



FMUP

BIOÉTICA

Alda Duarte Portugal

Questões Éticas e Jurídicas na Institucionalização de Idosos:

Um Estudo na Santa Casa da Misericórdia

CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

OUTUBRO 2011

Questões Éticas e Jurídicas na Institucionalização de Idosos:
Um Estudo na Santa Casa da Misericórdia

Alda Duarte Portugal

Licenciada em Direito, pela Universidade Lusíada do Porto

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em
Bioética, área Jurídica, pela Faculdade de Medicina
da Universidade do Porto, sob orientação da Professora Doutora
Guilhermina Rego e do Professor Doutor Rui Nunes

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro, Hospital de S. João
4200-319 Porto, Portugal

Outubro de 2011

Resumo

O ser humano é um ser finito, sendo a velhice a etapa da vida na qual se confronta de uma forma mais direta com essa verdade. Numa sociedade cada vez mais envelhecida, tanto as questões da autonomia como as da dependência do idoso tornam-se importantes e atuais. São debatidas hoje à escala mundial e levantam ao homem novos paradigmas éticos, nomeadamente, sobre os fins e os meios da proteção social para fazer face à velhice e à dependência, bem como as questões relativas à solidariedade social e ao modo como o idoso é tratado e vive esta última e derradeira fase da vida. O envelhecimento demográfico, fenómeno atual e abrangente, toca sem paralelo, o tecido social e a estrutura da sua célula fundamental, a família, colocando desafios, sem precedentes.

A institucionalização de idosos é hoje uma realidade. As questões éticas que se levantam com a institucionalização de idosos merecem toda a atenção, para que, nesta fase final da vida, todos tenham a oportunidade de ser felizes e respeitados. O objeto de estudo foi o das questões éticas e jurídicas relacionadas com a institucionalização de idosos, através da perceção que estes têm do seu local/situação de institucionalização, permitindo apurar se as Instituições Particulares de Segurança Social asseguram o respeito pelos princípios éticos e os valores que as norteiam.

O estudo realizado foi baseado na pesquisa documental e na realização de um inquérito por questionário, numa amostra de 20 idosos, de modo a poder fornecer algumas explicações sobre o objeto em estudo. Pela análise desse inquérito, os resultados obtidos foram satisfatórios, a diversos níveis: trabalho dos profissionais; relações na instituição; individualidade e privacidade; cuidados; alimentação; conforto; tempos livres.

Cada vez mais a população idosa, em parceria com os familiares, procura uma resposta social tal como um Lar de Idosos como alternativa para as vulnerabilidades e limitações como a doença, a dependência, o isolamento, que podem surgir na fase da velhice. Tendo como base o estudo realizado, e relativamente às questões éticas na institucionalização de idosos, podemos concluir os princípios éticos – vulnerabilidade, beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça – estão a ser assegurados e respeitados.

Abstract

The human being is a finite being, and the old age stage of life is the one in which man is facing more directly with this truth. In an increasingly aging society, both the issues of autonomy and dependency of the elderly become important and timely, debated today, worldwide, raising new ethical paradigms to man, especially on the ends and means of social protection to cope with old age and dependency, as well as issues relating to social solidarity and the way the elderly are treated and lives this last and final phase of life. The aging, current and comprehensive phenomenon, without parallel rings, the social fabric and structure of its fundamental cell, the family, presenting challenges, unprecedented.

The institutionalization of the elderly is now a reality. The ethical issues that arise with the institutionalization of elderly people deserve all the attention, so that, at this late stage of life, everyone has the opportunity to be happy and respected. The object of study was concerned with the ethical and juridical issues related to the institutionalization of the elderly, through the perception that older people have of their local / state of institutionalization in the Retirement Home of Santa Casa de Misericordia, and that they ensure respect for ethical principles and values that guide.

This study was based on a survey, using a sample of 20 elderly patients, in order to provide some explanations on the subject under study. Regarding the analysis of this survey, the results were satisfactory, at various levels: the work of professionals, the institution relationships, individuality and privacy; of-care, food, comfort, leisure.

Increasingly elderly population, in partnership with the family, seeks a social response like a Retirement Home as an alternative to the vulnerabilities and limitations as illness, addiction, isolation, which may arise at the stage of old age. Based on the study, and ethical issues in relation to the institutionalization of the elderly, we can conclude the ethical principles - vulnerability, beneficence, nonmaleficence, autonomy and justice - are being upheld and respected.

Aos meus filhos, Luísa e Eduardo

Agradecimentos

Quero aqui agradecer às pessoas e entidades que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, nomeadamente à minha família, à compreensão pela minha ausência para a dedicação a este projeto.

Gostaria de agradecer aos meus professores orientadores, Professora Doutora Guilhermina Rego e Professor Doutor Rui Nunes pela disponibilidade e apoio no desenvolvimento da dissertação, pela discussão e partilha de ideias.

Um agradecimento especial aos meus amigos Luís Paulo Reis e Brígida Mónica Faria, pela ajuda na construção inicial deste documento e na revisão final do mesmo.

Gostaria também de agradecer ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vale de Cambra, Dr. António Pina Marques e ao Diretor do Lar de idosos desta instituição, Dr. Manuel António, pela aceitação do desenvolvimento do inquérito e, claro aos idosos que me receberam...

a todos o meu obrigado.

Índice

1. Introdução	1
1.1 Enquadramento	3
1.2 Motivação.....	11
1.3 Objectivos	12
1.4 Estrutura da Dissertação.....	12
2. Estado da Arte	13
2.1 Políticas e Respostas Sociais.....	13
2.2 O Idoso face à institucionalização.....	15
2.2.1 Enquadramento histórico dos lares.....	16
2.2.2 A atualidade.....	17
2.3 Teorias do Envelhecimento.....	21
2.3.1 Enquadramento do envelhecimento.....	22
2.3.2 Classificação das teorias do envelhecimento.....	23
2.3.2.1 Teorias Genéticas.....	23
A Teoria da Velocidade de Vida.....	24
B Teoria do Envelhecimento Celular.....	24
C Teoria dos Telómeros.....	24
D Teoria da Mutagénese Intrínseca	24
E Teoria Neuro-endócrina	25
F Teoria Imunológica.....	25
2.3.2.2 Teorias estocásticas.....	25
A Teoria da Reparação do DNA.....	25
B Teoria da Quebra de Ligações.....	26
C Teoria da Glicosilação	26
2.3.2.3 Teorias Biológicas.....	26
A Teorias Estocásticas	27
B Teorias de Uso e Desgaste	27
C Teoria das Proteínas Alteradas.....	27
D Teoria das Mutações Somáticas.....	27
E Teoria do Erro-Catástrofe	28

F	Teoria da Desdiferenciação.....	28
G	Teoria do Dano Oxidativo e Radicais Livres.....	28
H	Teoria da Lipofuscina e o Acúmulo de Detritos.....	29
I	Teoria da Mudança Pós-Tradução em Proteínas.....	29
J	Teorias Sistémicas.....	29
K	Teorias Metabólicas.....	29
L	Teorias Genéticas.....	30
M	Teoria da Apoptose.....	30
N	Teoria da Fagocitose.....	30
O	Teorias Neuroendócrinas.....	30
P	Teorias Imunológicas.....	30
2.3.2.4	Teorias Psicológicas.....	31
2.3.2.5	Teorias sociológicas.....	33
2.3.2.6	Classificação das Teorias por Gerações.....	35
A	Teorias de 1ª geração.....	35
B	Teorias de 2ª geração.....	36
C	Ligações entre as 2ª e 3ª gerações.....	37
D	Teorias de 3ª geração.....	37
2.3.3	Conclusões e perspectivas.....	38
2.4	Teorias Éticas.....	39
2.4.1	Teorias da Justiça Distributiva.....	44
2.4.1.1	Justiça e Igualdade de Oportunidades.....	44
A	Princípio da Liberdade Igualitária.....	45
B	Princípio da Diferença.....	45
C	Princípio da Igualdade de Oportunidades.....	46
2.4.1.2	Utilitarismo.....	47
2.4.1.3	Teoria libertária.....	48
2.4.2	Paradigmas éticos em torno do envelhecimento.....	49
2.4.2.1	A velhice – conceito à dinâmica dos tempos.....	50
2.4.2.2	A imagem do Idoso na sociedade actual – desafio ético.....	51
2.4.2.3	Envelhecimento – processo consciente de perdas.....	55
2.4.2.4	Problemas decorrente do envelhecimento - conflito inter geracional.....	56
2.4.3	A institucionalização.....	59
2.4.3.1	O lar de idosos.....	61
2.4.3.2	Princípios e valores.....	63
2.4.3.3	Princípio da Solidariedade e da Subsidiariedade.....	64
2.4.3.4	Princípio da Vulnerabilidade.....	68

2.4.3.5 O Cuidado – arte do relacionamento.....	71
2.4.4 Conclusões.....	73
3. Materiais e Métodos	75
3.1 Metodologia de Investigação	76
3.1.1 Técnicas de recolha de dados	77
3.1.2 O estudo no lar de idosos.....	79
3.2 O Inquérito questionário	80
3.2.1 Local de realização – enquadramento.....	80
3.2.2 O desenvolvimento do inquérito.....	82
3.2.2.1 Estrutura do inquérito.....	82
3.2.2.2 As variáveis do inquérito	83
3.3. Ferramentas informáticas - Excel e SPSS	84
3.4. Conclusões	84
4. Análise de Resultados	85
4.1. Caracterização da amostra.....	85
4.2. Descrição e análise dos resultados	88
4.3. Discussão	99
5. Conclusões e Perspetivas de Desenvolvimento	101
6. Anexos	111
Anexo I – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos	112
Anexo II – Inquérito por questionário	123

Lista de Figuras

FIGURA 1: ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDADE EM PORTUGAL	4
FIGURA 2: MUDANÇA DA ESTRUTURA DEMOGRÁFICA À ESCALA PLANETÁRIA (%).....	5
FIGURA 3: EVOLUÇÃO DAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA AS PESSOAS IDOSAS.....	60
FIGURA 4: EVOLUÇÃO DA TAXA DE UTILIZAÇÃO DAS RESPOSTAS SOCIAIS	61
FIGURA 5: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À IDADE.....	86
FIGURA 6: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE AO ESTADO CIVIL	86
FIGURA 7: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE AO RENDIMENTO MENSAL	87
FIGURA 8: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE AO RENDIMENTO MENSAL.....	87
FIGURA 9: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À RESIDÊNCIA.....	87
FIGURA 10: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À NATURALIDADE	88
FIGURA 11: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À ESCOLARIDADE	88
FIGURA 12: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE AOS FAMILIARES	89
FIGURA 13: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À HABITAÇÃO.....	89
FIGURA 14: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE AO AGREGADO FAMILIAR.....	89
FIGURA 15: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE AO TEMPO DE PERMANÊNCIA NO LAR ..	90
FIGURA 16: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE AO MOTIVO DE INTERNAMENTO.....	90
FIGURA 17: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE INICIATIVA DE INTERNAMENTO.....	91
FIGURA 18: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À PREOCUPAÇÃO DO PESSOAL.....	92
FIGURA 19: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À RELAÇÃO COM OS RESIDENTES	92
FIGURA 20: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À PREOCUPAÇÃO DA FAMÍLIA	93
FIGURA 21: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À INDIVIDUALIDADE E PRIVACIDADE...	93
FIGURA 22: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE AO CONFORTO	95
FIGURA 23: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE ÀS VISITAS	95
FIGURA 24: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE AO DESTINO DAS SAÍDAS DO LAR.....	96
FIGURA 25: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À OCUPAÇÃO DO TEMPO.....	96
FIGURA 26: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE À SENSACÃO	97
FIGURA 27: DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS RELATIVAMENTE AO PROJETO DE VIDA.....	98

Capítulo 1

1. Introdução

Pretende-se nesta fase identificar claramente o problema delimitando ao máximo o campo de investigação. Existindo hoje uma quantidade substancial de investigação na área da Bioética¹, nomeadamente em língua Portuguesa, vai-se procurar realçar a importância de segmentar a área específica de investigação e de identificar claramente o seu objeto.

