dos discursos mostra que a saúde é uma preocupação comum no seu envelhecimento. Referirem saúde, demonstra que os participantes concebem a velhice como uma fase onde as doenças vigoram e que para eles adoecer é uma característica intrínseca à velhice. Apenas um dos participantes refere que já não faz planos para futuro. Os restantes referem felicidade, manterem as suas capacidades e serem felizes, um dos participantes menciona em fazer viagens, este pensamento de alguma forma sugere que o idoso continua a construir os seus projetos e o seu futuro, as expectativas são positivas e configuram desejos.

D. – “(...)continuar a viver dentro das nossas possibilidades, um dia de cada vez.... “

R. – “Saúde (...). Já não faço planos, hoje em dia...Gostava muito de viajar, mas até isso tive que deixar, tenho receio, depois não conheço, ninguém sabe quem eu sou, o que posso tomar e o que não posso.”

E. – “Continuar a fazer tudo o que sempre fiz e ter qualidade de vida...e ser feliz.”

A. – “Manter-me saudável, manter-me feliz, viver esta fase da melhor maneira possível, aproveitar todos os momentos.”

M – “Talvez apostar um pouco mais na minha qualidade de vida, no meu lazer, no meu bem-estar, gostaria de fazer viagens, gostaria de conhecer outros sítios...principalmente apostar no meu bem-estar.”

Segundo Guillemard e Lenoir (1976) a velhice é resultado de um percurso de vida (englobando a escolarização, trabalho, modos de vida familiares e social e adoção de comportamentos e estilos de vida).

Reflexão Final

No contexto da sociedade moderna, o aumento da esperança de vida, tem como consequência direta um acréscimo do número de idosos. O envelhecimento é um processo normal da vida humana, a forma como cada indivíduo lida com o envelhecimento depende também da sua história de vida. Verificamos que o envelhecimento é complexo, sendo interpretado, de modo diferente, por cada indivíduo e sociedade, ostentando assim aspetos negativos e positivos.

Neste contexto da moderna sociedade, a questão da homossexualidade é também uma temática que tem vindo a ser cada vez mais debatida. A orientação sexual é apontada pelos Portugueses como a principal causa de discriminação no nosso País (Eurobarómetro, 2012). Neste âmbito, foi nossa intenção compreender a perceção que idosos homossexuais têm do envelhecimento.

Para o alcance do objetivo geral consideramos relevante a definição de quatro objetivos específicos que pretendiam: a) Compreender a representação que a amostra deste estudo os idosos tem do envelhecimento e quais as suas preocupações; b) Caracterizar as suas relações sociais; c) Aferir se nos cuidados de saúde ocultam a sua orientação sexual; d) Caracterizar os seus anseios e planos para futuro.

Na sociedade atual, que tanto valoriza a beleza, a jovialidade e formas corporais, lidar com limitações e modificações físicas inerentes ao processo de envelhecimento torna-se difícil. A velhice está associada a algumas perdas, físicas, biológicas, psicológicas e sociais. Neste estudo verificamos a existência de algumas perdas sociais que resultaram do envelhecimento e da orientação sexual. São legítimas as preocupações acerca do envelhecimento, os participantes mencionarem solidão, doença, revelam respostas comuns à população idosa em geral. No entanto, verificamos que nesta população há uma verbalização permanente desta solidão associada a falta de descendência e a frequente ausência (ou quebra de laços) com os ascendentes. Os depoimentos evidenciam que alguns participantes ocultam a sua orientação sexual à família. Ruschel e Castro (1998) identificam a família como sendo um sistema social único, organizada pelos valores culturais da sociedade na qual está inserida. Esta organização origina a criação de laços de convivência emocional, e também uma cooperação económica e de

consumo, que nestes participantes poderá faltar devido a quebra de laços com a família. Apenas um dos participantes, constituiu família e os seus filhos aceitam a sua orientação sexual. A solidão verbalizada entende-se como um estado emocional que inclui isolamento, tristeza, que são consequência de uma ausência de contactos e relacionamentos. Através dos discursos dos entrevistados percebemos que estes sentimentos estão associados à privação de relacionamentos pelo facto de serem homossexuais. Esta ideia foi claramente manifestada pelo participante M., quando refere: *“pelo facto de ter esta orientação condicionou o facto de constituir família ter filhos e tenho um medo...um pouco de certa forma da solidão. Talvez de não ter família para depois ...quando digo família digo a parte de filhos ou de um companheiro estável que esteja ao meu lado quando realmente precisar.”* Conforme corrobora Rowe e Kahn (citado por Paúl 1997) o apoio social é muito importante para um envelhecimento bem-sucedido, uma vez que permite que o idoso se mantenha na comunidade. As redes de suporte social são um importante elemento de bem-estar e saúde física e mental dos idosos. E nestes casos específicos percebemos que estes idosos homossexuais carecem de redes de suporte de relacionamento em espaço privado o que de alguma forma fragiliza o bem-estar.

É possível verificar atitudes homofóbicas, descritas pelos participantes no seu dia a dia. O termo homofobia (Rios, 2009), é o mais utilizado enquanto forma de expressão de atitudes negativas. Os comentários depreciativos, *“as piadinhas”*, referidas por um participante, mencionando que as mesmas ocorrem ao nível familiar e social, faz-nos refletir que o preconceito e a discriminação são realidades ainda muito presentes. Através deste estudo podemos concluir que revelar (*coming out*) ou não a sua orientação sexual, envolve consequências tais como a discriminação e diversos sentimentos negativos. Conforme corroboram os autores Corrigan e Mathews (citado por Costa, 2008), o *coming out* proporciona um bem-estar psicológico, facilitando as relações interpessoais e diminuindo comportamentos de risco, mas pode também proporcionar reprovação social e represálias físicas.

Por outro lado, foi notório que ninguém se considera velho, os participantes identificam a velhice do outro, mas não aceitam a deles. Foi possível perceber através dos discursos que a velhice é associada à tristeza, ao final da vida, que recusam o envelhecimento.

Verificou-se, igualmente, que mesmo ao nível de cuidados de saúde primários existe ainda resistência por parte de alguns participantes em revelar a sua orientação sexual. Este comportamento mostra o receio de homofobia por parte dos profissionais de saúde (médicos). Esta ocultação existente poderá indicar alguma fragilidade em relação a alguns cuidados de saúde. Este resultado está em conformidade com a bibliografia que mostra que os idosos homossexuais escondem a sua orientação sexual da comunidade médica o que poderá originar assistência médica inadequada (Gomes, Albuquerque e Nunes, 1987). Sobre este assunto, percebemos que apenas em dois casos em concreto foi revelado à médica de família a orientação sexual, sendo que os restantes ocultam.

Os participantes dão a entender que adotam estratégias e táticas, para contrapor o estigma e a marginalização social. Esta perceção foi reforçada pelo depoimento do participante M. – *“Não sinto tanto isso porque eu próprio também não me exponho, tento deixar que isso não seja do conhecimento. Ou seja tento de certa forma esconder”*. Segundo Becker (2008), os idosos homossexuais estão marcados pelo silêncio e duplo estigma, que pesa sobre a sua idade e a sua orientação sexual. Não foi possível aferir se a maior parte dos participantes ocultou a sua orientação sexual durante a sua vida ou parte dela.

Em relação ao processo de construções das identidades homossexuais, percebemos que o mesmo ainda é atravessado por muitas tensões entre o que é confessado e o que se mantém oculto, seja entre cuidados de saúde, seja entre Instituições. Um participante evidência o receio de uma futura institucionalização em lar, salientando que poderá existir na Instituição uma hostilidade em relação às pessoas não-heterossexuais. Percebemos nos seus discursos o receio pela heteronormatividade das instituições, potenciando algumas das fragilidades, e o receio de não resposta ou uma falsa resposta em função da dissimulação da orientação homossexual.

