

**SIDA E O IDOSO  
METODOLOGIAS EDUCATIVAS DE ÂMBITO PREVENTIVO**

CLÁUDIA CHAVES\*

*“Em 1999, de acordo com o CDC (Center Disease Control), 78.000 pessoas com 50 ou mais anos desenvolveram SIDA, 10.000 dos quais tinham mais de 65 anos. Esta população pode não estar consciente dos riscos, necessitando de informação, educação, e eventualmente de alteração dos seus comportamentos”*

*(Moura et al., 2002, p. 21).*

O síndrome da imunodeficiência adquirida (**SIDA**) foi considerado durante alguns anos como uma afecção exclusiva dos indivíduos jovens. Dutschmann (1998) descreve que só a partir de 1985 as manifestações clínicas da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (**VIH**) foram observadas em doentes com mais de 60 anos. Actualmente, este grupo está em franca progressão. Inicialmente, a transmissão pelo sangue e derivados era considerada a principal via epidemiológica, 46,5% a 54,5% dos casos; no entanto, na década de 90, o meio de transmissão mais frequente foi o contacto homossexual, seguindo-se o heterossexual.

Neste grupo etário é urgente a utilização de medidas preventivas e de educação para a saúde eficaz, uma vez que só um sexto dos indivíduos com comportamentos de risco utiliza protecção.

Este artigo não pretende, de forma alguma, ensaiar um esboço de um modelo preventivo, face ao complexo problema da SIDA no idoso.

Tomando no seu conjunto, como horizonte significativo de preocupação, tentaremos, no terreno da educação para a saúde e de outras formas de saber, responder às seguintes perguntas: primeiro, como será possível, nas actuais circunstâncias, promover a melhoria dos programas preventivos na área da SIDA, tendo ainda em conta a construção e o desenvolvimento desta nova epidemia? Segundo, em que medida o trabalho de aprendizagem, em contexto de comunicação pedagógica, poderá afectar, específica e positivamente, a existência de cada idoso, em especial nos aspectos da descoberta, do “cuidar de si”, da sua relação com os outros e com a sua própria natureza? Terceiro, quais os princípios e os métodos que deveremos assegurar, na

---

\* Assistente do 1º Triénio na Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

prática do dia-a-dia, da nossa acção como profissionais de saúde, para a prossecução da perspectiva de trabalho educativo/preventivo, com o idoso?

De há umas décadas a esta parte, as sociedades do mundo ocidental, num movimento reflexo de outras regiões do globo, conheceram um assassino silencioso!

Não se trata de uma mera virose, mas de uma profunda e complexa agressão a uma sociedade, independentemente da realidade em que se situa, como, por exemplo, da “sociedade pós-moderna”, “sociedade pós-industrial”, “sociedade da informação e do conhecimento”, “capitalismo desorganizado”, “sociedade de risco”, ou ainda de “modernidade reflexiva” (Tedesco, 2001).

O que caracteriza esta epidemia – a SIDA, é o seu carácter de universalidade, é um vírus apto para qualquer raça, sexo, idade, credo ou religião. Forçou a nossa consciência dos direitos humanos, em especial a nível cívico e político, à abertura a novas experiências no ramo da imunologia, mas também se traduziu em desconforto, exclusão, insegurança, ansiedade, raiva e desnorte.

Reconhecemos, sem dificuldade, onde opera e se manifesta.

O efectivo crescimento económico, nos países desenvolvidos, e de um modo genérico à escala de todo o planeta, está a ser acompanhado por um aumento de concentração da riqueza e da desigualdade social. Se hoje emerge uma preocupação ecológica, na realidade ainda não é partilhada por todos nós.

As novas tecnologias de informação e comunicação, se por um lado favorecem a difusão de saberes, por outro aparecem associadas ao culto da imagem, em detrimento da palavra e da interioridade. A libertação da estrutura rígida do passado foi ocupada pelo culto do efémero e a fragilidade das relações humanas (Belchior, 2003).

Apesar do célere progresso do conhecimento científico, o seu ritmo, a sua natureza parcelar e a sua linguagem hermética não facilitam a assimilação pelos cidadãos, nomeadamente a nível quotidiano e também a nível da actividade profissional, sobre o quanto estão expostos a esta ameaça – a SIDA.