Há cerca de quarenta anos, surgiu, nos Estados Unidos, a Bioética, que se tem desenvolvido amplamente pelo mundo durante as duas últimas décadas, tendo permanecido dominada pela literatura anglo-saxónica, principalmente a americana.

A Bioética intersesta um grande número de áreas, como a medicina, a biologia, a enfermagem, a ética filosófica, a teologia, o direito, a sociologia, a psicologia, a psicanálise, entre outras.

Ética é o nome geralmente dado ao ramo da filosofia dedicado aos assuntos morais. A palavra "ética" deriva do grego e significa aquilo que pertence ao caráter.

A moral fundamenta-se na obediência a normas, em tabus, nos costumes ou mandamentos culturais, hierárquicos ou religiosos recebidos. Através do pensamento humano, a ética busca fundamentar o bom modo de viver.

Na filosofia clássica, a ética não se resumia à moral (entendida como "costume", ou "hábito"), tendo sim uma fundamentação teórica para encontrar o melhor modo de viver e conviver, isto é, a busca do melhor estilo de vida, tanto na vida privada como em público. A ética incluía a maioria dos campos de conhecimento que não eram abrangidos na física, metafísica, estética, lógica, dialética e nem na retórica, abrangendo campos como a antropologia, psicologia, sociologia, economia, pedagogia, política, educação física e dietética, ou seja, os campos direta ou indiretamente ligados ao que influencia a maneira de viver ou

¹ Em 1927, num artigo publicado no periódico alemão Kosmos, Fritz Jahr utilizou pela primeira vez a palavra bioética (bio + ethik). Esse autor caracterizou a Bioética como sendo o reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos.

estilo de vida. Um exemplo desta visão clássica da ética pode ser encontrado na obra *Ética*, de Espinoza².

A crescente profissionalização e especialização do conhecimento, que se seguiu à última revolução industrial, levou a que a maioria dos campos que eram objeto de estudo da filosofia, particularmente da ética, fossem estabelecidos como disciplinas científicas independentes. Assim, atualmente a ética também pode ser definida como "a área da filosofia que se ocupa do estudo das normas morais nas sociedades humanas" e busca explicar e justificar os costumes de um determinado grupo, bem como fornecer pistas para a solução dos seus dilemas mais comuns. Neste sentido, podemos ter a seguinte definição "a ética é a ciência que estuda a conduta humana e a moral é a qualidade desta conduta, do ponto de vista do Bem e do Mal".

O Direito, na perspectiva positiva, é habitualmente definido com "sistema de normas coercivas destinadas a reger as relações humanas no interior de um determinado sistema geopolítico", no entanto há quem considere este apenas como uma parte do Direito, ao reconhecer a par deste o designado direito natural³.

O Direito tem frequentemente normas que assentam na base princípios éticos, e tanto assim é que o reconhecimento do Homem como valor cimeiro da sociedade e da sociabilidade, e a concretização dos designados Direitos Fundamentais, encerram em si mesmo o respeito pela Pessoa Humana.

A Justiça constitui pois um valor comum à Ética e ao Direito, e esta só existe quando,

"respeita o Homem como Pessoa e não o sacrifica definitivamente ou utilitariamente a certo «bem comum» que contra ele atente ou «dissolva» nos interesses de uma «sociedade»"

Como refere Augusto Lopes Cardoso (Archer, L. coord, 1996).

Nas palavras de D. António Ferreira Gomes, na abertura solene do Curso de Direito (Gomes, A.F. 1980),

"se não há uma natureza humana, e se essa natureza não tem as suas leis, que devem ser fundadas na razão (como a restante natureza fundada nas leis físico-químicas, vegetativas e sensitivas), em suma, se não há direito natural, como fundamentar a integridade e a dignidade da pessoa humana, como salvar a liberdade e a democracia?".

² Bento de Espinoza foi um dos grandes racionalistas do século XVII dentro da chamada Filosofia Moderna, juntamente com René Descartes e Gottfried Leibniz. Nasceu em Amsterdão, nos Países Baixos, no seio de uma família judaica portuguesa e é considerado o fundador do criticismo bíblico moderno. Autor do livro "Ética demonstrada à maneira dos géometras".

³ O Direito Natural aponta para a existência de princípios superiores e intangíveis que se impõe a autoridade de todos e cada um dos Estados. A problemática do Direito Natural, quanto ao seu conteúdo e existência, atravessa as correntes filosóficas ao longo dos tempos. Com presença marcante entre os estóicos, teve a sua expressão alta no cristianismo e posteriormente com Santo Agostinho, que o concebia como manifestação exclusiva da vontade de Deus. Com o desaparecimento da ideia antiga de natureza e o nascimento da ideia dos direitos do homem, nasceu um novo humanismo.

O fim do Direito é visto como a promoção do homem enquanto valor e a limitação do poder do Estado pela liberdade reconhecida aos homens.

São já muitos os instrumentos internacionais de promoção e proteção dos Direitos do Homem.

Com certa frequência a lei tem como base princípios éticos, mas não se devem confundir, pois ao contrário do que ocorre com a lei, nenhum indivíduo pode ser compelido (pelo Estado ou por outros indivíduos), a cumprir as normas éticas, nem pode sofrer qualquer sanção pela sua desobediência. A ética é mais abrangente pois a lei pode ser omissa quanto a questões abrangidas no escopo global da ética.

A velhice e o envelhecimento, porque ligados geneticamente à experiência da vivência do homem, estão também inseparavelmente ligados à ética.

O tema da ética na institucionalização dos idosos é particularmente relevante e atual, sendo as implicações da institucionalização para as pessoas idosas diversas e pertinentes, numa sociedade cada vez mais envelhecida.

1.1 Enquadramento

O envelhecimento da população é cada vez mais visível na maioria dos países desenvolvidos e apresenta-se portanto como um desafio social e económico da maior importância, à escala planetária. É também, cada vez mais, um desafio dos sistemas de prestação de cuidados, saúde e outros.

Na atualidade, assiste-se a uma diminuição progressiva da natalidade, aliada a um aumento da esperança média de vida ou da longevidade. Esta conjugação de factores, a nível dos países desenvolvidos, fará com que a sociedade do futuro seja cada vez mais envelhecida.

Em Portugal, desde a década de 60, e segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o número médio de filhos por mulher em idade fértil tem vindo a diminuir de forma acentuada. Assim, o indicador sintético de fecundidade (ISF)⁴ que em 1960 se situava nos 3,16, tem vindo a decrescer: 3,02 em 1970, 2,26 em 1980, 1,55 em 1990, atualmente está em 1,36 filhos por mulher:

⁴ O ISF indica o nível da fecundidade num determinado momento, ou seja, o número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento. Valor resultante da soma das taxas de fecundidade por idades, ano a ano ou grupos quinquenais, entre os 15 e os 49 anos, observadas num determinado período (habitualmente um ano civil). De outra forma, corresponde em geral aos níveis de fecundidade observados durante um ano civil e pode ser calculado pela soma das 35 taxas de fecundidade por idade correspondentes ao período em que a mulher pode vir a ter filhos. Por taxa de fecundidade entende-se o número médio de nados vivos registados por ano e por mulher numa determinada idade.

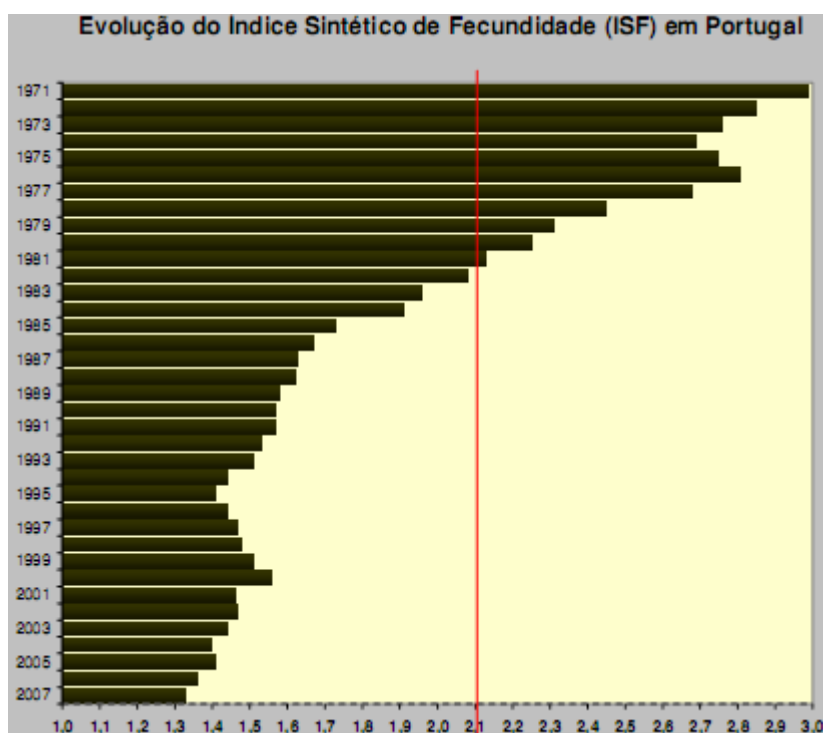


Figura 1: Índice sintético de fecundidade em Portugal⁵

Temos uma sociedade cuja reprodução se situa abaixo do limiar da substituição geracional (ISF= 2,1, ver linha vermelha na Figura 1). Ou seja, a herança geracional demográfica não garante o nosso futuro colectivo em condições de igualdade ou superioridade numérica.

A partir de 1982 o Índice de Fecundidade⁶ baixou dos dois filhos por mulher, não permitindo assim a renovação das gerações. As gerações são portanto cada vez menos férteis ao longo das décadas, causado pelo menor número de nascimentos e pela idade mais tardia em que as mulheres têm filhos (próximo dos 30 anos), o que diminui a probabilidade de virem a ter mais filhos, pois a capacidade de fertilidade diminui com a idade.

Os avanços surgidos nos últimos anos, a nível de uma melhor redistribuição da riqueza inter-geracional, de uma melhor cobertura na prestação de serviços às pessoas dependentes, e dos avanços nos sistemas públicos de protecção social, foram factores que contribuíram para o aumento do envelhecimento populacional.

De facto, Luís Capucha⁷, concluiu, em 2006, com os seus estudos, que quando os idosos ficavam entregues à família não chegavam aos níveis de envelhecimento atuais. Em quase toda a Europa, à medida que o Estado e um conjunto de atores que com ele colaboram se

⁵ <http://blog.fundacaorespublica.pt/wp-content/uploads/2009/03/figura-3.pdf>

⁶ Ou taxa de fecundidade. É uma estimativa do número médio de filhos que uma mulher teria até o fim do seu período reprodutivo, mantidas constantes as taxas observadas na referida data. Também pode ser definida como o número médio de filhos por mulher em idade de procriar, ou seja, dos 15 aos 45 anos.