Não considerando esgotado o assunto analisado, e sendo necessárias novas abordagens sobre a temática homossexualidade no envelhecimento. Refletindo numa entrevista de um participante e do seu receio sobre o seu próprio internamento em lar, em como a Instituição e os residentes iriam aceitar e quais as suas atitudes. A proposta para futuros estudos, será estudar a homossexualidade no contexto de institucionalização em lar, ouvir os próprios e os profissionais que os acompanham (médicos, enfermeiros, direcção técnica, cuidadores formais). Na segunda metade do século XX, com as transformações

sociais e económicas, resulta uma alteração da forma como as gerações se relacionam, o “dever” que os filhos tinham em tratar dos seus pais transfere-se para a sociedade. Conforme refere Fernandes (1997), *“a institucionalização do encargo social do idoso em que a sociedade em geral se substituí aos filhos e o que eram anteriormente problemas individuais e privados, por isso vividos no âmbito da família, vão escapando para o exterior e sendo assumidos como problemas de todos”* (p.14). Constatamos através das entrevistas uma apreensão numa futura institucionalização. Sobre este assunto Baumgartner (2007) refere que, existe um receio no futuro dos indivíduos que pertencem a uma minoria sexual. Esse receio traduz-se no caso de ficarem impossibilitados de viverem sozinhos, e de serem institucionalizados, a possível discriminação dos cuidadores e atitudes preconceituosas que possam existir. A institucionalização da velhice na sociedade moderna é, de uma forma geral, rejeitada embora aceite como necessidade em situação de dependência.

Bibliografia

Agreda, J. (1999). Passado, presente e futuro da enfermagem gerontológica. In: Costa, M., A., M.; Agreda, J.J.S., Ermida, J.G., Cordeiro, M.P.A.A., Almeida, M.L.F., Cabete, D.G., Veríssimo, M.T., Grácio, E.I.T., Cruz, A.G., Lopes, J.M.S. (Org.). *O Idoso - problemas e realidades*. Coimbra: Formasau.

Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares (2ª Edição): Definição de família e propriedades do sistema familiar*. Quarteto Editora.

Amaral, L., Moita, G. (2004), “Como se faz (e se desfaz) o armário: Algumas representações da homossexualidade no Portugal de hoje”. In António Fernando Cascais (org.), *Indisciplinar a teoria. Estudos gays, lésbicos e queer*. Lisboa: Fenda, 99-115.

Ariés, P. (1981). *História social da criança e da família*. 2. ed. Trad, Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Zahar.

Associação ILGA Portugal Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero [online] disponível no site <http://ilga-portugal.pt/noticias/Noticias/Transexualidade-ILGA-Portugal-net.pdf> consultado dia 11 de abril de 2013.

Azevedo, M., (2010). *Envelhecimento e minorias sexuais ambiente psicossocial e necessidades de saúde* Instituto Superior de Psicologia Aplicada [online] disponível em <http://pt.scribd.com/doc/74699910/Envelhecimento-e-minorias-sexuais-Ambiente-Psicossocial-e-Necessidades-de-Saude> consultado em 28 de junho de 2012.

Baldessin, A. (2002). O Idoso: Viver e Morrer com Dignidade. In: Papaléo Netto, M. (Org.). *Gerontologia A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Editora Atheneu.

Baltes, P. B., e Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging : The model of selective optimization with compensation. In : P. B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences*. (pp.1-34). Cambridge: Cambridge University Press.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. 3.^a Edição. Lisboa, Edições 70.

Barreto, J. (2005). *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual.*” Revista da Faculdade de Letras. Sociologia / coord. António Teixeira Fernandes. - Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. - Série I, vol. 15, 2005 (pp. 289 a 302) - Anual.

Baumgartner, T. C. (2007). *Aging And Sexual Minorities: Exploring The Health And Psychosocial Issues Of Older Lesbian, Gay, Bisexual And Transgender (Lgbt) Individuals*. Pittsburgh: University of Pittsburgh.

Beauvoir, S. (1970). *A velhice. A realidade incómoda* (Tomo I). São Paulo. Difusão Europeia do Livro.

Becker, H. S. (2008) *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.

Berger, L. (1995). *Aspetos Biológicos do Envelhecimento*. In: (Org). Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. - *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global*. Lisboa. Lusodidacta.

Berger, P, Luckmann, T.(2003). *A construção social da realidade*. 24^a ed. Petrópolis, Vozes.

Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Características da investigação qualitativa*. In: *Investigação qualitativa em educação : uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Porto Editora, 1994. p.47- 51

Bourdieu, P. (1992). *Réponses. Pour une Anthropologie Réflexive*. Paris: Éditions du Seuil.

Bourdieu, P. (1993) *À propos de la famille comme catégorie réalisée*. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, n° 100, Décembre.

Brotman, S., Jalbert, Y., Rowe, B., & Ryan, B. (2002). *The impact of coming out on health and health care access: the experiences of gay, lesbian, bisexual and two-spirit people*. Journal of health & Social policy.

Costa, D. (2008). *As representações sociais da Homossexualidade e o papel da assumpção da identidade sexual e do sexo de pertença nas atitudes para com os homossexuais*. Tese de Mestrado: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto.

Costa, C., Oliveira, J. e Nogueira, C. (2010). Os Discursos das Pessoas LGBT. In: Nogueira, C. e Oliveira, J. (orgs.). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Lisboa: CIG.

Costa, M., Arminda M. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In: *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra.

Deshaies, B. (1997). *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa, Instituto Piaget.

Diário da Republica Eletrónico [online] *Primeira alteração à Lei n.º 7/2001, de 11 de maio, que adota medidas de proteção das uniões de facto* disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2010/08/16800/0376403768.pdf> consultado dia 07 de janeiro de 2013

Dias, I. (2005). *Envelhecimento e violência contra idosos*. [online] Disponível no site <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3731.pdf> consultado dia 07 de janeiro de 2013.

Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e de Doença – Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto Editora.

Eurobarómetro (2012). *Perceções de discriminação (trabalho de campo) 02/06-17/06/2012, resultados para Portugal* .[online] Consultado 07 de abril de 2013, disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_393_fact_pt_pt.pdf Eurobarómetro. (2012).

Equality for older lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people in Europe November 2012. [online] Consultado 10 de abril de 2013, <http://www.age->

[platform.eu/images/stories/Combating discrimination on the grounds of age and S
OGI final.pdf](http://platform.eu/images/stories/Combating_discrimination_on_the_grounds_of_age_and_SOGI_final.pdf).

Farias, M. O. e Maia, A. C. B. (2009). *Adoção por homossexuais: a família homoparental sob o olhar da psicologia jurídica*. Curitiba: Juruá Editora.

Ferreira, P. M. (2003) *Valores morais: as noções de “certo” e de “errado” na transição pós-moderna*. In: Vala, J.; Cabral, M. V.; Ramos, A. (Eds.), *Valores sociais: Mudanças e contrastes em Portugal e na Europa*. Lisboa: ICS.

Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e Sociedade Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras. Celta Editora.

Fernandes, A.A. (2001) “*Velhice, Solidariedades familiares e política Social*”, em *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 36, Lisboa: CIES.

Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso*. (2ª Edição) Coimbra: Quarteto Editora.

Fernandez-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia social: Introduccion. In R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Gerontología Social* (pp. 31-54). Madrid: Ediciones Piramide.

Fredriksen-Golsen, K.I.,pdh, Iyun-Jun Kim, Pdh, Jayn Goldsen, Bs, Charles P.Hoy-Ellis, Phc, Charles A. EMLET,Phd, Elena A. Erosheva, Phd, Anna Muraco, PHD. *LBGT Older Adults in San Francisco: Health, Risks, and Resilience Findings from Caring and Aging with Pride*. University of Whashington, Seattle WA January 2013. [online] disponível em http://depts.washington.edu/agepride/wordpress/wp-content/uploads/2013/01/final_report_tables1-25-13.pdf consultado em 02 de fevereiro de 2013.

Fry, P. e Macrae, E. (1983) *O que é homossexualidade?* São Paulo: Brasiliense.

Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Foucault, M. (1954) *Enfermedad Mental e Personalidad*, Barcelona: Paidós.

Gil, C. (1991) . *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Ghiglione, R.; Matalon, B. (2001)]. *O Inquérito: Teoria e Prática*.4ª Ed. (Trad. Portuguesa). Oeiras: Celta Editora.

Goffman, E. (1975) *A representação do eu na vida quotidiana*, Petrópolis: Editora Vozes.

Goffman, E. (1999). *Manicómios, Prisões e Conventos*. Coleção Debates. Editora Presectiva: São Paulo.

Goffman, E. (2004). *Estigma – Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Quarteta Edição.

Gomes, F.A., Albuquerque, A., Nunes J.S. (1987). *Sexologia em Portugal* (1º volume) Texto Editora.

Guillemard, A.; Lenoir, R. (1976), *Retraite et Exchange social, Tentative d'Explication des systèmes de relations sociales en situation de retraite*, Paris, Ed. Centre D'Étude des mouvements sociaux.

Instituto Nacional de Estatística - *Anuário Estatístico de Portugal 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP, 2012.

Instituto Nacional de Estatística - *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP, 2012.