Às concepções totalizantes e fechadas do mundo e da vida, sucederam-se maneiras de pensar fragmentárias e desconexas, com carência de ideias, bem como do voluntariado que lhes estava associado na modernidade (Belchior, 2003). A elevação dos níveis educativos e de formação profissional não tem contribuído, como se esperava, para o desenvolvimento da identidade dos sujeitos e para a melhoria da saúde de cada um de nós. Por último, face a questões essenciais, como a promoção da saúde e prevenção da doença, o pensamento científico tem-se dividido em correntes divergentes.

Estas encruzilhadas e ambivalências são “naturais”. São características genéricas do espírito do tempo, segundo Jansen (1998, p. 114), são “o vai-vem entre estes modos contrastivos de experimentar a transformação social, que acontece nos corações e nas mentes da vasta maioria dos actores sociais”, e “o resultado desta luta

será sempre incerto, provisório e contingente”.

Então, todos, também, temos a responsabilidade de, nos nossos planos do pensamento e da acção, de acordo com os recursos existentes, nos protegermos. Será essa a esfera de influência de cada um de nós na SIDA?

Se a evolução do conhecimento científico-natural revelou que a intersubjectividade se articula e subjaz à objectividade (Belchior, 2003, p. 203), então esta dimensão intersubjectiva é perfeitamente perceptível nas ciências sociais e humanas. Que contributo buscar?

Habermas (1986) referia que um enunciado ou um documento pode ser identificado em duas situações distintas: enquanto acontecimento observável e como plano subjectivo, com capacidade para ser compreendido. Então, podemos descrever um ruído sem termos a noção do seu significado. Para apreender o significado, é necessário participar em acções comunicacionais, de tal modo que a frase utilizada seja inteligível para o locutor, o auditor (o que ouve) e os membros da comunidade linguística. Nas acções comunicacionais, a relação é tríplice: “Com o mundo objectivo (enquanto totalidade do que é efectivo ou poderia sê-lo), com o mundo social (enquanto totalidade das relações interpessoais legitimamente estabelecidas) e com o mundo subjectivo (como totalidade das experiências subjectivas, a que o locutor tem um acesso privilegiado)” (Habermas, 1986, p. 45). As ciências sociais pressupõem não só a observação, mas também a participação, tem que se “compreender o que é dito” (Habermas, 1986, p. 48), logo, para prevenirmos a SIDA no idoso temos de articular com o idoso e não para o idoso.

De acordo com Belchior (2003, p. 204), os juízos de valor impõem-se aos discursos sobre os factos. Mas se nos socorrermos do conhecimento científico, a nível das ciências exactas e naturais, e também sociais e humanas, a valorização da intersubjectividade irá ter o mesmo reconhecimento do plano do conhecimento. Então, a aprendizagem implica que se articulem e subordinem os processos de interpretação, argumentação, justificação, capacidade de rever as posições e de corrigir os erros (Habermas, 2003).

Na perspectiva comunicacional afigura-se como o mais adequado o domínio do saber; embora complexo, na área da SIDA, pois para além dos conceitos, há um forte recurso a categorias de ordem intuitiva e simbólica, por certo múltiplas e difíceis, que emergem, mas cujo contributo é promissor para uma melhor compreensão do homem – da sua condição externa e, fundamentalmente, da sua realidade interior.

Parece-nos agora oportuno fazer uma breve referência às relações entre as palavras utilizadas aquando fiz alusão ao idoso. Para Daraki (1989, p. 169), viver em conformidade com a natureza tem várias conotações. Primeiro, distingue a natureza, que é activa, da matéria que é passiva e que impele o homem à recusa da tecnologia como

factor determinante. Em segundo lugar, a Natureza é um elemento divino, “razão”, “alma” e espírito, que se manifesta no homem e que guia todo o ser a conciliar-se consigo mesmo. Por último, o ser humano, enraizado na vida, é incentivado a exceder-se, a realizar o melhor de si mesmo.

Estamos face a um humanismo, que não é essencial e estático, mas activo e existencial: “a identidade humana não é um dado, mas um objecto de conquista” (Daraki, 1989, p. 168).

É habitual a distinção entre ensino, enquanto transmissão formal de conhecimentos, e educação, que remete para a construção da personalidade e o processo de socialização.

A aprendizagem conhece o seu período mais crítico e significativo na infância, mas desenrola-se ao longo de toda a vida.