⁷ Investigador no Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).

organizaram para prestar cuidados sociais e de saúde dignos, a qualidade de vida aumentou e a esperança de vida cresceu extraordinariamente.

As alterações que se têm verificado dentro da estrutura familiar, também têm provocado efeitos na população idosa, pois a passagem do modelo de família alargada para famílias nucleares, condicionou as chamadas redes de apoio, elevando o risco de isolamento.

Em Portugal ainda é, contudo, habitual termos as redes de apoio informais⁸, redes estas que são positivas para os idosos, incrementando o sentimento de ser amado e valorizado, o sentimento de que pertencem a um grupo, elevando a comunicação, a troca de obrigações e consequentemente menor isolamento e anonimato.

Segundo relatório apresentado no Parlamento Europeu, em Bruxelas, pelo Instituto da Política da Família, em finais de 2009, Portugal é o país da União Europeia em que a população está a envelhecer a um ritmo mais acelerado. Segundo este Instituto, em Portugal as pessoas com mais de 65 anos passaram de 11,2% em 1980 para 17,4% em 2008. Uma em cada cinco pessoas tem mais de 65 anos em Portugal, Itália, Alemanha, Grécia e Suécia. A Irlanda é o país com a população mais jovem, com uma média de 35,1 anos. Em Portugal, a média é de 40,5.

O envelhecimento a que se tem assistido nos últimos anos leva à necessidade de estruturação da sociedade, com abordagens adequadas para com a pessoa idosa, visando qualidade de vida e inserção social. A evolução demográfica em Portugal, como noutros países da União Europeia, apresenta um duplo processo de envelhecimento das populações, pois assiste-se à diminuição do peso relativo da categoria de Jovens e o aumento do peso relativos dos Idosos.

	População Jovem			População Activa			População Idosa		
	1960	2000	2050	1960	2000	2050	1960	2000	2050
Regiões Mais Desenvolvidas	28	18	16	63	67	58	9	14	27
Regiões Menos Desenvolvidas	41	33	22	55	62	64	4	5	14

Fonte: United Nations Population Division, Department of Economic and Social Affairs, 2002.

Figura 2: Mudança da estrutura demográfica à escala planetária (%)

Importa apresentar, nesta fase, a definição de alguns conceitos, segundo o INE:

- O índice de envelhecimento é a relação existente entre o número de idosos e a população jovem. É habitualmente expresso em número de residentes com 65 ou mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos.
- O índice de dependência de idosos é a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos).

⁸ Na redes informais podemos incluir a família, os vizinhos e mesmo os amigos.

- O índice de longevidade é a relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos.

Resultante do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade, a população residente em Portugal tem vindo a manifestar um continuado envelhecimento demográfico. Entre 2000 e 2009 o índice de envelhecimento aumentou de 102,2 para 117,6 idosos (65 ou mais anos) por cada 100 jovens (com menos de 15 anos). Refletindo a sua maior longevidade, este fenómeno é mais acentuado nas mulheres.

Em 2009, as regiões do Alentejo, Algarve e Centro foram as que apresentaram índices de envelhecimento mais elevados (173,2; 149,7 e 122,8, respetivamente). Por outro lado, os Açores, Madeira e o Norte assumiram valores muito inferiores (67,6; 74,5 e 102,6, respetivamente).

Embora a um ritmo mais lento, os índices de dependência de idosos e de longevidade têm vindo, simultaneamente, a aumentar.

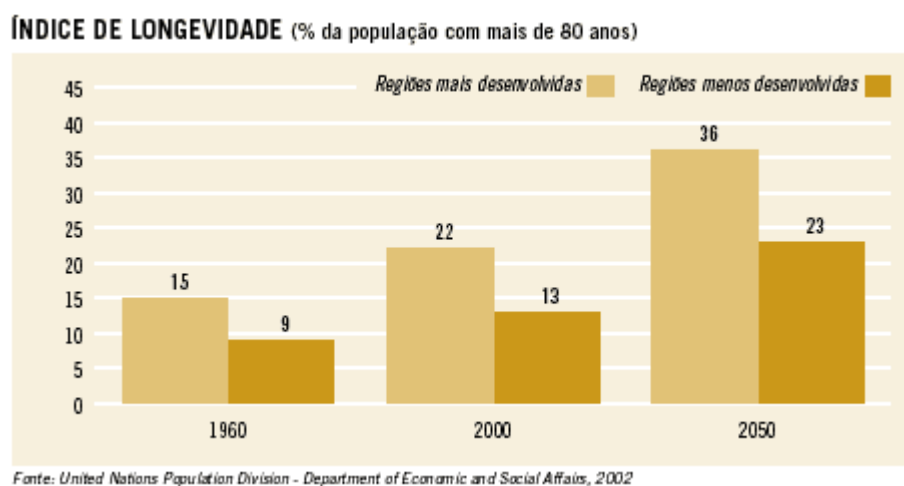


Figura 3: Índice de longevidade

Por outro lado, o índice de dependência total – número de jovens (com menos de 14 anos) e de idosos (com 65 anos ou mais) em cada 100 indivíduos ativos (15-65 anos) – era, segundo o INE, de 48,5 no ano de 2004, com o peso do envelhecimento mais evidente entre as mulheres. Com o passar dos anos, este índice tem vindo a diminuir, assim como o índice de dependência dos jovens⁹:

⁹ Relação entre a população jovem e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

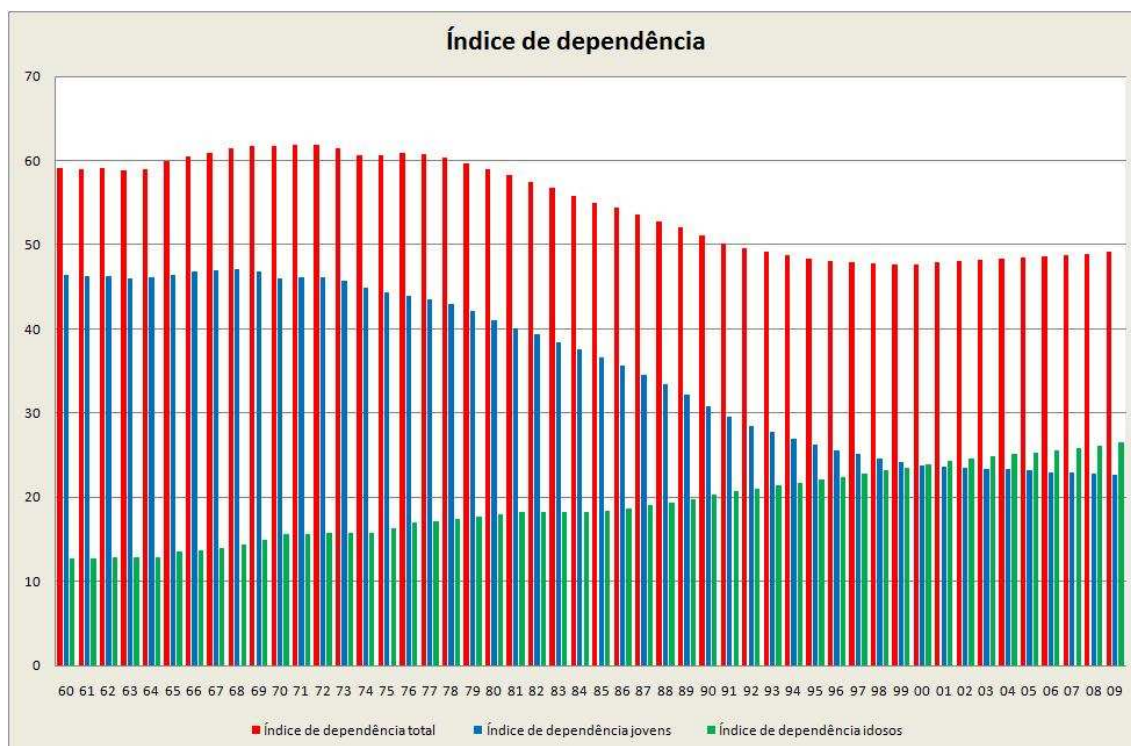


Figura 4: Índice de dependência¹⁰

Temos, assim, cada vez menos jovens dependentes e cada vez mais idosos dependentes, ou seja, podemos concluir que temos cada vez menos jovens e a nossa população está a tornar-se mais envelhecida. A população ativa tem demasiados dependentes, tanto jovens como idosos.

Em Portugal, graficamente, temos os seguintes dados, relativos aos índices de envelhecimento, longevidade e dependência:

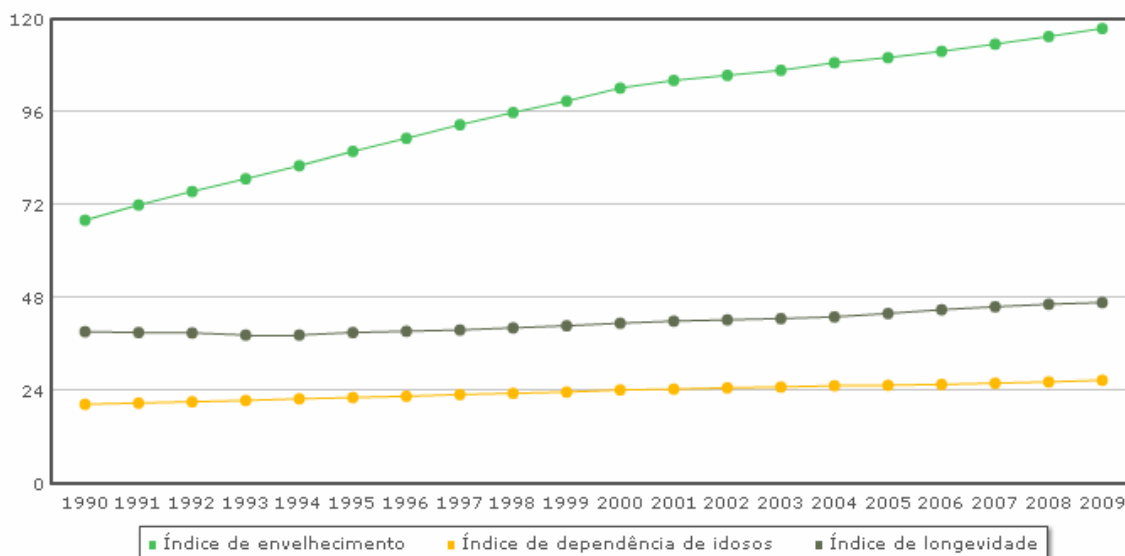


Figura 5: Índices de envelhecimento, dependência e longevidade¹¹

¹⁰ <http://stc-soctecnc.blogspot.com/2011/02/indice-de-dependencia.html>

Apresenta-se, em seguida, o índice de envelhecimento da população residente em Portugal, entre os anos 2000 e 2009:

Índice de envelhecimento da população residente em Portugal 2000-2009

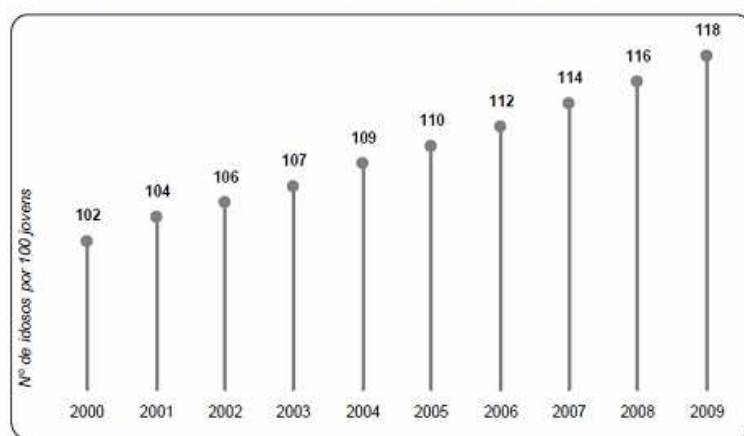


Figura 6: Índices de envelhecimento em Portugal

Quanto ao índice de envelhecimento, por regiões, em 2009, por NUTS II¹², temos a seguinte variação:

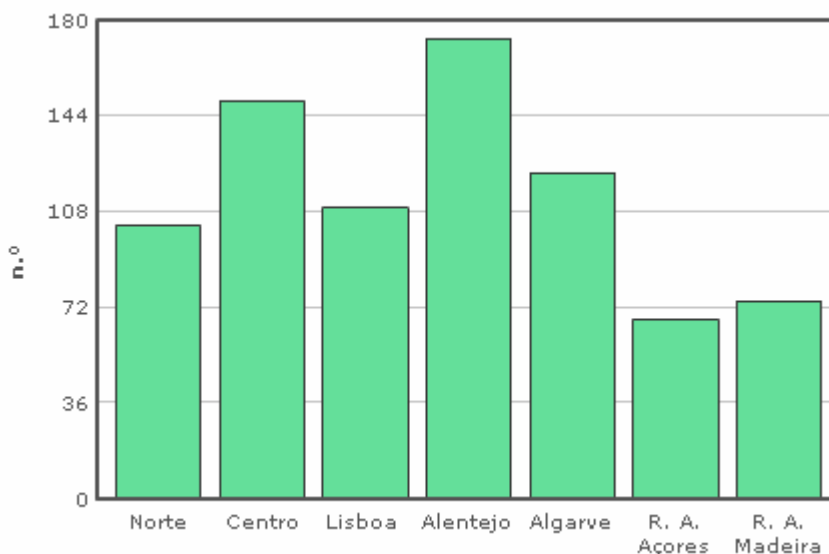


Figura 7: Índice de envelhecimento por regiões¹³

O envelhecimento populacional, com anos de sobrevivência ganhos é algo positivo, mas é simultaneamente um paradoxo, pois também pode ser uma fase de sofrimento e mesmo de

¹¹ <http://sniamb.apambiente.pt/portalids/Indicadores/FichaIndicador.aspx?IndID=18>

¹² NUTS: Nomenclaturas de Unidades Territoriais para fins Estatísticos.

¹³ <http://sniamb.apambiente.pt/portalids/Indicadores/FichaIndicador.aspx?IndID=18>

infelicidade, com perdas e dependência... Para a sociedade, levantam-se questões difíceis mas que precisam ser resolvidas, como a aposentação, a saúde, a socialização, a participação social e, do ponto de vista ético, novos paradigmas. Passou a existir uma preocupação ética com a qualidade dos programas, políticas e instituições dedicados a essa faixa etária.

Referimo-nos à institucionalização num Lar de idosos, que se trata de uma resposta social desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia¹⁴.

Atualmente há uma grande necessidade de um novo posicionamento social sobre essas questões, justificando a realização de uma reflexão sobre os aspetos éticos do envelhecimento, e mais concretamente, no presente estudo, da institucionalização do idoso, que pode ter variadas causas:

- O idoso não quer morar com a família;
- O idoso não tem condições de morar sozinho;
- O idoso deseja morar numa instituição;
- A família não quer cuidar do idoso;
- A família não tem condições de cuidar do idoso.

São diversos os factores que podem influenciar a institucionalização, tais como, a idade avançada, o diagnóstico, o grau de limitação nas atividades da vida diária, o facto de morar sozinho, o estado civil, a ausência de suporte social, a pobreza, entre outros. (Born & Boechat, 2002).

Um dos principais motivos de institucionalização¹⁵ parece estar diretamente relacionado com a incapacidade da pessoa idosa, num determinado momento da sua vida, gerir as suas atividades da vida diária, sem possibilidade da família garantir os apoios necessários.

O recurso ao Serviço de Apoio Domiciliário tem demonstrado que retarda a efetivação da institucionalização no lar, precedendo-a, muitas vezes. Para muitos idosos, é a última opção em termos de apoio à sua dependência.

De acordo com a Carta Social 2009, no estudo “A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados” cerca de 20% das instituições invocam o “isolamento” como o principal motivo para o ingresso no lar.

Vários autores procuraram encontrar razões para a institucionalização:

¹⁴ Resposta Sociais: Nomenclaturas e Conceitos, Despacho do Senhor Secretário de Estado da Segurança Social, de 2006.01.19.

¹⁵ Dados Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos, MTSS – Ministério do Trabalho e Segurança Social.

“As dificuldades nas relações intergeracionais e desgaste emocional entre familiares e idosos estão mais relacionadas às situações onde ocorrem doenças e limitações físicas do que ao processo de envelhecimento em si.” (Souza, Skubs & Brêtas, 2007).

“As famílias podem não dispor de condições para cuidar de um idoso seja devido à dificuldade de conciliar cuidados, actividades do lar e de trabalho ou mesmo pela impossibilidade de outros familiares dividirem a tarefa de cuidar. Nestes casos a institucionalização pode ser uma solução para o problema” (Perlini, Leite & Furini, 2007).

“Com a mudança de papéis atribuídos para a mulher, ela deixa de ser apenas a provedora de cuidados para seus familiares, o que afeta principalmente o idoso” (Mazza & Lefèvre, 2004).

“As relações entre diferentes gerações no âmbito familiar ocorrem devido aos laços de afetividade, sentimentos de obrigação perante alguém que já foi responsável por cuidar daquela geração mais jovem, incentivos económicos, sanções negativas e a propagação de valores culturais “(Goldani, 2004).

A definição de “velho” ou “idoso” é associada, em termos gerais, à idade da reforma que, em Portugal, é aos 65 anos¹⁶. Um idoso é portanto uma pessoa considerada como sendo de terceira idade. A Organização Mundial da Saúde classifica cronologicamente como idosos as pessoas que têm mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

Luís Jacob, na sua Dissertação de Mestrado, “A Velhice”, do ISCTE, (2001), refere que o termo idoso é considerado por alguns autores como mais correcto

“na medida que identifica a pessoa com o estado de velhice, fase em que se acumulam, no indivíduo, as maiores desvantagens sociais, físicas e psicológicas”.

Bize e Vallier (1995, citado por Jacob. L, 2001) preferem usar o termo terceira idade para se referirem a este período da vida, expressão também utilizada pela Organização das Nações Unidas nos seus documentos.

Dada a maior vulnerabilidade da população idosa, esta merece uma atenção especial, acrescido dos fenómenos que caracterizam as sociedades neste final de milénio: conjunturas económicas desfavoráveis e estruturas sociais de cariz individualista.

O sistema português de proteção social não é forte, resultado de baixos salários praticados na generalidade dos setores económicos, o que impediu a generalização de longas carreiras contributivas e a constituição de montantes satisfatórios para base do cálculo do valor das pensões. Estes factos levam a um esforço acrescido nas atuais gerações ativas para ser possível suportar a universalização da proteção social e a constituição de pensões mínimas, muito acima, na generalidade dos casos, do valor técnico das mesmas.

¹⁶ São utilizadas, indiferentemente, a designação de “pessoas idosas” ou “com 65 e mais anos”, dado não existir nenhuma norma específica a nível nacional. Por idade ativa entende-se a população entre os 15-64 anos (ativa ou potencialmente ativa); dos 0-14 anos é considerado população jovem. A União Europeia optou pela expressão “sénior” para designar a população com mais de 50 anos.

Segundo Rui Nunes (Nunes, R. 2009) “o problema *major* do Estado Social é a sua sustentabilidade financeira”, propondo a transformação do modelo de Estado Prestador para um modelo de Estado Garantidor, num verdadeiro Estado Regulador. Apesar de todo o esforço realizado nos últimos anos, para a construção de um sistema de proteção social que proteja as pessoas perante todos os eventos e os encargos familiares, muito há ainda para refletir e fazer...

O trabalho descrito nesta dissertação pretende trazer questões para reflexão, baseado num estudo realizado numa instituição de idosos, dando especial relevo às questões éticas e jurídicas envolvidas neste processo.

1.2 Motivação

A possibilidade de prolongamento da existência, ou sobrevida aumentada, trouxe à nossa sociedade necessidades de se avaliar a qualidade desta fase da vida, levantando um sem número de questões, como sociais, médicas, económicas, jurídicas, éticas, etc. A longevidade traz, de facto, implicações importantes e muito diversas.

A dependência do idoso e a necessidade dos familiares se manterem no mercado de trabalho, aliados à dificuldade de encontrar e manter um cuidador formal é, muitas vezes, um motivo para a institucionalização. Vários autores, nos seus estudos, concluíram que:

“A família costuma buscar primeiro um cuidador profissional, quando não o encontra parte para uma outra pessoa que se disponha a cuidar do idoso e somente quando não restam mais alternativas opta pela ILPI (Institucionalização em Lares Para Idosos). Ao optar pela institucionalização de um idoso a família tem a intenção de proporcionar a este condições de cuidado e conforto melhor qualificadas que aquelas oferecidas pela própria família” (Perlini, Leite & Furini, 2007).

“Sem o respaldo familiar, do sistema formal (representado pelo Estado) e com a falta de engajamento da sociedade fica aumentada, para o idoso, a possibilidade de sua inserção em uma instituição asilar. Para alguns idosos a instituição asilar pode representar uma escolha voluntária, enquanto que para outros é a única alternativa que lhes resta. Para os idosos que moram sozinhos e não têm família a institucionalização pode representar um local de proteção e de cuidados” (Mazza & Lefèvre, 2004).

“Adaptar-se a uma mudança radical num estágio avançado da vida pode ser doloroso ou uma experiência de segurança e tranquilidade (principalmente classes menos favorecidas). É importante que a família opine sobre a decisão de levar o idoso para uma ILPI, mas, sempre que possível, esta é uma decisão que também cabe ao próprio idoso. Se possível, permitir que o idoso conheça previamente a instituição e a equipe. Planejar o comparecimento de familiares e amigos, de tal maneira que não se deixe passar a idéia de abandono, o fará sentir-se como continuando a fazer parte da sociedade. Busca-lo nos finais de semana constitui boa medida de reafirmação de laços. Sugerir ao idoso para que ele leve consigo pequenos objetos da casa pode auxiliá-lo a enfrentar o sentimento de solidão. A instituição necessita ter conhecimento de uma série de dados importantes sobre o idoso e seus familiares, sendo importante que

a família se mostre colaborativa em transmitir informações para a equipe. Estas informações serão importantes para que o idoso se adapte com mais facilidade à ILPI” (Born & Boechat, 2002).

A motivação principal para a realização deste trabalho resulta da crescente importância do fenómeno do envelhecimento no mundo, em particular em Portugal, merecendo assim uma reflexão ética sobre as estratégias para lidar com ele, no respeito pela dignidade, autonomia, privacidade, direitos e liberdades do idoso, no contexto de uma vulnerabilidade crescente.