Instituto Nacional de Estatística - *Revista de Estudos Demográficos*, Nº 51-53, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2013

Junqueira, R. D.(2009), *Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: MEC, 2009. p.458. (Coleção Educação para Todos).

Leandro, M. E. (2001) *A saúde no prisma dos valores da modernidade, separata dos Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Porto: SPAE, volume XLI (3-4).

Leme, L.E.G. (2002). A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento. Visão Histórica. In: Papaléo Netto, M. (Org.). *Gerontologia A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Editora Atheneu.

Lessard-Hébert, M; Goyette, G.; Boutin, G. (1990). *Investigação e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lima, P. (2006). *Eu e o Envelhecimento*. Editora AGE LTDA.

LGBT Portugal – Mentalidades, direitos e a sua evolução [online] acedido no dia 29 de março de 2013, disponível em <http://www.lgbt.pt/lgbt-portugal/>

Machado, J.P. (1977). *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa* (3ª ed.) 1º e 5º vol. Lisboa: Livros Horizonte.

Mailloux-Poirier, D. (1995). Teorias do Envelhecimento. In: (Org). Berger,L. e Mailloux-Poirier, D. - *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global*. Lisboa. Lusodidacta.

Martins, R. M. L. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. In: *Educação, ciência e tecnologia*. Revista do ISPV, n.º 32, 2006, pp. 126-140.

Mendes, F. (1996) “*A saúde e a doença dos professores universitários*”, in *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 19, Lisboa: CIES, pp. 165-187.

MacCarn, S. R.; Fassinger, R. E. (1996). *Revisioning sexual minority identity formation: A new model of lesbian identity and its implications for counseling and research*. The Counseling Psychologist.

Moita, M.G. (2001). “*Discursos sobre a homossexualidade no contexto clínico a homossexualidade de dois lados do espelho.*” Dissertação apresentada para obtenção de Grau de Doutor em Ciências Biomédicas, pela Universidade do Porto.

Moscovici, S. (1981). On Social Representation. In: Forgas, J. P. (org.) *Social Cognition*. London: European Association of Experimental Social Psychology, Academic Press.

Mott, L. R. (2009) *O/A jovem homossexual na escola. Noções básicas de Direitos Humanos para Professores/as da Educação Básica*. [online] acedido no dia 05 de março de 201 disponível em http://www.dhnet.org.br/educar/textos/mott_jovem_homossexual_sala_aula.pdf

Naphy, W. (2004). *Born to be gay: história da homossexualidade*. Lisboa: Edições 70.

Neri, A.L. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento – perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus.

Nogueira, C. e Oliveira, J. (orgs.) (2010), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Lisboa: CIG.

Oliveira, J. (2010). Orientação Sexual e Identidade de Género na psicologia: notas para uma psicologia lésbica, gay, bissexual, trans e queeer. In: Nogueira, C. e Oliveira, J. (orgs.). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Lisboa: CIG.

Oliveira, J., Pereira, M., Costa, C. e Nogueira, C. (2010). Pessoas LGBT – identidades e discriminação. In: Nogueira, C. e Oliveira, J. (orgs.). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Lisboa: CIG.

Papaléo Netto, M., e Ponte, J., R. (2002). Envelhecimento: Desafio na Transição do Século, In. (org.) Papaléo Netto, M. *Gerontologia A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Editora Atheneu.

Paúl, C. (1997). *Lá para o Fim da Vida – Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra. Almedina.

Paúl, C. (2005), *Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social*, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde (1ª ed.): Envelhecimento, saúde e bem-estar – psicológico* (p. 111 a 118). Lisboa: Climepsi Editores.

Paul, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. e Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa, Lidel.

Peixoto, C. (2007). *Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Puijalon, B. e Trincaz, J. (2000). *Le Droit de Vieillir*. Paris: Fayard.

Quaresma, M. (1999). *Envelhecimento e Ação Social*. Lisboa, IEFP.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Rios, R. R. (2009) Homofobia na perspetiva dos direitos humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito e discriminação. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). *Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Mec; Secad; Unesco, 2009. p.53-85. (Coleção Educação para Todos).

Rios, R. R. (2001). *Homossexualismo no Direito*. Porto Alegre: Livraria do Advogado; Esmafe.

Rodrigues, L., Nogueira, C., e Oliveira, J. (2010). Violência em casais LGB – estudo preliminar. In: Nogueira, C. e Oliveira, J. (orgs.). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Lisboa: CIG.

Ruschel, A. E. e Castro, O. P. (1998). *A intergeracionalidade na dinâmica das relações de poder familiar*. In O. P. Castro (Org.) *Velhice que idade é esta? Uma construção psicossocial do envelhecimento*. Porto Alegre: Síntese.

Sánchez, F. L. e Ulacia, J. C. O. (2006). *Sexualidad en la vejez*. (2ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.

Santos, A. C. (2005). Heteroqueers contra a heteronormatividade: Notas para uma teoria queer inclusiva. *Oficina do CES*, 239. in «www.ces.uc.pt».

Schope, R.D. (2005), Who's afraid of growing old? Gay and lesbian perceptions of aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 45.

Schroder-Butterfill, E. e Marianti., R.(2006). A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing and Society* 26(1): 9-35.

Simões, A. (2006). *A Nova Velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.

Spencer, C. (1999). *Homossexualidade: uma história*. (2ª ed). Rio de Janeiro: Record (traduzido do original em inglês *Homosexuality – A History*, 1995).

Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.

Sutter, M. J.(1993). *Determinação e mudança de sexo: aspetos medicolegais*. São Paulo: Revista dos Tribunais. ISBN 85-203-1104-0 Simões, A. (2006). *A nova Velhice, Um novo público a educar* (pp.24). Ambar.

Tournier, P. (2006). *Os Gays na Historia*. Lisboa. Editorial Estampa.

Universal Declaration of Human Rights, *Direitos humanos [online] disponível em <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>* consultado a 15 de março de 2013.

Vala, J. (2001), “A análise de conteúdo”, in *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento.

Vieira, C. M. P (2009). *Sexualidades juvenis: continuidades e mudanças. Um estudo qualitativo no distrito do Porto*. Tese de Doutoramento na área científica de Sociologia, especialidade de Sociologia da Saúde, Universidade Aberta.

Vieira, L. L. F., (2009). *As Múltiplas Faces da Homossexualidade na obra freudiana*, Universidade de Fortaleza: Revista Mal-estar E Subjetividade, Vol. IX, Núm. 2, pp. 487-525.

Walsh, F. (1995). *A família no estágio tardio da vida*. In B. Carter, & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar*. Porto Alegre: ArtMed.

Anexos

Anexo 1 - Guião de entrevista

Tema: Caracterizar o envelhecimento homossexual

Unidades de análise:

1. Caracterização sócio demográfica do participante

- 1.1. Idade
- 1.2. Cidade
- 1.3. Sexo
- 1.4. Escolaridade
- 1.5. Estado civil
- 1.6. Aferir se vive sozinho
- 1.7. Situação face à profissão

2. Representações da velhice

- 2.1. As considerações dos participantes do que é ser idoso
- 2.2. Aferir se existe o sentimento de perdas sociais nesta fase
- 2.3. Preocupações no envelhecimento

3. As interações sociais

- 3.1. Relacionamento familiar e social
- 3.2. Aferir a possível existência de discriminação nas Instituições

4. Profissional de saúde

- 4.1. Orientação sexual e médico de família
- 4.2. Sexualidade e médico de família

5. Planos e perspetivas de futuro

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,

—,

aceito participar no estudo desenvolvido pela mestranda em Gerontologia Social Inês Matias Leite. Fui informada(o) dos objetivos do de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas, bem como as normas éticas que o garantem: que as informações serão utilizadas somente para os fins deste estudo e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade dos participantes podendo a qualquer momento desistir, se assim o entenderem.

(Assinatura)

Porto, __ de _____ de 2013.

Anexo 3 – Formulário dos dados Sócio demográficos dos participantes

Idade

Cidade

Sexo

- Feminino
- Masculino

Escolaridade

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo (1º a 4º ano de escolaridade)
- 2º Ciclo (5º a 6º ano de escolaridade)
- 3º Ciclo (7º a 9º ano de escolaridade)
- Secundário
- Licenciatura/Bacharelato
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

Estado civil

Vive sozinho?