A percepção da capacidade para aprender ao longo do ciclo da vida, neste caso dos idosos, parece accionar um estereótipo social relativamente ao declínio da inteligência, memória e criatividade. No qual obviamente não incluímos José Saramago, Einstein, Woody Allen, Lobo Antunes, Fernando Pádua, Daniel Serrão, Virgílio Ferreira, Miguel Torga, Agustina Bessa Luís, Sophia de Mello Breyner, Eunice Muñoz, Rosa Lobato Faria, Mário Soares, Rui de Carvalho, José Cardoso Pires, Pinto da Costa, Jorge Sampaio, Vaz Serra, Siza Vieira, Júlio Pomar, Simone de Oliveira, Eusébio, Mick Jagger, Paul McCartney, Neil Diamond, Kofi Annan, Jacques Chirac, Isabel II, Vitorino de Almeida, Adriano Moreira...

Esta estereotipia negativa é interiorizada por todos nós enquanto envelhecemos, atribuindo-nos estilos debilitantes, motivações extrínsecas e eventuais profecias de fracasso, que se auto-realizam, com consequências nefastas para o processo de aprendizagem de idosos (Lima, 1997).

“A criança tornou-se o «homem original» da psicologia moderna. Esta tendência baseia-se no pressuposto segundo o qual os valores e interesses sociais do adulto derivam de outros motivos, mais primários, observados na sua forma mais pura, na primeira infância (...). Não surgem questões na vida adulta que tenham importância por si mesmas (...), e que são mais do que expressões indirectas das atitudes infantis?” (Asch, 1977).

A este propósito poder-se-ia considerar a existência de uma idade, socialmente estabelecida nas sociedades ocidentais, para aprender: a infância e a juventude.

No que respeita à actividade cognitiva, verificou-se que, mesmo quando não se alteram as capacidades requeridas ao desempenho de uma tarefa, alguns idosos adoptam a perspectiva de que os outros são mais capazes de conseguir melhores resultados, aceitando assim os idosos os estereótipos acerca do declínio intelectual.

Lachman e Leff (1989, cit. por Schaie e Willis 1991), sugerem que quando os

idosos não são influenciados por imagens negativas, consideram uma estratégia eficaz desistir da responsabilidade de desempenhar algumas tarefas, revelando-se mais sensíveis aos riscos da mudança: tentam proteger a sua auto-imagem, desistindo do controlo da situação, que preferem a experimentar o fracasso.

É com base em estratégias deste tipo que podem ser reforçadas representações sociais que incluem teorias implícitas da inteligência adulta, com base na pressuposta deterioração das capacidades intelectuais com a idade, iniciando-se assim um ciclo negativo de insucesso em actividades cognitivas (Lima, 1997).

Esta situação é preocupante, cabendo aos agentes educativos assegurar a participação dos indivíduos nas actividades de aprendizagem, desenvolvendo atitudes positivas, mantendo-as e robustecendo-as, se já suficientemente desenvolvidas (Simões, 1987).

É uma das funções do educador promover o empenhamento do adulto e do idoso na sua própria actualização.

À luz da teoria da pedagogia humanista rogeriana, deverá ser promovido, na escola e na turma, um clima positivo e de confiança, favorecedor, da parte do estudante, um conhecimento íntimo do outro (“empatia”) e do si (“congruência”); esse clima não dispensa uma estruturação, contudo o que mais se interioriza e perdura é o que envolve a pessoa por inteiro, com a sua inteligência e os seus sentimentos, num processo de conhecimento e auto-descoberta de “si mesma e por si mesma” (Pourtois e Desmet, 1997, p. 226).

A educação activa ou pedagogia nova reconhece a tendência natural do ser humano para a actividade, a sua propensão para explorar, manipular, construir e investigar. Sendo a inteligência humana intrinsecamente activa e auto-construtora, a experiência e a prática constituem as bases indispensáveis a todo o conhecimento reflexivo; assimilar a experiência às estruturas dedutivas e acomodar estas estruturas aos dados da experiência, formular hipóteses e submetê-las à prova dos factos, reflectir e argumentar sobre as tarefas realizadas, eram algumas das medidas preconizadas por esta corrente de pensamento.

A pedagogia behaviorista assenta no princípio de que uma conduta se mantém ou elimina em função da natureza recompensadora ou punitiva das suas consequências.

Esta teoria visa, acima de tudo, reforçar cada etapa da aprendizagem mais de uma forma positiva do que negativa, ou seja, aprovando as tarefas em que se obteve êxito e auxiliar o estudante a superar as suas dificuldades escolares no momento adequado.