1.3 Objectivos

O objectivo deste trabalho consiste em estudar questões éticas e jurídicas que se podem colocar no envelhecimento e na institucionalização de idosos, assim como efetuar um inquérito por questionário na Santa Casa de Misericórdia, no seu Lar de idosos. Pretende-se através da análise dos resultados retirar conclusões relativamente à institucionalização de idosos e às questões éticas relacionadas com este processo.

1.4 Estrutura da Dissertação

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos dos quais, o primeiro é composto por esta introdução ao trabalho.

No segundo capítulo é apresentado o estado da arte, focando-se as várias respostas sociais, a institucionalização do idoso, as teorias do envelhecimento e as teorias éticas inerentes a esta camada da população.

Se é certo que o paradigma forma o consenso existente numa determinada comunidade científica, exprime também uma teoria subjacente a esse consenso. Assim, neste capítulo procede-se a uma ampla revisão da literatura de modo a determinar objetivamente qual o “estado da arte”, qual o enquadramento teórico e prático do objecto da investigação. Tratando-se a Bioética de um saber pluri e interdisciplinar procura-se, também, interiorizar os conhecimentos e as metodologias de outras áreas disciplinares.

O terceiro capítulo centra-se sobre os materiais e métodos, com apresentação da metodologia de investigação, nomeadamente no que respeita à recolha e análise de dados. Apresentam-se os materiais utilizados, o inquérito realizado e as ferramentas informáticas utilizadas na análise estatística.

O quarto capítulo apresenta uma análise de resultados e a sua discussão e interligação com questões éticas inerentes à institucionalização.

O último capítulo contém as conclusões gerais deste trabalho, analisa os seus principais resultados, e apresenta algumas perspetivas de desenvolvimentos futuros.

Capítulo 2

2. Estado da Arte

Se é certo que o paradigma forma o consenso existente numa determinada comunidade científica, exprime também uma teoria subjacente a esse consenso. Assim, nesta fase iremos proceder a uma revisão da literatura de modo a determinar objectivamente qual o “estado da arte”, qual o enquadramento teórico e prático do objeto da investigação. Tratando-se a Bioética de um saber pluri e interdisciplinar pretende-se também interiorizar os conhecimentos e as metodologias de outras áreas disciplinares.

2.1 Políticas e Respostas Sociais

É do conhecimento comum que no passado existia uma baixa esperança média de vida. Em 1960 Portugal era um país jovem, do ponto de vista demográfico

Na atualidade, assiste-se ao inverso. Porquê? Porque existem factores que anteriormente pouco ou nada se faziam notar, como a saúde (progressos da medicina e da melhoria da assistência médica), a escolaridade (as pessoas são mais “intelectualmente” preparadas, estudam mais, o que as leva a terem cuidados com a saúde), o rendimento (é certo que existe um alargado número de desempregados, mas hoje em dia há pessoas que apresentam uma maior “decência” na vida, alimentando-se melhor e vivendo melhor). Estes factores apresentados fazem com que as pessoas consigam viver durante mais anos, contrariamente ao que acontecia no passado.

A esperança média de vida está diretamente relacionada com o grau de desenvolvimento de cada país, o que significa que quanto mais desenvolvido for o país, maior será o número de anos que a pessoa terá probabilidade de viver. Desta forma, seguindo esta visão, a população que vive nos Países Desenvolvidos apresenta uma melhor qualidade de vida do que a população que vive nos Países em vias de Desenvolvimento.

Com a elevada esperança média de vida, Portugal apresenta uma alargada população envelhecida.

No ano de 2005, os nascimentos foram pouco mais do que as mortes e o fluxo de imigrantes diminuiu. A população portuguesa está, desta forma, a estagnar, a envelhecer e com falta de ativos para suportar os custos do envelhecimento (em Dezembro de 2005 havia 110 idosos para cada 100 jovens, mais um do que no ano anterior).

O Instituto Nacional de Estatística (INE) anunciou em 2008, que os dados demográficos mostram que a população portuguesa deixou de crescer e que está cada vez mais envelhecida, tendo a esperança média de vida aumentado nos últimos oito anos. No final de 2008, a população residente em Portugal era composta por 15,3% de jovens (menos de 15 anos), 17,6% de idosos (mais de 65 anos de idade) e 67,1% de população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sustenta que os países poderão lidar bem com o envelhecimento, desde que os governos e a sociedade civil lutem por políticas e programas que melhorem a saúde, a participação social e a segurança dos cidadãos em todas as fases da vida. Tudo isto é preocupante, temendo-se que o rápido envelhecimento da população produza uma explosão na assistência de saúde e nos custos da Segurança Social, sem possibilidade de controlo.

É preciso portanto tomar medidas para se alcançar o objetivo de que as pessoas envelheçam preservando a sua dignidade e continuando a ser capazes de ter uma vida independente e produtiva, e não se transformem num “estorvo” ou numa ameaça para as gerações mais jovens.

Mas, como referido, a realidade é que Portugal está a envelhecer. Esta é a conclusão do Instituto Nacional de Estatísticas (INE) que refere que o número de idosos, com mais de 65 anos, vai aumentar em 2046 para 238 idosos por cada 100 jovens, o dobro dos valores atuais, 112 para 100.

Estima-se que em 2050 o número de idosos vai atingir os 2,95 milhões, mais um milhão que em 2005 (1,78 milhões) e 2006 (1,82 milhões). Como consequência destes valores, em 2046 a população jovem vai diminuir 13% enquanto a idosa aumentará de 17,2% para 31%.

Face a estes números, vários especialistas afirmam que as escolas devem ter um papel educativo ao auxiliarem os jovens a prepararem a sua velhice. Novas políticas e respostas sociais se tornam necessárias. Novas questões éticas se colocarão com certeza...

Os lares de idosos, o serviço de apoio domiciliário e os centros de dia são, por essa razão, respostas sociais de elevada importância pelo apoio que prestam à terceira idade. Importa, nesta fase, fazer uma análise do contexto em que surgiram as políticas sociais de velhice, a sua função de regulação e os desafios da contemporaneidade.

Em Portugal, para fazer face à velhice, temos as seguintes respostas sociais, desenvolvidas em equipamento:

- Serviço de Apoio Domiciliário - Consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.
- Centro de Convívio – Local de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade.
- Centro de Dia - Presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar.
- Centro de Noite - Tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.
- Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas - Permite integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e / ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.
- Residência - Constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial.
- Lar de Idosos - Destinada a alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ ou de autonomia.

Muitas têm sido as mudanças geopolíticas e económicas, levantando questões diversas, como a falência das políticas sociais. Neste momento, por alguns apelidado de “modernidade avançada”, há um visível confronto entre as políticas sociais tradicionais, que protegem as “pessoas de idade”, com novas políticas sociais sustentadas na filosofia da subsidiaridade.

2.2 O Idoso face à institucionalização

O habitual nos discursos dos idosos é o seu desejo de continuar a vida no domicílio até ao momento em que se sinta perda de autonomia nas tarefas quotidianas da vida privada. Aqui, surge a noção de Lar ou intitucionalização da dependência.

É muita clara a afirmação do desejo de continuar a viver nas suas casas e de não querer ir para um Lar, por razões diversas, como o afeto pelos objetos, pelos familiares e pelos amigos próximos. Manter-se na própria casa ou ficar em casa de familiares são os desejos com maior peso na concretização do desejo de felicidade. As pessoas admitem contudo que numa situação de dependência aceitam a ida para um Lar, para que não se “sintam a mais” ou que “sejam um fardo” em casa dos seus familiares.

O Lar é portanto encarado como uma alternativa da vida moderna à família, muito semelhantes às instituições para crianças. Verifica-se, nos discursos, vontade de ficar em casa própria ou de familiares e ao mesmo tempo a compreensão de que a vida moderna impede, muitas vezes, os familiares de ficarem com os seus idosos, pois a vida é competitiva, há insegurança no mercado de trabalho e por isso a dedicação ao emprego tem de ser maior e com isso menores possibilidades de prestar cuidados aos idosos. Outras vezes, os familiares vivem muito longe, o que impede a deslocação para um cuidado assíduo...

Fez-se a consulta de vários autores que elaboraram investigações, essencialmente estudos de caso, sobre a institucionalização dos idosos em lares e as suas repercussões, tais como: Paúl, 1997; Pimentel, 2001; Fernandes, 2000; Sousa, 2006; Cardão, 2009, entre outros.

Alguns autores (Paúl, 1997; Fernandes, 2000; Cardão, 2009) defendem que “a integração num lar é vivida e sentida pelo idoso de uma forma difícil, angustiante, implicando inúmeras perdas tais como: físicas, sociais, relacionais e psíquicas que possivelmente aceleram o processo do envelhecimento”.

Outros autores (Neto, 2000; Pimentel, 2001; Barros de Oliveira, 2007) vêem na institucionalização alguns aspetos positivos, pois para muitos idosos a integração nos lares foi a única alternativa encontrada de modo a viverem com mais qualidade.

2.2.1 Enquadramento histórico dos lares

Podemos considerar os albergues como os antepassados dos lares de idosos. De acordo com o Dicionário Aurélio “Albergue significa lugar onde se recolhe alguém por caridade, pousada ou estalagem onde eram recolhidos peregrinos e viajantes, principalmente os pobres”. É uma palavra muito antiga, que tem origem gótica e data do séc. XIII.

Os albergues surgiram nos mosteiros da Idade Média (Rosen, 1993), que recebiam peregrinos das rotas santas da época. O objetivo principal era oferecer abrigo provisório, pois a população tinha onde morar e apenas necessitava de um local temporário, por estar em peregrinação, longe de casa.

A palavra grega *ásylos* significa abrigo sagrado. Os autores (Morgado & Lima, 1995) destacam portanto a sua função essencial de abrigar, exercida por instituições, que lhe dão nomes diversos, como asilos, dispensários, lares abrigados, casas de repouso e outros.

Ao longo do tempo, a função de oferecer abrigo continuou, mas a população-alvo deixou de utilizar o albergue apenas por motivos de deslocamento de um lugar para outro, como no caso da peregrinação, passando a recorrer a estes locais por outros motivos: o desemprego, o desajuste social, as catástrofes e falta de casa própria.

Nos Estados Unidos, onde vários investigadores têm pesquisado a população sem casa (chamada “de rua” ou “sem teto”), desde há várias décadas, verifica-se que o albergue é a instituição-chave de atendimento a esta população (Grunberg & Eagle, 1990). Aí, nas

décadas de 70 e 80, houve um aumento significativo do número de albergues, à medida em que as políticas sociais e de saúde, e a sociedade no seu todo, percebiam o aumento da população sem casa.

Estas instituições passaram a ampliar as suas funções para fazer face aos problemas da população (Stark, 1994), e, assim, deixaram de ser apenas lugares de acolhimento de emergência, para oferecer um leque de serviços, com o objetivo de reintegrar os seus utentes.

Vários autores, a nível internacional, têm estudado os serviços a serem oferecidos à população sem casa, as suas necessidades e as melhores formas de atendimento para este segmento populacional, em várias destas instituições, tais como Kroll e Cols. (1986), Roth & Bean (1986), Hogg & Marshall (1992), Hopper & Baumohl (1994), Haugland e Cols (1997), Bhugra e Cols (1997), Murray e Cols (1997), Hopper e Cols (1997). Todos têm verificado a importância e procura crescente destas instituições, as quais foram modificando as suas características à medida das causas e dimensões do problema.