Situação face à profissão

Anexo 4- Dados sócio demográficos do participante D

Idade

64 Anos

Cidade

Matosinhos

Sexo

- Feminino
- Masculino

Escolaridade

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo (1º a 4º ano de escolaridade)
- 2º Ciclo (5º a 6º ano de escolaridade)
- 3º Ciclo (7º a 9º ano de escolaridade)
- Secundário
- Licenciatura/Bacharelato
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

Estado civil

União de facto

Vive sozinho?

Não, com o companheiro

Situação face à profissão

Reformado, anteriormente empregado fabril

Anexo 5 – Participante D (transcrição da entrevista)

Boa tarde Sr. D., desde já agradeço toda a disponibilidade demonstrada em participar nesta entrevista (vai ser mais uma conversa informal que propriamente uma entrevista rígida). Gostaria de pedir a sua autorização na utilização do gravador, que permite-me mais facilidade na análise da informação.

Por mim não existe problema nenhum, grave tudo o que pretender.

Com a sua permissão vamos dar início à entrevista...

Quando pensa nas pessoas mais velhas qual a palavra que as define? Idoso, velho, terceira idade...

(interrompida por o Sr X para me dizer: sim terceira idade), pessoas com mais experiência...com mais...com tudo a mais...até com a própria idade...

Diga-me uma coisa o que é para si, ser idoso?

É uma passagem pela vida, em que estamos a chegar quase ao fim (sorrisos). Eu gosto de ser velho! Eu acho que foi uma caminhada que fiz, e que estou...agora estou no ponto melhor da minha vida. Encontrei aos 60 anos a pessoa que amo e que eu gosto.

Quando pensa no seu envelhecimento o que mais o preocupa?

Agora nada...há quatro anos atrás era ficar sozinho... (silêncio) a solidão...mas agora como encontrei o meu companheiro nada me preocupa. Aliás tenho medo das doenças, tenho medo de dar trabalho ao meu companheiro, dar-lhe preocupações, embora ele seja muito meu amigo que é. Ele não faz mais porque não pode, só falta andar comigo ao colo. Antes de conhecer o meu companheiro tinha medo de um dia ter de ir para um lar...Um homossexual que vá para um lar vai lidar com heterossexuais, ou que apareça lá outro homossexual, como se vai manifestar perante o outro, como é que o próprio lar vai aceitar a situação... os homossexuais acabam por ficar camuflados,

atrofiados...ficam...ficam (silêncio). Os lares aqui em Portugal funcionam muito mal, ali não são lares são depósitos de pessoas de idade. Eu tive um irmão que faleceu num lar, mas ele teve lá pouco tempo, porque a minha cunhada faleceu em dezembro e ele em janeiro, e ele teve lá pouco tempo, eles viviam sozinhos...ele tinha cortado uma perna, tinham dificuldades e ele não se dava no lar...não se dava assim, aquilo acabou com ele. Morreu passado pouco tempo, ainda fui lá vê-lo uma vez, parecia um hotel quartos em cima, suítes, depois ele saía dali de manhã vinha para o salão onde estavam todos juntos a ver televisão, depois iam para o sofá, comer...era aquilo, aquela vidinha assim. E tenho uma amiga que ainda esta num lar, que ainda cheguei a ir lá vê-la, aquilo é ser “carne para canhão”, todos em fila no sofá chegavam e metiam-lhes uma tigela de leite grande à frente com sopas para eles comerem e enfiavam pela boca dentro. Nunca mais fui vê-la aquilo arrepiava-me, chamo depósito de pessoas de idade.... Eu não me dava para ir para um lar, não me dava, não se sentia bem eu gosto muito de ser eu a fazer as coisas, enquanto tiver saúde. Eu é que faço tudo em casa, o meu companheiro trabalha, também não vai chegar a casa ainda fazer as coisas, eu é que faço tudo cozinho, alias vou para casa da mãe dele eu é que vou cozinhar. Se eu não tivesse conhecido o meu companheiro imagino-me daqui a uns tempos a estar sempre sozinho em casa ou ir para um lar...agora não tenho família, os que estão vivos estão no estrangeiro.

Considera que a sua orientação sexual de alguma forma interfere no seu dia a dia?

Nunca. Em nada. Em absolutamente nada. Eu oriento muito as pessoas com quem falo na net, principalmente aqueles que têm uma vida dupla a passarem só para um lado, porque ser Gay não é um crime nem é nenhuma doença, e a pessoa que assume e que a família lhe complique a vida é porque não é amiga dela, é porque não gosta dela. Se gostar dela, gosta dela consoante ela é. Quando se gosta, gosta-se com defeitos e com virtudes. Assim é que se é honesto, para com ela própria até. Viver a vida escondida é pior, porque se acaba por ser apontado na mesma, sabe-se sempre, é ainda pior. Por exemplo eu na empresa, os primeiros tempos fui criticado, mas aquilo para mim passava-me ao lado, e as pessoas acabavam-se por chatear e já não ligar nenhuma, porque acabam-se por saturar. Sou muito otimista, vai tudo à frente, eu penso sempre assim o dia de amanhã é sempre melhor que o de hoje, e quando não for melhor que seja igual. Quando alguém me quiser alguma coisa que me fale de frente, eu não ligo às

bocas, estou como o meu sogro disse esta semana os cães ladram a caravana passa. Eu não posso estar a preocupar-me com aquilo que os outros pensam, nos temos que nós pensamos e com aquilo que nos queremos para a nossa vida. Eu sei que na fábrica do meu companheiro ninguém sabe, e que ele está receoso desse momento, tem de estar preparado psicologicamente para quando souberem, lentamente tem de se ir preparando para isso, não vai ser “pera doce”, mas ele tem de ter poder de encaixe para não ligar nenhuma ao que eles dizem. Porque os amigos dele que são realmente amigos vão ser sempre amigos, agora se afastarem é porque não são amigos dele nem nunca foram. Os irmãos do meu companheiro falam comigo com uma naturalidade, e são muito meus amigos e damo-nos todos bem. Nós vamos para casa deles, as miúdas, ele tem um irmão que já tem duas meninas e a irmã que tem uma, as crianças adoram-me, eu sinto-me numa família. O meu companheiro nunca pensou que a família reagisse assim, ele tava a contar que os pais encarassem a coisa de outra maneira, mas nos também fizemos as coisas...andamos ali ate eles descobrirem...os irmãos descobriram por internet, viram fotografias, porque ele nunca me levava a casa dos pais eu nunca aparecia...os pais do meu companheiro inicialmente pensavam que ele vivia com uma senhora de idade, mas depois começaram a analisar as coisas, a juntar umas coisas e outras e pronto. E depois eu comecei a lá ir a casa dos pais do meu companheiro como amigo, arranjar o quintal, até que eles começaram a ver que ali havia qualquer coisa... a mãe dele disse-nos que já sabia numa ida a Fátima, depois um dia vieram comer aqui a minha casa, depois fui eu lá, a partir daí tenho andado sempre com eles. Nos temos uma fotografia em casa junto de um móvel em que estamos os dois juntos, que foi a primeira fotografia que tiramos, e os pais dele viram quando lá foram, mal chegaram lá viram logo que ela está na entrada da porta.

Em algum momento sentiu que o seu relacionamento familiar foi, de alguma forma, prejudicado pela sua orientação sexual?

Não, mas cheguei a ter chatices com um dos meus irmãos. Apenas lhe dizia que a vida era minha, e a dele era dele. Consoante ele podia escolher uma mulher, eu podia escolher um homem ou os homens que eu quisesse. Ele tinha a vida dele, eu tinha a minha, não tinha nada que se meter na minha vida. E nunca se meteu, tanto que ele chegou a ver e a conhecer o J. (companheiro), agora o meu irmão já faleceu. Os outros meus irmãos, todos sabiam e nenhum comentou nada, mas esse (não era o irmão mais

velho era abaixo do mais velho) foi o único que fazia de conta que não sabia, nunca falava do assunto, mas sabia. Quando enfrentou a realidade, ficou um bocado de nariz torcido, quando soube que eu vivia com o J.. A minha irmã que ainda é viva, disse a ele: “ *já falaste com o X, já lhe destes as boas festas?*” e ele disse “ *ele telefonou para aqui ao bocado, eu acho que ele vive com um gaijo...*” e a minha irmã disse: “ *ele vive com quem quiser, a vida é dele*”, e ele disse: “ *pois agora vocês pensais todos assim, vocês é que sabeis...agora sois todos modernos.*” Ele era muito...ui o meu irmão era muito retrógrada. Era mas nunca me enfrentou, nunca me perguntou nada diretamente... nunca me perguntou nada. Eu cheguei a ir lá com o meu computador a casa dele, para ele falar com o filho que estava no estrangeiro e no fundo do computador estava uma fotografia comigo a beijar o J.. Ele viu muito bem, mas fez de conta que não viu. Não disse nada. De alguma forma aceitava, porque a vida era minha, eu disse sempre e digo a toda a gente, não fui eu que me fiz, fizeram-me. E a minha vida é a minha vida, eu faço com a minha vida o que eu quiser. Costuma-se dizer quando a gente faz bem ou mal a gente só faz a cama que se deita. É a nossa orientação, a gente já vem assim, se consideram defeito é defeito de fabrico (risos). A minha mãe aceitou muito bem a minha homossexualidade, e já era uma senhora com bastante idade. E já estamos a falar de há bastantes anos atrás, a minha mãe já morreu há 28 anos, e ela sabia...ela encobria-me. Eu tenho a certeza que de alguma forma, foi ela ajudou para que eu ficasse com o J. lá do lado onde ela está...o feitio que eu a conheço bem e o feitio que ele tem, ela ia gostar muito dele....(*Silêncio*)...ia, ia, eu sei que ia...gostar muito dele.