A pedagogia interactiva revela-se na comunicação, em que a linguagem é o instrumento privilegiado, através do processo de interacções sociais, que permitem ao sujeito identificar-se, interiorizar os traços do outro que lhe serve de modelo e, ao

mesmo tempo, afirmar a sua singularidade.

A pedagogia da obra-prima assume a necessidade humana do olhar positivo do outro, a imagem realista do sujeito face a si mesmo e à estima de si. Trata-se de uma pedagogia “sócio-cêntrica”, quer a nível da metodologia, quer do conteúdo (Pourtois e Desmet, 1997, p. 281).

A pedagogia institucional defende o papel insubstituível do professor, enquanto guia, coordenador, mas preconiza a existência de actividades de análise e decisão conjuntas, que permitam reestruturar os espaços da relação humana e estabelecer novos laços sociais.

Pourtois e Desmet (1997, p. 175) afirmam que aprender é passar de um determinado estado a um outro, concebido este como mais desejável; aprender, é conseguir fazer melhor, compreender melhor, ser melhor.

Outro autor, Lesne (1977), considera que as acções instituídas para educar e formar têm como alicerces as interacções que o indivíduo estabelece com o seu meio natural e social. Qualquer formação social reproduz as suas estruturas sociais, adapta os homens às necessidades de funcionamento que a regulam, e produz agentes sociais capazes de exercerem uma certa influência sobre os outros.

No trabalho com o idoso não há distinção entre métodos tradicionais e métodos modernos. É mais complexo do que parece, o “fazer pedagógico” de alternar ou combinar os métodos expositivo, interrogativo e activo, as exposições didácticas, seguidas de trabalhos de grupo, por exemplo (Lesne, 1977).

Arantes (2003, p. 66) diz-nos que “ha aprendizagem da interacção da informação com o nosso ser biológico, psicológico, mental e social, são as emoções e os sentimentos os principais responsáveis por esta interacção, daí que seja tão importante considerá-los no processo de Educação para a saúde à pessoa idosa.”

Assim sendo, a Educação para a saúde no idoso deve ter em consideração a sua história de vida, a sua relação com os outros, auxiliando-o a ter tomadas de decisão conscientes e livres que o conduzam a comportamentos promotores de saúde.

Não se deve descuidar a Educação para a Saúde ao idoso, pois este é mais vulnerável a problemas de saúde e sociais, devendo ser responsabilizado pela sua saúde, privilegiar as actividades que tendem a melhorar as suas capacidades e autonomia e facilitar o acesso aos recursos disponíveis.

Se já era uma preocupação dos agentes educativos, em relação ao idoso, promover um elevado nível de cultura sanitária, utilizando como estratégias: prevenir a desinserção social, ajudar a desenvolver novas capacidades, estimular à participação em actividades do seu meio, contribuindo para a manutenção da identidade e autonomia do idoso, com o problema emergente da SIDA, há que criar a percepção de vulnerabilidade deste grupo etário à infecção. Como?

Teremos que atender aos conhecimentos, atitudes, valores e às competências psicomotoras da pessoa idosa, proporcionando um atendimento que contemple a sua diversidade e unicidade. Não podemos mais desintegrar o idoso das campanhas de prevenção da SIDA, referindo-nos constantemente aos jovens e seus comportamentos, só desta forma é viável promover uma ‘sociedade para todas as idades’, na qual a pessoa idosa possa desfrutar todo o seu potencial de saúde (Arantes, 2003).

É referido por Butt et al. (2001), que o idoso se encontra no grupo de doentes em fase de crescimento em relação ao número de infectados pelo VIH. Conclui no seu estudo retrospectivo de 58 doentes com mais de 60 anos durante 10 anos, que há necessidade de rever as orientações definidas para prevenção primária do VIH no idoso, já que os idosos manifestaram uma deficiente auto-percepção do risco ao VIH e uma reduzida vontade expressa para serem testados para tal doença – SIDA, pelo seu médico. Acresce ainda o facto de os médicos estarem menos despertos para testarem o seu doente idoso para o VIH ou para falarem com ele acerca dos problemas relacionados com práticas sexuais seguras. O mesmo autor, ainda detectou no seu estudo, que o idoso não tem um diagnóstico mais tardio da infecção mas tem uma sobrevida mais curta, em parte devido a situações e efeitos de co-morbilidade. Embora seja evidente a actividade sexual nos doentes de 60 e 70 anos, os idosos pensam estar num grupo de “baixo risco” de infecção, quer por si mesmos, quer pelo seu médico assistente.