Dois exemplos destes estudos demonstram a variedade de funções exercidas por estas instituições, na sociedade americana:

Hopper (1990) no estudo destas instituições do início do século XX, detetou nestas objetivos de reinserção social para uma população que sofria as consequências da grande depressão económica dos anos 30. Esse autor refere algum fracasso destes objetivos, já que o trabalho aí desenvolvido não entrava em conta com o contexto económico-social, muito desfavorável nessa época, mas apenas nas características da pessoa institucionalizada.

Por outro lado Grella (1994) descreve um caso duma instituição que fazia parte de um programa para mulheres sem casa, com transtornos psíquicos. Este funcionava em parceria com um centro de atendimento diário para estas utentes, cuja função básica era tornar a população apta a obter e a manter a sua própria moradia, além da auto-gestão do seu tratamento de saúde, o que demonstra um processo mais globalizante e conseqüentemente mais eficaz.

Muitos outros investigadores se têm dedicado a este estudo, principalmente nas áreas da sociologia e antropologia, como os trabalhos de Neves (1999), Rosa (1995), Martins (1993), Vieira (1992), Stoffels (1977), Nasser (1997) e Aragão (1997).

2.2.2 A atualidade

Os asilos (ou albergues) do século XV deram, no século XX, origem aos Lares de idosos. Em Portugal, pelo Despacho Normativo nº12/98, Norma I, foi apresentada a definição de Lar de idosos:

“Para efeitos do presente diploma, considera-se lar para idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.”

Neste mesmo Despacho, na Norma II, pode ler-se o objetivo dos Lares de idosos:

São objectivos específicos dos lares para idosos:

- a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- b) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar;
- d) Potenciar a integração social.

Na Norma III podemos encontrar descritas as condições gerais de funcionamento destas estruturas:

Condições gerais de funcionamento

1 - A concretização dos objectivos referidos na norma II exige que o funcionamento do lar deva garantir e proporcionar ao idoso:

- a) A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- b) Uma alimentação adequada, atendendo, na medida do possível, a hábitos alimentares e gostos pessoais e cumprindo as prescrições médicas;
- c) Uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada idoso;
- d) A realização de actividades de animação sócio-cultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- e) Um ambiente calmo, confortável e humanizado;
- f) Os serviços domésticos necessários ao bem-estar do idoso e destinados, nomeadamente, à higiene do ambiente, ao serviço de refeições e ao tratamento de roupas.

Continua, apresentando aquilo que a institucionalização deve fomentar:

2 - O funcionamento do lar deve fomentar:

- a) A convivência social, através do relacionamento entre os idosos e destes com os familiares e amigos, com o pessoal do lar e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;
- b) A participação dos familiares, ou pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psico-afectivo do residente.

3 - O lar deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o idoso a solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares.

Assim, no que se refere aos lares para idosos, as condições de instalação e funcionamento encontram-se estabelecidas no Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de Fevereiro. Por outro lado, o Despacho Normativo n.º 30/2006, de 8 de Maio, estabeleceu regras específicas para estabelecimentos, designados por estruturas residenciais para idosos, que, embora se enquadrem, em termos de pressupostos e finalidades, nas condições reguladoras dos

lares de idosos, apresentam uma tipologia distinta, no que respeita à capacidade, amplitude e modelo de organização¹⁷.

Ainda que a implantação das respostas sociais para a população idosa se verifique em todos os concelhos do Continente, a maior concentração nota-se nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto e nos concelhos com maior índice de envelhecimento.

Da totalidade dos concelhos (278), apenas três localizados nos distritos de Aveiro, Beja e Santarém, detêm até 4 respostas para apoio à população idosa, segundo dados da Carta Social, relatório 2009¹⁸.

Nesse ano de 2009 encontram-se identificadas cerca de 6 500 respostas sociais, ultrapassando as 7 000 se se considerar também o Centro de Convívio. No ano de análise, por referência ao ano anterior, verifica-se um crescimento acentuado nas valências Residência e Lar de Idosos (cerca de 27 %) como resultado do forte investimento público com o objetivo da expansão da capacidade instalada e melhoria da qualidade das respostas existentes.

Desde o ano de 1998, o crescimento das respostas sociais para as pessoas idosas atingiu os 68,8 %. Ao longo destes onze anos o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) tem apresentado a maior taxa de crescimento (87,5 %) no conjunto das diferentes respostas sociais para a população idosa, seguido da Residência e Lar de Idosos (76 %) e do Centro de Dia (44,4%).

Nestes anos, o SAD tem apresentado a maior taxa de crescimento (87,5 %) no conjunto das diferentes respostas sociais, elevando em muito a capacidade das respostas sociais para as pessoas idosas. O nível de crescimento do SAD, ano após ano, tem portanto confirmado a concretização da política desenvolvida nos últimos anos no sentido de eleger esta resposta como alternativa às respostas convencionais, retardando deste modo a institucionalização do idoso.

Relativamente à capacidade, e tendo por referência o ano base, verifica-se que o SAD apresenta em 2009 um alargamento da capacidade instalada de 130 %, correspondendo à criação de cerca de 49 300 lugares, dos quais cerca de 4 000 entraram em funcionamento recentemente. Embora menos acentuada, também a Residência e Lar de Idosos registam um crescimento da sua capacidade em 40 %, o que representa a criação de mais de 20 000 lugares, desde 1998.

¹⁷ Legislação essencial sobre lares de idosos: Despacho Normativo 30/2006 de 8 de Maio de 2006; Despacho Normativo 62/99 de 12 de Novembro de 1999; Decreto-Lei 268/99 de 15 de Julho de 1999; Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998; Decreto-Lei 133-A/97 de 30 de Maio de 1997; Despacho Normativo 99/89 de 27 de Outubro de 1989; Despacho Normativo 96/89 de 21 de Outubro de 1989; Portaria nº 364/98 de 26 de Junho de 1998;

¹⁸ Carta Social, Rede de Equipamentos e Serviços, relatório 2009. Ministério do Trabalho e da Segurança Social.

A taxa média de utilização (1998 - 2009) das respostas sociais representadas é de 83,2 %, percentagem ligeiramente mais baixa do que em anos anteriores, devido ao acréscimo de capacidade no SAD e na Residência e Lar de Idosos.

Segundo relatório de 2009, da Carta Social, a ocupação mais elevada observou-se sempre na Residência e Lar de Idosos, apresentando valores superiores a 95 %, a qual em 2009 sofreu uma redução para 96,4 %. O SAD apresentou também elevadas taxas de utilização durante este período, sendo o valor médio de 89,3 %.

Com estes valores retrata-se o país em relação à distribuição da população idosa. Assim, os distritos mais envelhecidos situam-se todos no interior, enquanto que os mais jovens se localizam no litoral, nomeadamente os que apresentam índices de envelhecimento inferior à média do Continente (18,1%), tais como Braga (13,3%), Porto (14,6%), Aveiro (16,5%), Setúbal (17,2%) e Lisboa (18,1%). Por outro lado os distritos de Bragança (25,8%), Portalegre (25,7%), Castelo Branco (25,5%), Guarda (25,1%), Beja (23,9%) e Évora (23,7%) destacam-se com os valores mais elevados de envelhecimento. Na análise da distribuição da população por concelho verifica-se que apenas 78 concelhos (28%) apresentam um índice de envelhecimento inferior à média do Continente.

Por outro lado, a distribuição deste índice não é uniforme ao longo do país. Assim, distritos bastante envelhecidos, como Beja e Évora, apresentam índices de envelhecimento pouco superiores à média do Continente nos respectivos concelhos capital do distrito.

A criação destes mapas comparativos são de elevada importância, para procurar relacionar a oferta com a população-alvo, nos vários distritos, colocando em evidência a adequação entre o envelhecimento da população e a oferta de respostas sociais para as pessoas idosas.

No entanto, segundo a mesma Carta Social, nota-se ainda uma menor cobertura relativa nos distritos de Braga, Porto, Aveiro, Lisboa e Setúbal, como já acontecia em anos anteriores. A taxa de cobertura das respostas para esta população-alvo subiu 4% em relação ao ano anterior, situando-se em 11,9%. Dos concelhos do Continente, 173 (62,2 %) apresentam taxas superiores à média global. Deste grupo, 30 concelhos atingem mesmo taxas de cobertura superiores a 30%.

Verifica-se ainda que existe uma correlação entre estes valores mais elevados e o índice de envelhecimento, localizando-se algumas das taxas mais elevadas nas zonas mais envelhecidas do país. Em Portugal (continente) havia no ano de 2009, relativo aos lares de idosos, no que respeita ao nível de capacidade de respostas sociais, 68 726 lugares, para um total de 1 773 em respostas sociais.

2.3 Teorias do Envelhecimento

Envelhecer é ainda o único meio que se encontrou de viver muito tempo.
Charles Augustin Sainte Beuve¹⁹

Todos desejam viver muito tempo, mas ninguém quer ser velho.
Jonathan Swift²⁰

As noções de envelhecimento e velhice humana não são novas, primeiramente apenas na área da medicina e do estado físico da pessoa. Mais recentemente, com o avanço das ciências sociais, começou-se a ter uma visão mais global (abordagem holística²¹) do processo de envelhecimento e da velhice.

Todas as espécies, sejam animais ou plantas, envelhecem ao longo do tempo, surgindo várias alterações ao longo da vida, desde o nascimento à morte. Sendo esta uma realidade, a ciência apresenta várias teorias sobre as causas do envelhecimento, não existindo, até hoje, uma teoria que só por si explique todo o completo e dinâmico processo de envelhecimento.

O envelhecimento é portanto um processo que envolve mudanças a vários níveis – biológico, psicológico e social – com múltiplos efeitos, como a vida pessoal, familiar e mesmo ocupacional.

O investigador Jerson Aranha (Aranha, J., 2007) procurou responder à questão do que é o envelhecimento com as seguintes afirmações:

"Irreversibilidade da substância viva em função do tempo."

"Complexo de manifestação que leva a um encurtamento da expectativa de vida com o aumento da idade."

"Soma de todas as manifestações de desgaste durante a vida."

"Processo biológico que leva à limitação das possibilidades de adaptação do organismo e ao aumento da probabilidade de morrer."

"Soma de todas as alterações biológicas, psicológicas e sociais, que depois de alcançar a idade adulta e ultrapassar a idade de desempenho máximo, leva a uma redução gradual das capacidades de adaptação e de desempenho psicofísico do indivíduo."

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde define “Velhice” como:

¹⁹ Charles Augustin Sainte-Beuve (nasceu em 1804 e faleceu em 1869) foi um crítico literário e uma das grandes figuras da história da literatura francesa.

²⁰ Jonathan Swift (nasceu em 1667 e faleceu em 1745) foi um escritor irlandês.

²¹ A abordagem holística acredita que os elementos emocional, mental, espiritual e físico de cada pessoa formam um sistema.

"o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à acção do tempo sobre as pessoas"

De acordo com Mestre (1999) podemos ler que:

“O envelhecimento é um processo biológico, psicológico e social complexo, mas dinâmico, que se inicia muito antes da velhice propriamente dita e que não é uma doença, mas antes um tempo, do próprio tempo de Vida”

Ainda na linha do pensamento de Mestre, o processo de envelhecimento pode ser apresentado em três níveis:

- Envelhecimento biológico (chamado de senescência²²).
- Envelhecimento social (papéis sociais esperados pela sociedade como sendo os apropriados).
- Envelhecimento psicológico (adaptação psicológica ao processo de envelhecimento biológico).

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento é um processo de transformação das células e dos tecidos, provocado pela acção do tempo sobre o organismo, elevando assim o risco de mortalidade.