No seu dia a dia sente dificuldades, pelo facto de ser homossexual, junto das instituições a que se dirige? por exemplo adquirir um empréstimo bancário, deslocação ao hospital? ou outras situações no dia a dia que tivesse de expor a sua orientação?

Nas instituições bancárias nunca me apercebi de nada, nos hospitais não sei se sabiam, pois nunca me apercebi de discriminações, pois com o meu feitio, dava barraca eu tenho um temperamento que não me calava.

Se nos centrarmos especificamente na área da saúde – por exemplo com a sua médica do centro de saúde:

Alguma vez partilhou a sua orientação sexual com o seu médico de família?

Sim, a minha médica colocou o meu companheiro a ir comigo. Eu falei com ela por causa de ela o por a ele porque ele pertencia ao posto de saúde de Rio Tinto, e ela disse-me que estava muito preenchida que não tinha vagas, mas logo que pudesse, que quando tivesse uma vaga, eu trato de tudo ele que não trate de nada, eu passo-o para cá. Ela pediu-me os dados dele, passados quinze dias, e foi ela que o mudou de posto de saúde. O meu companheiro é doente dela também. A minha médica sabe da nossa vida toda, a gente conta-lhe tudo.

Lembra-se desse momento quando partilhou com ela a sua orientação sexual?

Foi um momento natural, eu disse a ela que vivia com um moço, que gostaria que ela fosse médica dele e ela disse logo que sim. Por acaso foi muito simpática, e é, eu gosto muito dela. Mas se fosse o médico anterior era capaz de não ser assim, não sei...mas ele tinha que fazer a mesma coisa que ela, não podia ir contra a minha vontade. Mas eu nunca disse nada ao médico que tinha anteriormente a esta, não sei se ele sabia ou não sabia, também não ando com um sino. Quem me perguntar eu digo logo que sim, mas quem não me perguntar eu faço de conta, não me manifesto. Era quase como no meu emprego, no meu emprego nunca tive problemas...nunca tive problemas, eu só dizia assim: *“não gostas deixa ficar, não estragues que não falta quem queira”*... (risos)... *“ninguém é obrigado a comer aquilo que não quer”* e sempre fui respeitado no emprego, por toda a gente. Eu era chefe tinha pessoal a trabalhar sobre as minhas ordens, nunca tive problemas com nenhum. É uma questão de saber dividir as águas, e também nunca andei com ninguém da fábrica, nunca quis, podia ter alguns com quem simpatizasse, e tudo mais, mas nunca quis ninguém da fábrica, uma coisa era uma coisa outra coisa era outra coisa, totalmente diferente. Há muita gente que se encobre, por exemplo quando eu tinha 18 anos, eu quando vim para aqui morar, eu sou do porto, eu morei...eu sou da foz, eu costumo dizer que sou menino da foz, só não sou é rico (risos) não sou da nota. Eu nasci na foz, nasci mesmo ali à beira do passeio alegre, num sei se conhece? **Conheço sim.** Por detrás da casa do ramalhete, daquela casa grande que se chama casa mourisca, eu nasci atrás dessa casa, na rua “estreitinha”. Eu tinha 18 anos, 19 quando saí de lá para aqui para Matosinhos, primeiro fui morar para Matosinhos depois vim para aqui para Leça e na altura aqui chamavam...eu era a flor da nossa rua.

Eu era a flor da minha rua, porque eu arranjava-me eu andava sempre, mas eu não parava aqui, eu saía de manhã e entrava à noite. Eu só vinha dormir a casa mais nada, era raro andar aí. E uma ocasião houve uma senhora muito minha amiga, que se fazia minha amiga, a gente chamava-lhe o jornal da minha rua, ela estava sempre naquele sítio todos os dias ali parada, sempre! Sempre ali... até quase em frente à minha casa. Eu na altura tinha um senhor, eu estava com ele, ele era médico e eu disse-lhe tu amanhã quando me fores buscar esperas à porta que eu vou demorar um bocado a sair, ele disse “*o que vais fazer?*”, depois tu vês. Eu saí a minha porta era grande, agora já não é, é diferente, e eu demorei tempo a abrir a porta a sair, e ele já tava com o carro parado à porta, e ela estava mesmo em frente à minha casa a ver eu entrar para o carro, e eu cheguei ali dei a volta ao carro para entrar para o lado dele e sentei-me e dei-lhe um beijo na boca. Ela parecia uma barata tonta, ela ia contra a parede ela ia contra o outro lado, ela queria fugir dali e não sabia para que lado havia de fugir. Ela ficou pior do que eu. Nunca comentou nada com ninguém, nunca me disse nada a mim e nunca mais falou no assunto, e deixou de falar de mim. Porque ela via que eu fazia aquilo que eu queria, a vida era minha. Ela chegou a dizer, as minhas filhas não têm ninguém que as venha buscar a casa, ele quase todos os dias vem um carro diferente. Era sinal que eu era bom (risos). Ela era muito cusca e havia outra ao meu lado, que ainda falo com ela, ela dá-se bem comigo que dizia...ai...como se costuma dizer? Dava aquelas bocas secas, e eu, uma ocasião disse-lhe a ela, olhe Melinha se eu tivesse os homens, não é os que eu tive, mas aqueles que eu rejeitei, você estava bem na vida, tomara você arranjar os homens que eu rejeitei (risos) Ela dizia que eu tinha resposta para tudo. E é o pobre comigo vai sem esmola mas sem resposta não vai. Desde que não falte ao respeito a ninguém, eu tenho um lema comigo que é, há noite eu deito a cabeça no travesseiro e durmo que nem um santinho, porque não tenho remorsos de nada, eu não prejudiquei ninguém eu não fiz mal a ninguém. E enquanto assim for não preciso de calmantes nem nada para dormir. O melhor remedio é ter a consciência tranquila, ate mesmo para com o meu companheiro no início, os computadores eu passava a vida a teclar, fui sempre muito brincalhão e eu brincava, o meu companheiro ficava danado não podia dizer nada a ninguém, zangava-se comigo, ainda chegou a fazer as malas algumas vezes que se ia embora, agora já não o meu companheiro já entende (risos).

O que costuma falar com a sua médica sobre a sua sexualidade?

Nunca falei nada e nunca me perguntou nada... (silêncio) **mas nunca sentiu essa necessidade?** Não nunca senti necessidade de falar nada.

Existe algum tema que tenha vontade de falar com a sua médica, do qual nunca tenham falado?

Não. Lembro de uma ocasião em que fui lá, já não me recordo para o que foi...já não sei o que fui lá fazer, sei que baixe as calças, e o meu companheiro ia comigo e depois disse tiras-te a roupa toda, escusavas de ter tirado a roupa toda. Eu baixe as calças e fiquei completamente nu da cinta para baixo, e ele (companheiro) ralhou comigo...já sei, fui lá para mostrar as virilhas, eu tinha que mostrar tudo! Eu sou muito prático o que tenho a dizer digo, se tiver de falar com a médica alguma coisa sobre isso, falo. Ela, a médica, põe-nos muito à vontade. Tanto quando vamos à médica, à consulta, ele tem consulta eu entro com ele, se sou eu ele entra comigo. Vamos sempre os dois, só se ele estiver a trabalhar é que não vai comigo. Vamos sempre juntos.

Acredita que a sua orientação sexual de algum modo poderá vir a interferir no seu envelhecimento?