Também um estudo retrospectivo realizado por uma equipa liderada por Mota Mirante et al. (2002) observou, num período de 13 anos, 38 doentes com idade superior ou igual a 60 anos e retirou as seguintes ilações: 30 doentes sofreram o contágio por via sexual, 7 tinham sido transfundidos e um doente contraiu a infecção após acidente profissional. Em relação à terapêutica anti-retrovírica tem tolerância e eficácia idênticas às observadas em doentes mais jovens. Os autores realçam o facto de o diagnóstico ter sido tardio, em fase avançada da infecção e recomendam que deve ser efectuada uma história epidemiológica e clínica sem preconceitos relativamente à faixa etária do doente, de modo a permitir o diagnóstico oportuno da infecção pelo VIH, uma intervenção terapêutica e profilática oportuna e ainda evitar a disseminação do vírus.

Moura et al. (2002), numa abordagem ao problema “Infecção por VIH no idoso”, alertavam para o facto de a SIDA durante algum tempo ter sido considerada como uma doença dos indivíduos mais jovens. Os relatos até 1985 não incluíam pessoas com mais de 60 anos de idade. Hoje já constituem um grupo significativo da população infectada. Os idosos estão em risco de contrair esta infecção, através do seu comportamento sexual ou comportamentos relacionados com o uso de seringas, bem como devido às transfusões de hemoderivados. De acordo com Moura et al. (2002), é essencial debater em campanhas de prevenção, relativamente à eficácia do

preservativo/insuficiência eréctil potencial e as alterações vaginais nas mulheres e sua relação com o VIH. É ainda, necessário debruçarem-se mais sobre a problemática do uso de fármacos anti-retrovirais e o tratamento das infecções oportunistas para este grupo etário, assim como combater os poucos dados disponíveis em relação à eficácia, modificação dos regimes posológicos, ensaios de co-morbilidade e de como a presença de outras doenças afecta o tratamento desta pandemia.

Partilhamos também da opinião de Fráguas et al. (1999) segundo o qual o vírus VIH tem um longo período de infecção até se manifestar a situação de SIDA, levando à conclusão de que parte destes idosos é infectada na 5ª década de vida. O idoso negligencia o uso do preservativo e, associado ao isolamento em que muitas vezes se encontra nesta idade, recorre com frequência a prostitutas ou ainda, como indica Loureiro (2004), cit. por Rocha (2005), à prática de relações extra-conjugais, que os torna alvo fácil para a infecção pelo VIH.

Começa a verificar-se que os jovens deixam de ser os únicos a terem comportamentos de risco. Apesar de continuarem a ser o grupo etário com maior número de infectados, a realidade está a mudar.

Temos de travar uma ameaça, numa fase da vida em que, de acordo com os resultados do estudo de Lima et al. (2001, p. 166), “à meia-idade é um período em que os indivíduos podem, e na realidade, conseguem, levar uma vida agradável. Para o bem-estar das pessoas de meia-idade contribuem, em primeiro lugar, os factores de personalidade. O papel da auto-estima, da importância da congruência entre as metas desejadas e efectivamente conseguidas, do sonhado e do vivido, e das emoções positivas no desenvolvimento do bem-estar. Finalmente, a importância de experienciar emoções positivas como o amor, a alegria, o humor na construção do bem-estar subjectivo.”

Então, que opções pedagógicas numa era de transição?

A cultura pós-moderna tende actualmente a liberalizar os costumes, a multiplicar os grupos, a diluir a moda e os comportamentos e a reorganizar o saber, neste caso através da dispersão de linguagens e de manifestações de individualismo total. A originalidade do momento pós-moderno consiste, afinal, na ‘predominância do individual sobre o universal, do psicológico sobre o ideológico, da comunicação sobre a politização, da diversidade sobre a homogeneidade, do permissivo sobre o coercivo’ (Lipovetsky, 1989, p. 107).

O que neste momento é perplexo é que, se por um lado, se incita hoje o indivíduo a informar-se, a administrar-se a si próprio, a prever e a reciclar-se, o destino mais frequente do ego é a instabilidade, pois perante a ameaça da infecção por um vírus letal, terá de se abster, ser racional, proteger-se, resguardar-se!

Estamos assim face a um pós-modernismo prudente, e segundo os mencionados autores, o trabalho educativo deve reger-se pela ‘acção comunicacional’,

em que as principais correntes educativas evocadas (pedagogia das experiências positivas, rogeriana, do projecto, inter-activa, da obra-prima, institucional) são consideradas no que têm de específico e no que têm de complementar (Belchior, 2003).