Um outro investigador (Austad S. N., 1997) define envelhecimento como a deterioração progressiva da quase totalidade das funções do organismo durante o tempo.

2.3.1 Enquadramento do envelhecimento

Sabemos que a fragilidade, tanto física como psíquica, aumenta, necessariamente, com a idade, tornando as pessoas mais vulneráveis a vários níveis.

O envelhecimento, segundo (Miller R., 1994) «é um processo que converte os adultos saudáveis em pessoas frágeis, com uma diminuição de reservas na maioria dos sistemas fisiológicos e com uma vulnerabilidade que aumenta exponencialmente para a maior parte das doenças e para a morte».

Gonçalves (Gonçalves, 1999), citando Binet e Bourliere refere que o envelhecimento diz respeito «a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos».

O envelhecimento é portanto um processo natural mas bastante complexo, que ao envolver diversos factores - biológicos, sociais, económicos e culturais – desencadeia tensões e expectativas, tanto pelos idosos como pelos seus familiares, exigindo por parte de todos novos equilíbrios, atitudes e soluções.

²² O termo senescência, de acordo com o “Grande Dicionário de Língua Portuguesa”, é um substantivo feminino que deriva do latim *senescere*. Segundo a mesma fonte, o termo refere-se, em Medicina, ao “Enfraquecimento físico e mental provocado pela idade”.

Muitas são as ciências que têm contribuído para explicar o envelhecimento – antropologia, psicologia, demografia, biologia, sociologia – surgindo nesse estudo muitas teorias sobre o ciclo da vida e a adaptação do ser humano ao processo de envelhecimento.

Apresentam-se, em seguida, as mais divulgadas, que permitem estruturar e orientar o saber sobre o envelhecimento e a velhice, servindo como base para o estudo posterior das questões éticas envolvidas no envelhecimento e mais concretamente na institucionalização.

Pode ler-se em (Freitas, E. et al, 2002) um reforço do valor do estudo das teorias de envelhecimento:

"As teorias desenvolvem-se em qualquer época de acordo com os contextos sócio-históricos determinados e, dessa forma, além de reflectirem a precisão e a dedicação dos cientistas, reflectem também as preocupações e ideologias vigentes".

E também uma justificação do interesse da compreensão e conhecimento destas teorias:

"As principais finalidades das teorias são a construção do conhecimento e a compreensão sistemática e acumulativa [...] As teorias fornecem bases para buscar o que não se conhece, orientam a busca do desconhecido e permitem predições [...] O uso de teorias traz pelo menos quatro vantagens: a integração do conhecimento, a explicação do conhecimento (como e por que os fenómenos ocorrem), a predição e a orientação de intervenções que melhoram a condição humana".

2.3.2 Classificação das teorias do envelhecimento

O número de teorias relativas ao envelhecimento é impressionante, tendo o gerontólogo russo Zhores Medvedevk enumerado mais de três centenas! A verdade é que muitas não se debruçaram verdadeiramente sobre as causas, mas apenas sobre a senescência, ou seja, sobre o processo de envelhecimento biológico.

Destas diversas teorias do envelhecimento muitas delas estão já obsoletas, sendo as restantes ainda demasiado numerosas para serem aqui abordadas individualmente. Assim, faz-se a sua divisão em duas categorias gerais (Mota, M.P. 2004): Teorias Genéticas e Teorias Estocásticas, as quais serão apresentadas nas duas secções seguintes. Seguidamente, apresentaremos uma outra classificação: Teorias Biológicas, Teorias Psicológicas e Teorias Sociológicas. Existe, ainda, uma classificação das teorias por gerações, que também será aqui apresentada.

2.3.2.1 Teorias Genéticas

As Teorias Genéticas revelam que o envelhecimento é a última etapa de um processo genético, o qual é definido e orientado. Os biogerontologistas²³ destacam a participação determi-

²³ A Biogerontologia é a parte da biologia que estuda o envelhecimento.

nante dos genes neste fenómeno, apesar das conhecidas influências ambientais na saúde e na longevidade.

Apresentam-se, em seguida, as várias teorias do envelhecimento, classificadas como teorias genéticas: Teoria da Velocidade de Vida, Teoria do Envelhecimento Celular, Teoria dos Telómeros, Teoria da Mutagénese Intrínseca, Teoria Neuro-endócrina e por fim a Teoria Imunológica.

A Teoria da Velocidade de Vida

A Teoria da Velocidade de Vida (Pearl R., 1928) explica que a longevidade é inversamente proporcional à taxa metabólica.

Também já Rubner²⁴ tinha explicado que as características genéticas de cada espécie de mamíferos determinariam a sua taxa metabólica e, desta forma, a sua maior ou menor longevidade comparativamente às outras espécies.

B Teoria do Envelhecimento Celular

Weismann²⁵, por volta de 1891, realizou alguns estudos para procurar perceber qual o papel das células no fenómeno de envelhecimento. Na altura, surgiu uma grande especulação sobre a existência de um potencial limitado da capacidade de duplicação das células somáticas nos animais superiores, facto este que foi, mais tarde experimentalmente (Hayflick, L, 1996).

C Teoria dos Telómeros

Os telómeros, ou seja, as longas fitas repetitivas de DNA²⁶, que se encurtam cada vez que uma célula se divide, podem determinar a existência de um tempo de vida finito nas células eucariotas normais e a capacidade das células cancerosas em superá-lo. Estas estruturas compreendem sequências de nucleótidos que protegem as extremidades dos cromossomas da sua degeneração e da fusão com outros cromossomas, prevenindo a instabilidade genómica²⁷.

D Teoria da Mutagénese Intrínseca

Na Teoria da Mutagénese Intrínseca (Burnet, 1974), considera-se que a longevidade das diferentes espécies animais difere devido a uma constituição genética específica, a qual regula a fidelidade do seu material genético e a sua replicação. Assim, a maior ou menor longevidade

²⁴ Max Rubner, nascido em 1854, foi um fisiologista e higienista.

²⁵ Friedrich Leopold August Weismann (nascido a 1834 e falecido a 1914) foi um biólogo alemão. Ele descobriu a barreira de Weismann, a qual impede, ainda que não completamente, que as células somáticas passem informações para as células germinativas. Assim sendo, ela é importante, em termos conceituais, para reforçar a teoria da seleção natural de Charles Darwin.

²⁶ DNA: ácido desoxirribonucleico (ADN, em português).

²⁷ A instabilidade genómica tem sido amplamente usada para caracterizar células cancerosas.

do animal depende do número de erros na replicação do seu DNA celular e da capacidade das respectivas enzimas reparadoras do DNA.

E Teoria Neuro-endócrina

Uma das teorias genéticas do fenómeno de envelhecimento mais relevante é a Teoria Neuro-endócrina (Finch, C.E. 1976), constituindo esta uma hipótese alternativa para explicar a degeneração funcional associada à idade. De acordo com esta teoria, o nível de envelhecimento é o resultado do declínio de diversas hormonas do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal que controlam o sistema reprodutor, o metabolismo e outros aspetos do funcionamento normal de um organismo.

F Teoria Imunológica

A Teoria Imunológica aborda as alterações nas respostas imunológicas associadas à idade. Os humanos e roedores idosos evidenciam declínios em vários aspetos da proteção imunológica, incluindo a formação de auto-anticorpos com elevada afinidade, diminuição da resposta das células T²⁸ aos mitogéneos e menor resistência à infeção e à doença.

2.3.2.2 Teorias estocásticas

A perda de funcionalidade acompanha o fenómeno de envelhecimento. Nas Teorias Estocásticas considera-se que isso é causado pela acumulação aleatória de lesões, associadas à ação ambiental, em moléculas vitais, que provocam assim um declínio fisiológico progressivo (Cristofalo, V.J., Gerhard, 1994).

Este grupo inclui várias teorias, entre as quais se destacam a Teoria das Mutações Somáticas, a Teoria do Erro-catástrofe, a Teoria da Reparação do DNA, a Teoria da Quebra de Ligações, a Teoria da Glicosilação Avançada e a Teoria do Stress Oxidativo.

A Teoria da Reparação do DNA

Os autores (Hart e Setlow, 1974) desenvolveram a Teoria da Reparação do DNA, e segundo eles, é a velocidade de reparação do DNA que determina o tempo de vida de indivíduos de espécies diferentes e entre indivíduos da mesma espécie. As conclusões surgiram após a constatação de diferentes velocidades de reparação de fibroblastos em cultura, expostos à luz ultravioleta, de dadores de sete espécies de mamíferos. Seria importante, contudo, que estes resultados fossem confirmados noutros estudos, realizados com outras espécies de mamíferos (Woodhead, 1980).

²⁸ As células T são um tipo de linfócitos (células brancas do sangue). Têm um importante papel no sistema imunitário.

B Teoria da Quebra de Ligações

A Teoria da Quebra de Ligações, também conhecida como “Mudanças pós-tradução em proteínas”, defende que a acumulação de proteínas modificadas pode levar à incapacidade funcional da célula normal. Esta teoria surgiu com a constatação de que um aumento da quebra de ligações em macromoléculas como o DNA, o colagénio e a elastina, com a idade, leva ao declínio dos processos fisiológicos. Uma das causas do fenómeno de envelhecimento pode ser, segundo esta teoria, a quebra de ligações das proteínas pela glicosilação²⁹.

C Teoria da Glicosilação

As reacções de glicosilação na modificação de proteínas são, actualmente, consideradas como um dos principais mecanismos responsáveis pelo fenómeno de envelhecimento celular. A Teoria da Glicosilação sugere que a modificação de proteínas pela glicose e a associação de reacções de Maillard³⁰ levam à formação de ligações cruzadas graduais no colagénio, ligações estas comuns nos indivíduos idosos. Segundo a teoria, as ligações cruzadas, causadas pelo elevado nível de glicemia e de glicose tecidual, conduzem à deterioração estrutural e funcional dos tecidos.

2.3.2.3 Teorias Biológicas

Na visão das várias Teorias Biológicas, existem várias formas de abordagem do envelhecimento, nomeadamente quanto às suas causas.

“Numa perspectiva biológica as atribuições do envelhecimento caracterizam-se por uma fase de senescência com perda de capacidade funcional, e evolução tendencial para a doença, sendo frequentes os quadros de perturbação cognitiva e demencial” (Baltes³¹ e Reese, 1984, Schroots & Birren, 1996 in Treisman & Angelino, 2004).

(Mota, M.P. 2004) considera a divisão das teorias do envelhecimento em duas grandes categorias gerais - já atrás apresentadas - Teorias Genéticas e Teorias Estocásticas. Segundo os autores Emílio A. Jeckel-Neto e Gilson Luís da Cunha (Freitas, E. et al, 2002), as Teorias Biológicas podem dividir-se em: Estocásticas; Uso e Desgaste; Proteínas Alteradas; Mutações somáticas; Erro Catastrófico; Desdiferenciação; Dano Oxidativo e Radicais Livres; Lipofuscina e o Acumulo de Detritos; Mudança Pós-Tradução em Proteínas; Sistémicas; Metabólicas, Genéticas; Apoptose; Fagocitose; Neuroendócrinas; Imunológicas.

²⁹ Processo primordial para a formação das proteínas de membrana e secretórias.

³⁰ A reacção geral de Maillard é um conjunto de reacções que se desencadeiam em várias etapas. Ocorrem, normalmente, a temperaturas muito altas, mas se houver uma concentração muito elevada de açúcares reductores ou aminoácidos, então poderão ocorrer a temperaturas mais baixas.