No meu envelhecimento não! Não porque tenho o meu companheiro e também tenho muita gente amiga, no sítio onde eu moro também tenho muita gente amiga, mesmo amigos. Existe também muita cusquice...mas existe muita gente amiga, que o meu companheiro também conhece e sabe quem são.

Planos e perspetivas para o futuro?

Sim temos de continuar a viver dentro das nossas possibilidades, um dia de cada vez... (silêncio), porque a gente... (pausa), os meus sogros são muito meus amigos de há um ano para cá, porque tivemos três anos escondidos. Os meus sogros desconfiavam mas não tinham a certeza, mas agora... e os meus sogros são mais novos que eu, dez anos. E eu vou para lá, ainda ontem saímos, fomos ao dentista com o pai do meu companheiro, e no fim de semana estive lá em casa, andamos a arranjar o terreno que eles têm.

Arranjar os galinheiros, por causa dos pintainhos e das galinhas, os cães que andam sempre a fugir e andamos lá a trabalhar. E dá saúde. Semeamos batatas, plantamos couves é tudo flores, a perspectiva do meu futuro é continuar a ser feliz, um dia de cada vez, enquanto continuarmos a gostar um do outro, tenho quase a certeza que vai continuar a ser até à velhice. Eu e ele temos um feitio totalmente diferente um do outro, é por isso que nos damos bem. Os opostos atraem-se, às vezes ele fica danado comigo e fica “enfocado”, mas passado um bocadinho já não é nada. Se tivesse-mos o mesmo feitio era capaz de haver choque. Eu tive uma senhora amiga nossa que nos disse que, que ele é Touro eu sou Escorpião, que o Escorpião é o único signo que consegue aturar o Touro. É por isso que nos damos bem.

Anexo 6 - Dados sócio demográficos do participante R

Idade

65 Anos

Cidade

Matosinhos

Sexo

- Feminino
 Masculino

Escolaridade

- Sem escolaridade
 1º Ciclo (1º a 4º ano de escolaridade)
 2º Ciclo (5º a 6º ano de escolaridade)
 3º Ciclo (7º a 9º ano de escolaridade)
 Secundário
 Licenciatura/Bacharelato
 Mestrado
 Doutoramento
 Outro

Estado civil

Solteiro

Vive sozinho?

Sim

Situação face à profissão

Reformado, empregado de hotelaria

Anexo 7 – Participante R (transcrição da entrevista)

Boa tarde Sr. R., desde já agradeço toda a disponibilidade demonstrada em participar nesta entrevista (sendo que esta, vai ser mais uma conversa informal que propriamente uma entrevista rígida). Gostaria de pedir a sua autorização na utilização do gravador, que permite-me mais facilidade na análise da informação.

Com certeza pode gravar.

Com a sua permissão vamos dar início à entrevista...

Quando pensa nas pessoas mais velhas qual a palavra que as define?

Que as defino? **Sim, uma pessoa Idosa, velha, terceira idade, quarta idade.** Há tanta coisa para definir...não sei eu como as trato por meninas, passo por elas e digo olá meninas, o que importa é o astral entre aspas...tento sempre por as pessoas para cima, não é aquela...felizmente tenho um grupo de amigos tudo meio doido, tudo reformado mas tudo ativo, são esses os meninos e as meninas.

E o que é para si ser idoso?

É encarar o tempo e as nossas perdas, não temos a mesma energia da que tens quando somos novos, não podendo fazer certas coisas, aliás posso fazer mas não devo... **sente que existem perdas sociais? Isto é, perda de Família amigos?** Sim, depende...às vezes também me isolo um pouco, na minha família tudo ganha bem e vive numa pobreza total, aquela coisa não podem gastar ficam sempre por casa, acabei por me afastar deles, mas preocupam-se com aparência que transmitem aos outros, daí ter-me afastado não me relaciono muito com a família. De vez em quando apareço apenas a uma prima minha, já não tenho paciência.

Mas de alguma forma sente que o seu relacionamento familiar foi, prejudicado pela sua orientação sexual?

Não, embora de vez em quando mandem umas piadinhas. Mas toda a gente sabe e fica por aí mesmo, com as piadinhas que eu não ligo.

O que mais o preocupa quando pensa no seu envelhecimento?

O que mais me preocupa? Eu acho que é as doenças...do que já passei, já fui duas vezes transplantado do fígado...o meu companheiro morreu de sida... (silêncio)

E considera que a sua orientação sexual de alguma forma interfere no seu dia a dia?

Não! De maneira nenhuma, nunca interferiu há muitos anos que me assumi, não tenho medo, não tenho esses problemas de homofobia nem disto ou daquilo...

No seu dia a dia sente dificuldades, pelo facto de ser homossexual, junto das instituições a que se dirige?

Não, nunca tive esses problemas, as pessoas as vezes ficam meias inferiorizadas e aí é que dá origem a certas bocas e a certos comentários. Por exemplo a pastelaria Fernandes, eu já sei que quando chego lá os empregados falam, mas não fico chateado. Que falem (risos), porque havia de ficar chateado? São educadíssimos, o resto a gente já sabe...que falem. Antes esses que já nos conhecem, existem pessoas que pensam que é uma ofensa e fazem logo uma história com isso. Saí de casa muito cedo eu sei tomar bem conta de mim.

Se nos centrarmos especificamente na área da saúde – por exemplo com a sua médica do centro de saúde:

Alguma vez partilhou a sua orientação sexual com o seu médico de família?

Sim toda a gente sabe lá no hospital, podem perguntar por mim (risos)

E recorda-se desse momento em que partilhou com o seu médico?

Não me recordo, já foi há muitos anos, as pessoas já me conhecem e não é de hoje. Tive um restaurante com um amigo meu, toda a gente sabia que eramos *gays*, fornecedores, clientes, toda a gente. (silêncio) acabou por fechar, ele morreu de sida.

Sobre a sua sexualidade o que costuma falar com a sua médica?

Nada...Olhe à médica de família só lá apareço quando preciso de receitas. Até perdi a médica de família porque já não ia lá há algum tempo e quando fui lá disseram-me, já não tem médica de família.

De resto tenho aqui o médico do Hospital, uma equipe fantástica, só o fígado é que foi mais preocupante de resto nunca tive assim doenças.

Acredita que a sua orientação sexual de alguma forma poderá vir a interferir no seu envelhecimento?

Talvez... se não tivesse sido gay, tudo muito doido, anos 60 anos 70, houve a revolução francesa de 68, depois foi uma liberalização total dos gays, nessa altura fui para fora do País e apanhei essa revolução toda fora de Portugal. E aí foi uma coisa...mas era em todo o lado, aqui acho que não era, aqui as pessoas são todas muito politizadas, muito pouco conscientes dos seus direitos, aqui é tudo muito conservador. E agora é pior que os nossos pais. A igreja católica também não ajuda, as pessoas têm de acreditar em alguma coisa, são pobres coitados...(silêncio) **mas diga-me o porquê de vir a interferir com o seu envelhecimento?** Olhe assim não sei...**mas algum receio? O de ser institucionalizado num lar?** Não, não me afeta nada, eu já tive num, enquanto recuperava e era bem tratado, mas não há nada como a nossa casinha, tive meses no santo António mas não há nada como a nossa casa.

Os seus planos e perspetivas para o futuro?

Saúde, animado anda ser para trás e para a frente. Já não faço planos, hoje em dia...depois de estar em casa a ver um jogo de futebol e ter ido parar às urgências, nos cuidados intensivos, não posso fazer mais planos. Gostava muito de viajar, mas até isso

tive que deixar, tenho receio, depois não conheço, ninguém sabe quem eu sou, o que posso tomar e o que não posso. Viajei sempre agora não, depois destes problemas. E sobretudo depois de estar em casa a ver o futebol e ir para os cuidados intensivos. Aqui também estou sempre entretido, de manha trato das minhas coisas, depois saio de casa vou até ao aquário dar de comer as uns gatos que abandonaram e vou lá sempre dar de comer. Depois aparece sempre lá alguém, que ali é um lugar gay, há sempre alguém conhecido, seja se manha ou seja de tarde. Depois venho para o Porto, apanho o autocarro lá e saio aqui, almoço aqui. Depois vou para casa, ao fim do dia por volta das cinco e meia da tarde volto a sair, os meus amigos acabam o trabalho e vamos para o café. Quando quero ler alguma coisa estrangeira vou para a biblioteca, e assim passo o meu tempo. E cuido da minha gata, que foi abandonada, e eu fiquei com ela, e assim passo os meus dias.