Por último, que o saber e a educação contribuam para construção dos indivíduos como agentes responsáveis, perante si próprios, os outros e a natureza.

*“Com a acumulação das experiências de vida, a constatação da fragilidade da felicidade e da nossa inconstância impõem-se cada vez mais. Esta «impermanência» exige deslocamentos para preservarmos os nossos territórios felizes já adquiridos, deixarmos aqueles que se tornaram uma ameaça para o nosso sentimento de integridade, até conquistarmos outros. É assim que nos tornamos «nómadas da felicidade».” (Josso, 2002, p. 67).*

### BIBLIOGRAFIA

- ARANTES, P.. *Perspectiva holística do idoso: uma visão necessária*. Revista Ciência e Técnica. Nº 48 (Maio 2003), p. 62-66.
- ASCH, S.. *Psicologia Social*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1977.
- BELCHIOR, F.H.. *Pedagogia, comunicação e existência*. Revista Portuguesa de Pedagogia. Ano 37, nº 3 (2003), p. 197-230.
- BUTT, A.A. [et al.]. *HIV infection in the elderly persons*. Southern Medical Journal. [Em linha]. Vol. 94, nº 4 (Abril 2001), p. 397-400. [Consult. 14 Fev. 2005]. Disponível em [www:<URL:http://www.aidsportugal.com/print.php?sid=549>](http://www.aidsportugal.com/print.php?sid=549).
- DARAKI, M.. *Une religiosité sans Dieu : Essai sur les stoïciens d’Athènes et Saint Augustin*. Paris : La Découverte, 1989.
- DUTSCHMANN, L. *SIDA no idoso*. *Medicina Interna*. Vol. 5, nº 2 (1998), p. 101-105.
- FRÁGUAS, A.. *O síndrome de imunodeficiência adquirida no idoso*. *Geriatria*. Vol. 12, nº 113 (1999), p. 27-30.
- HABERMAS, J.. *Morale et communication*. Paris: Flammarion, 1986.
- HABERMAS, J.. *L’éthique de la discussion et la question de la vérité*. Paris: Bernard Grasset, 2003.
- JANSEN, T.. *Dar sentido às transformações sociais*. *Fórum*. Nº 24 (1998), p. 111-125.
- JOSSO, M.C.. *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa-Formação, 2002.
- LESNE, M.. *Trabalho pedagógico e formação de adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1977.
- LIMA, M.M. [et al.]. *Percepção da capacidade para aprender ao longo do ciclo de*

*vida: o caso dos adultos e idosos.* Revista Portuguesa de Pedagogia. Ano 31, nº 1, 2 e 3 (1997). p. 19-34.

- LIMA, M.P. [et al.]. O bem-estar subjectivo na meia idade: do mito à realidade. Revista Portuguesa de Pedagogia. Ano 35, nº 1 (2001), p. 149-170.
- LIPONETSKY, G.. *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo.* Lisboa: Relógio D'Água, 1989.
- MIRANDA, A.M. [et al.]. *Infecção pelo VIH em idosos.* Arquivos de Medicina. Vol. 16, nº 1 (2002), p. 37-40.
- MOURA, J.J. [et al.]. *Infecção por VIH no idoso.* Geriatria. Vol. 15, nº 142 (2002), p. 21-36.
- POURTOIS, J. P. ; DESMET, H.. *L'éducation post-moderne.* Paris: Presses Universitaires de France, 1997.
- ROCHA, P.. *SIDA atinge cada vez mais mulheres e velhos.* Jornal de Notícias. [Em linha]. 20 Fev. 2005. [Consult. 1 Março 2005]. Disponível em [www:<URL:http//jn.sapo.pt>](http://jn.sapo.pt).
- SCHAIE, K.; WILLIS, S.. *Adult development and aging.* New York: Harper Collins Publishers, 1991. p. 339-340.
- SIMÕES, M.; VAZ SERRA, A.. *A importância do auto-conceito na aprendizagem escolar.* Revista Portuguesa de Pedagogia. Nº 21, (1987), p. 233-248.
- TEDESCO, J.. *La educación y la construcción de la democracia en la sociedad del conocimiento.* In Educação, Competitividade e Cidadania. Lisboa: Conselho Nacional de Educação, 2001. p. 97.