Anexo 8 - Dados sócio demográficos do participante E

Idade

61 Anos

Cidade

Paços de Ferreira

Sexo

- Feminino
- Masculino

Escolaridade

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo (1º a 4º ano de escolaridade)
- 2º Ciclo (5º a 6º ano de escolaridade)
- 3º Ciclo (7º a 9º ano de escolaridade)
- Secundário
- Licenciatura/Bacharelato
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

Estado civil

Solteiro

Vive sozinho?

Sim

Situação face à profissão

Funcionário Público

Anexo 9 – Participante E (transcrição da entrevista)

Boa tarde Sr. E., desde já agradeço toda a disponibilidade para ter esta pequena conversa comigo. Gostaria de pedir a sua autorização na utilização do gravador.

Esteja à vontade.

Quando pensa nas pessoas com mais idade qual é a palavra que de imediato lhe vem à cabeça?

Assim de imediato...vem velho, dependente, dificuldade não deixa de ser um bocadinho triste (silêncio) ...**Mas porquê?** É assim...quando somos novos pensamos sempre que o ser velho está muito longe, quando começamos a aproximar-nos damos-nos conta que estamos a caminhar para a velhice...sentir que aquilo que fazíamos já não conseguimos fazer, se calhar aquilo que nos parecia estar longe está efetivamente muito mais perto.

Como define as pessoas mais velhas?

Raras são as exceções mas eu acho que ser velho é triste, eu não quero ser velho!

O que é para si terceira idade? Ser idoso? Já disse há pouco que era o fim...

É o fim sim menina e temos que aceitar isso com naturalidade, claro que para as pessoas que envelhecem e acabam por ter a realização familiar. E com isto quero dizer que, acabam por casar, ter filhos, netos se calhar vêm ali alguma esperança de dar continuidade há sua família, ou seja no fundo é a eternidade através da família. Nós nesta condição perdemos um pouco isto, acabamos por dar continuidade através dos sobrinhos da família que não é tao próxima.

Sente então de alguma forma que existem perdas sociais?

Sim, existem efetivamente perdas sociais, mas é inevitável. Também acho que não há uma condição perfeita. Se calhar tendo esta orientação ao longo da vida tive

oportunidade de fazer coisas que as pessoas que constituíram família não as fizeram. Se calhar tive essa oportunidade. Portanto não tenho que chegar a esta etapa da vida e sentir que não fiz umas coisas, mas consegui fazer outras... **Pode-me dar algum exemplo?** Claro, consegui viajar muito mais, acabei por ter mais qualidade de vida no que diz respeito em pensar mais em mim e menos nos outros porque não tinha dependentes diretos. E pensando bem, sinceramente acho que não senti falta.

Sente que de alguma forma o seu relacionamento familiar foi prejudicado pela sua orientação sexual?

Acaba sempre por ser prejudicado quando não é assumido. Existem sempre constrangimentos evidentemente. Claro que quem tem uma família que tem irmãos, que tem ainda os pais ainda vivos, claro que em épocas especiais, aniversários, Páscoa, Natal, passagem de ano e que há uma certa vontade de juntar toda a gente mas para evitar constrangimentos evitamos estar em grupo...em família.

O que mais o preocupa no seu envelhecimento?

A ideia ainda me está muito presente, e nesta fase ainda acho que, embora ainda tenha alguns cuidados comigo, e quando vejo uma pessoa da minha idade há sempre aquela comparação, claro, e há sempre aquela noção de que estou sempre muito melhor que os outros, nesse sentido acabo por pensar que para ser velho ainda falta um bocadinho. Não falta tanto como...mas ainda falta um bocadinho (risos). **Então não existe nenhuma preocupação neste momento da sua velhice, do seu futuro?** Sempre tive muito presente que não ia chegar a velho.

Considera de alguma forma que a sua orientação sexual interfere no seu envelhecimento?

Acaba por afetar sempre mesmo aquelas pessoas que dizem que não afeta. Afeta sempre mas se calhar como a outras pessoas afetam outras coisas. Se calhar há coisas que não me afetam a mim e se calhar há constrangimentos para as outras pessoas. Portanto é encarar isso com normalidade. As coisas não são perfeitas e aceitar a imperfeição é aprender a lidar com essas dificuldades diariamente. **E quais são as dificuldades que**

pode encontrar pode-me dizer uma ou duas? É assim...é esperado de uma pessoa que até tem uma vida social ativa, determinados comportamentos, é de esperar que uma pessoa aos trinta, quarenta, cinquenta ou sessenta anos tenha tido um casamento, tenha tido filhos. Por vezes as pessoas abordam, partem logo do pressuposto que há um casamento que há filhos... e não quando assumimos que não, que não há, existe sempre aquele olhar estranho...aquele olhar de hummm...algum problema, aquela pessoa tem algum problema, algo se passou que podemos justificar de várias formas e que entendo que a vida pessoal é única, é da pessoa não tem de ser partilhada, mas que as pessoas acabam por inevitavelmente fazer julgamentos.

No seu dia a dia sente dificuldades pelo facto de ser homossexual junto das Instituições a que se dirige?

Sim...(silêncio) acaba por acontecer por exemplo quando vamos a um banco ou a um médico há sempre questões que não têm de ser tocadas pelo menos inicialmente mas que acabam por afetar. Se ocultarmos sentimos que há ali qualquer coisa que falha, por outro lado se há uma certa abertura em que estamos à vontade de falarmos sobre o assunto, acho que é uma exposição desnecessária que se calhar nem vale a pena.

Aproveitando o facto de falar em médico se centrarmo-nos especificamente na sua médica do centro de saúde, alguma vez partilhou a sua orientação sexual com ela?

Não! Nunca senti necessidade de partilhar ou de ter algum esclarecimento. Mesmo porque no meu caso específico é uma médica um pouco mais velha que eu...que se calhar ela...pelo menos é aquilo que eu penso acho que ela ia ter alguma dificuldade em aceitar...e como acabo por viver num meio que ainda considero pequeno...acho que as pessoas ainda não estão preparadas para...

Em nenhuma altura da sua vida sentiu necessidade que ela soubesse e não a abordou... (interrompida)

Não! Porque quando tenho dificuldades e porque posso dizer felizmente sou uma pessoa com alguns conhecimentos acabo por pesquisar na Internet e acabo por também na dúvida por consultar pessoas, amigos com a mesma orientação sexual, alguns até
Inês Leite (Nº 110121003)

médicos que falamos abertamente até dos problemas que nos afetam ou outros problemas que surgem e facilmente conseguimos uma solução.

Acredita de alguma forma que a sua orientação sexual poderá interferir no seu envelhecimento?

Sem dúvida (silêncio prolongado) ...em todos os aspetos...eu sempre assumi, como já disse que não ia ser velho mas há uma parte de nós que diz...bem há essa possibilidade então desde os meus quarenta anos que começa a ficar essa situação mais presente...acautelar a velhice reunir condições para se ficar num estado de dependência ter condições de ir para um lar, ter os cuidados que necessito sem ter de recorrer à família. Por vezes os filhos nem sempre cuidam dos pais...muito menos vão cuidar de um tio. Dessa forma nós temos de acautelar. Mas também acho que não queria que um sobrinho ou um primo ou seja quem for que cuidasse de mim. Sinto que foi uma opção minha seguir este caminho e agora como opção que foi...tenho que providenciar as condições para ter um envelhecimento digno. Não me assusta ir para um lar, pelo contrário assusta-me é estar sozinho e não ter a quem recorrer numa situação de fragilidade.

Quais são os seus planos e perspetivas para futuro?

Continuar a fazer tudo o que sempre fiz e ter qualidade de vida...e ser feliz.

Anexo 10 - Dados sócio demográficos do participante A

Idade

68 Anos

Cidade

Porto

Sexo

- Feminino
- Masculino

Escolaridade

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo (1º a 4º ano de escolaridade)
- 2º Ciclo (5º a 6º ano de escolaridade)
- 3º Ciclo (7º a 9º ano de escolaridade)
- Secundário
- Licenciatura/Bacharelato
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

Estado civil

Solteiro

Vive sozinho?

Não, vive com os filhos

Situação face à profissão

Reformado, Técnico oficial de contas

Anexo 11 – Participante A (transcrição da entrevista)

Boa tarde Sr. A., desde já agradeço toda a disponibilidade para ter esta pequena conversa comigo. Gostaria de gravar esta nossa conversa se não existir qualquer incómodo da sua parte.

Pode sim.

Quando pensa nas pessoas mais velhas qual é a palavra que lhe vem à cabeça?

Idosos! Idosos...e o termo terceira idade... **E porquê?** Primeiro porque são idosos, pessoas mais velhas e depois terceira idade poderá se dizer que é o estágio máximo do crescimento da pessoa em que nós já estamos no último patamar...

Mas como as define?

Como as defino? A terceira idade é aquela idade em que nós olhamos para trás e vemos tudo o que fizemos, tudo que experienciámos durante a nossa vida e que já sabemos que pouco mais poderemos fazer para atingir os nossos objetivos, sempre é possível crescer um pouco mais, mas não atingir a plenitude de que quando somos novos. **Isso é para si o que é ser idoso? Atingir a plenitude?** Sim, é não conseguir crescer mais...

Sente de que de alguma forma existem perdas sociais, perdas de amigos, família?

É assim perda de amigos, acaba sempre por haver, porque primeiro os idosos como nós têm tendência a falecer, logo perdemos amigos na terceira idade. Agora em termos de mudanças sociais, claro que não somos tão ativos socialmente como um jovem de vinte ou um adulto de trinta, queremos e temos as nossas atividades mas nunca serão tão divertidas como quando éramos novos.

E relativamente ao seu relacionamento familiar sente que foi prejudicado pela sua orientação sexual?

Neste caso convém dizer ...primeiro é se o meio seio familiar tem conhecimento da minha orientação sexual e segundo se tem que é o meu caso...no início ficaram um bocado reticentes porque ninguém espera que uma pessoa comece a gostar de alguém do mesmo sexo, tornou-se um bocado difícil de encaixar...mas até agora tenho lidado bem com a situação e tenho que agradecer à minha família por ter aceite a minha orientação sexual. Já há algum tempo que a família sabe, depois não escondi o que sentia ou deixava de sentir por pessoas do mesmo sexo. Neste caso os meus filhos que têm uma mente aberta e conseguiram encaixar bem...**Então os seus filhos têm conhecimento da sua orientação?** Sim eles estão totalmente a par da minha orientação sexual e aceitam-na como se fosse uma orientação heterossexual.

O que mais o preocupa quando pensa no seu envelhecimento?

Ficar sozinho...sem ninguém à minha volta...porque como já referi todas as pessoas do meu tempo, da minha idade...muitas vão falecendo, muitas ficam doentes acamadas e são poucos, uma pequena percentagem se consegue manter ativa. O meu receio é mesmo esse, não ter ninguém do meu tempo...os meus amigos, os meus colegas de infância que estejam à minha beira. **E os seus filhos poderão dar algum apoio no sentido de atenuar a solidão?** Sim claro, estão sempre próximo de mim e apoiam-me em tudo o que quero fazer.

Considera que de alguma forma que a sua orientação sexual interfere no seu dia a dia?

Não porque eu não ando a bradar aos ventos qual a minha orientação sexual, por isso tudo o que fazia antigamente e o que faço agora é perfeitamente igual nada disso evidência a minha orientação para com mundo à minha volta.

Já existiram situações em que sentiu dificuldades pelo facto da sua orientação sexual junto de instituições a que se teve de dirigir?

Não! Porque poucas são as que perguntam a minha orientação sexual, depois tenho tendência a não falar da minha vida privada com ninguém. A não ser com as pessoas que me são próximas e queridas. Logo essas instituições em nada têm de saber o que faço ou deixo de fazer.

Mudando um pouco de assunto e centrarmo-nos na área da saúde, alguma vez partilhou com a sua médica de família a sua orientação?

Neste caso o meu médico de família, sim. Pensei que seria saudável para mim e para o meu médico saber qual a minha orientação sexual, caso exista algum problema nesse campo penso que será uma sinceridade haver entre médico/paciente.

Recorda-se do momento em que o fez?

Sim e o meu médico disse logo que isso não interfere com a posição dele e que me dá todo o apoio caso exista algum problema e os cuidados são iguais quer seja para um casal homossexual ou um casal heterossexual.

Sobre a sua sexualidade o que costuma falar com ele?

Em termos de sexualidade o que faço ou deixo de fazer, o que gosto ou não gosto de fazer, isso não tem nada a ver com a relação que tenho com o meu médico. Agora se tiver algum problema de saúde que advêm dessa situação assim vou conversar com certeza.

Acha que de alguma forma a sua orientação sexual poderá interferir no seu envelhecimento?

Não, sinto-me feliz que é isso que devo sentir nesta fase da vida, que é sentir-me completo, sentir-me feliz com a pessoa que estou, feliz comigo mesmo, sinto-me bem comigo mesmo e em nada me incomoda a minha orientação.

Quais os seus planos e perspectivas para futuro?

Manter-me saudável, manter-me feliz, viver esta fase da melhor maneira possível, aproveitar todos os momentos.

Anexo 12 - Dados sócio demográficos do participante M

Idade

66 Anos

Cidade

Maia

Sexo

- Feminino
- Masculino

Escolaridade

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo (1º a 4º ano de escolaridade)
- 2º Ciclo (5º a 6º ano de escolaridade)
- 3º Ciclo (7º a 9º ano de escolaridade)
- Secundário
- Licenciatura/Bacharelato
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

Estado civil

Solteiro

Vive sozinho?

Sim

Situação face à profissão

Reformado, Empresário em nome individual

Anexo 13 – Participante M (transcrição da entrevista)

Boa tarde Sr. M., desde já agradeço toda a disponibilidade para ter esta pequena conversa comigo. Gostaria de pedir a sua permissão para gravar esta nossa conversa.

Por mim não existe qualquer inconveniente.

Quando pensa nas pessoas mais velhas qual é a palavra que lhe vem à cabeça?

Talvez...necessidade... **(longo silêncio). Mas porque necessidade?** Porque é uma idade em que estamos mais fragilizados e começamos a precisar mais do apoio de terceiros e...não podemos contar tanto com ...connosco próprios...talvez por isso.

Normalmente como define os idosos?

Talvez pessoas mais fragilizadas, se calhar já num patamar da vida que se começa a encarar a vida de forma diferente. **Mas normalmente quando se refere a um mais velho diz a palavra idoso, velho, terceira idade...** Pessoa idosa, é uma idade complicada, começamos a encarar a vida de outra forma...se calhar a chegar a uma fase...não diria terminal não é mas... se calhar começamos a ver que não temos muito mais tempo e isto de certa forma nos faz encarar a vida de uma forma diferente.

O que mais o preocupa quando pensa no seu envelhecimento?

O facto de um dia vir a precisar de alguém e não ter ninguém ao meu lado para me apoiar nas coisas mais básicas do dia a dia.

E relativamente ao seu relacionamento familiar sente que foi prejudicado pela sua orientação sexual?

Sim, de certa forma sim. Com a família mais próxima...pais e irmãos... nos acabamos nós próprios afastarmo-nos um pouco...

Sente de que de alguma forma existem perdas sociais, perdas de familiares...amigos?

Sim... (longo silêncio), **mas só de familiares, só de amigos ou de ambos?** De ambos...também de amigos, se calhar vimos outros amigos que começam a partir e de familiares também... e com o tempo a própria vida vai afastando um pouco as pessoas.

Considera que de alguma forma que a sua orientação sexual interfere no seu dia a dia?

Sim um pouco talvez na questão do relacionamento social, com outras pessoas talvez, para me resguardar um pouco me isolo um pouco mais.

Já existiram situações junto de instituições a que dirigiu por exemplo hospitais, bancos em que a sua orientação sexual teve de ser exposta ou de alguma forma o prejudicou?

Não sinto tanto isso porque eu próprio também não me exponho, tento deixar que isso não seja do conhecimento. Ou seja tento de certa forma esconder.

Mudando um pouco de assunto e indo mais centrarmo-nos no campo da saúde, alguma vez partilhou com a sua médica de família a sua orientação?

Não... (longo silêncio). **Porque nunca a o fez? Nunca sentiu essa necessidade?** Sentir essa necessidade sinto mas talvez não me sinta à vontade para o fazer.

Acha que de alguma forma a sua orientação sexual poderá interferir no seu envelhecimento?

Sim...sim ...pelo facto de ter esta orientação condicionou o facto de constituir família ter filhos e tenho um medo...um pouco de certa forma da solidão. Talvez de não ter família para depois ...quando digo família digo a parte de filhos ou de um companheiro estável que esteja ao meu lado quando realmente precisar.

Quais os seus planos e perspectivas para futuro?

Talvez apostar um pouco mais na minha qualidade de vida, no meu lazer, no meu bem-estar, gostaria de fazer viagens, gostaria de conhecer outros sítios...principalmente apostar no meu bem-estar.