³¹ Paul Baltes (nascido a 1939 e falecido em 2006) foi um psicólogo alemão, estudioso da psicologia do envelhecimento.

A Teorias Estocásticas

As Teorias Estocásticas defendem, como se viu atrás na secção “2.3.2.2 Teorias estocásticas” (Cristofalo, V.J., Gerhard, 1994), que o envelhecimento é um processo estocástico, porque é uma consequência de lesões sucessivas, no qual convergem factores exógenos e endógenos. Nos exógenos temos o tempo, as atividades, o desgaste, os agentes físico-químicos e biológicos. Nos endógenos temos o genoma, o genótipo familiar e individual. Estes conjuntos de lesões sucessivas conduzem ao desgaste (envelhecimento) e, posteriormente, à morte.

B Teorias de Uso e Desgaste

Nestas teorias, a acumulação de agressões ambientais, no dia-a-dia, levam ao decréscimo gradual da eficiência do organismo, tornando-se cada vez mais deficiente, ineficaz e, por fim, surge a morte.

C Teoria das Proteínas Alteradas

Esta teoria estabelece que as mudanças que ocorrem em moléculas proteicas após a tradução, e que são dependentes do tempo, são as provocadoras de alterações, que mudam a atividade enzimática, comprometendo a eficiência da célula e portanto a sua vida.

D Teoria das Mutações Somáticas

Ao longo da vida de um ser, todas as acumulações de mutações somáticas levam, pouco-a-pouco, a alterações da informação genética, reduzindo progressivamente a eficiência da célula, até um nível de deterioração, já incompatível com a vida.

A Teoria das Mutações Somáticas foi uma das primeiras teorias que ajudou à compreensão do fenómeno de envelhecimento ao nível molecular. Algumas experiências permitiram verificar que doses de radiações sub-letais são frequentemente acompanhadas por uma diminuição do tempo de vida. A atrofia, a modificação da cor dos pêlos e a diminuição do tempo de vida de ratos submetidos a estas radiações parecia suportar esta teoria. Mas, mais tarde, alguns estudos matemáticos das curvas de sobrevivência dos ratos expostos à radiação ionizante demonstraram um aumento da taxa de mortalidade inicial, período em que as radiações ionizantes tiveram maior efeito, não se tendo assim verificado um aumento na taxa de mortalidade com a idade. Estes dados permitiram concluir que não existiram processos de envelhecimento primário, mas sim desenvolvimento de patologias neoplásicas.

E Teoria do Erro-Catástrofe

Segundo alguns autores, o erro catastrófico justifica o envelhecimento com processos incorretos de transcrição e/ou de tradução dos ácidos nucleicos, que reduziriam a eficiência celular, comprometendo portanto a vida.

Pode-se considerar que há erro catastrófico quando a frequência de erros alcançar um valor, no qual um ou mais processos vitais para a célula assumir uma ineficiência letal. Assim, se morressem células em quantidades suficientes para causar esse efeito, o resultado seria o decréscimo na capacidade funcional, a qual caracteriza o envelhecimento.

A “Teoria do Erro-Catástrofe” do envelhecimento celular (Orgel, 1963), explica que os erros na síntese de uma proteína podem ser utilizados na síntese de outras proteínas, levando a uma diminuição progressiva da fidelidade e à eventual acumulação de proporções de proteínas aberrantes, potencialmente letais. Estes erros são mais relevantes quando afetam proteínas envolvidas na síntese de DNA, o que leva à perda de fidelidade do DNA replicado, aumentando, conseqüentemente, as mutações somáticas e originando, assim, patologias e disfunção celular.

F Teoria da Desdiferenciação

Esta teoria sugere que o envelhecimento normal de um organismo resulta do facto das suas células se desviarem do seu estado apropriado de diferenciação. As células diferenciadas caracterizam-se pela sua capacidade de reprimir, de forma seletiva, a atividade de genes que são desnecessários para a sua sobrevivência e para as suas funções particulares.

G Teoria do Dano Oxidativo e Radicais Livres

Sendo a longevidade da célula inversamente proporcional à extensão do dano oxidativo, e diretamente proporcional à atividade das defesas oxidantes, todas as deficiências fisiológicas características de mudanças relacionadas com a idade podem ser atribuídas aos danos intracelulares produzidos pelos radicais livres. A acumulação dos radicais livres tenta assim explicar as mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento.

Em 1956 foi proposto (Harman, 1956), pela primeira vez, o envolvimento dos radicais livres³² no fenómeno de envelhecimento e na doença, considerando que o fenómeno de envelhecimento é o resultado da acumulação de lesões moleculares provocadas pelas reações dos radicais livres nos seus componentes.

³² Os radicais livres são moléculas com existência independente que são produzidas no decorrer do nosso processo respiratório.

A teoria dos Radicais Livres destaca-se no estudo do envelhecimento. O paradoxo de que é o oxigénio o grande responsável pelo processo da vida, mas que ao mesmo tempo é o responsável pelo fenómeno inverso, o envelhecimento, que conduz lentamente, à morte, levanta muitas questões.

Um investigador (Gonçalves, L.C., 1999) procurou demonstrar o contrário, ou seja, que não é o oxigénio que intoxica o corpo de radicais livres, levando ao envelhecimento. Segundo ele, é a alimentação que leva, juntamente com elementos necessários ao metabolismo, muitos agentes tóxicos, os quais formam os radicais livres.

H Teoria da Lipofuscina e o Acúmulo de Detritos

Esta teoria propõe que o envelhecimento celular é causado pelo acumular intracelular de produtos do metabolismo, que não podem ser destruídos ou eliminados, excepto pelo processo de divisão celular.

I Teoria da Mudança Pós-Tradução em Proteínas

Segundo esta teoria, a união do colagénio mostra o grau de envelhecimento, pois reduz a flexibilidade. As modificações químicas, dependentes do tempo, ao ocorrerem em macromoléculas importantes (como o colagénio e a elastina), comprometeriam as funções dos tecidos, e reduziriam a eficiência celular, culminando finalmente na morte.

J Teorias Sistémicas

Estas teorias justificam o envelhecimento como resultado de um tipo de cascata sistémica de interações entre os genes e o ambiente, sendo factores importantes quer as abordagens genéticas para a análise do envelhecimento, quer a modulação ambiental do envelhecimento e da longevidade.

K Teorias Metabólicas

É sabido que os animais de maior porte apresentam uma longevidade maior do que os animais de menor porte, e tendo em conta que a taxa metabólica é inversamente proporcional ao peso do corpo, surgiu a ideia de que a longevidade e o metabolismo estariam relacionados (relação causal). Além disso, existem dados consistentes que mostram que a taxa metabólica tende a declinar com a idade avançada.

L Teorias Genéticas

São teorias do envelhecimento baseadas no genoma. Segundo estas teorias, o processo e a idade estariam determinados geneticamente, e a morte das células estaria, assim já programada.

As teorias desse grupo sugerem que mudanças na expressão genética causariam modificações senescentes (envelhecimento) nas células. Vários mecanismos são propostos. As mudanças poderiam ser gerais ou específicas, podendo atuar ao nível intra ou extracelular.

(Mota, M.P. 2004) ao considerar a divisão das teorias do envelhecimento em duas grandes categorias gerais - já atrás apresentadas - Teorias Genéticas e Teorias Estocásticas – definiu várias categorias, também já atrás apresentadas, dentro das Teorias Genéticas: Teoria da Velocidade de Vida, Teoria do Envelhecimento Celular, Teoria dos Telómeros, Teoria da Mutagênese Intrínseca, Teoria Neuro-endócrina; Teoria Imunológica.

M Teoria da Apoptose

A apoptose, também chamada “morte programada” ou de "suicídio" de certas células, seria induzida por sinais extracelulares. Apesar da heterogeneidade dos sinais, todos parecem dirigir-se a um alvo, um gene ou conjunto de genes, que ativará um programa de apoptose. A relação entre a apoptose e outras doenças, como o cancro ou a doença de Alzheimer existe, sendo também possível como explicação do envelhecimento.

N Teoria da Fagocitose

Neste caso, as células senescentes apresentariam proteínas de membranas típicas, que as identificariam e as marcariam como alvo para a destruição por outras células, tais como os necrófagos.

O Teorias Neuroendócrinas

As Teorias Neuroendócrinas consideram que a falência progressiva de células com funções integradoras específicas leva ao colapso da homeostasia corporal³³, à senescência e finalmente à morte.

P Teorias Imunológicas

Do ponto de vista desta teoria, a longevidade seria dependente das variantes de certos genes para o sistema imunitário. Nalguns, aumentaria a longevidade, e noutros encurta-

³³ Ou Homeostase, é a capacidade que os seres vivos possuem de regular o seu ambiente interno para manter uma condição estável.

ria-a. Supõe-se que tais genes regulariam uma larga variedade de processos básicos, incluindo a do sistema neuroendócrino. A falha desse mecanismo de retro alimentação levaria à falência da homeostasia corporal e à morte.

2.3.2.4 Teorias Psicológicas

Ultimamente, com o grande desenvolvimento da psicologia, surgiu um grupo de teorias sobre o envelhecimento, as “Teorias Psicológicas”.

Para além da classificação das teorias como “Teorias Biológicas”, mais destinadas a ajudarem a perceber o processo de envelhecimento, a nível físico, a psicologia preocupa-se mais com a descrição das diferentes maneiras de envelhecer relacionando vários factores, como a inteligência, a memória, a personalidade, a motivação.

Segundo (Paul C. 1991), a inteligência, a memória, a personalidade, a motivação, os afazeres, quando trabalhados e exercitados, contribuem para a preservação da capacidade funcional e, conseqüentemente para o bem-estar dos idosos, e conseqüentemente das famílias. Esta autora refere que “no caso dos idosos considerados mais pobres, com baixa escolaridade e baixas expectativas, dado que a sua experiência de vida lhes ensinou que elas não seriam preenchidas ou acessíveis, as aspirações dos idosos são baixas e desadaptadas com o meio”.

Os papéis profissionais e as interações sociais neste período da vida – a velhice – são também factores psicológicos que afetam os idosos. Ou seja, no que se refere aos papéis profissionais, é a reforma a principal mudança significativa, dado que as pessoas saem da sua atividade profissional e conseqüentemente ficam colocados em situação de reforma, o que é considerado o “fim” para a grande maioria dos idosos.

Com a mudança de papéis, é preciso gerar-se um processo de adaptação, em que para alguns não é inteiramente bem sucedido, resultando muitas vezes em insatisfação ou até mesmo desespero, depressão, e muitas vezes, até suicídio. As alterações na saúde, na atividade profissional, a morte do cônjuge, de familiares ou amigos também idosos, levam a que o idoso fique mais frágil e mais vulnerável.

(Cordeiro, 1987) caracteriza esta adaptação a um processo de mudança com perdas e limitações, ou seja, o envelhecimento como “o luto que a pessoa de idade vai ter de fazer de uma certa imagem de si própria, como pessoa, como ser social, como membro de uma comunidade”

Como diz Moragas³⁴ (1991):

"São rudimentares e o que possui são resultados de investigações [...]. Muitas das contribuições da psicogerontologia caracterizam-se pela ênfase do patológico sobre o «normal»..."

³⁴ Maruja Moragas licenciada em Filosofia e Letras e historiadora pela Universidade Autónoma de Barcelona e formação em ADE (Alta Direção de Empresas), pelo Esade.

Durante muito tempo a psicologia assumiu, e era senso comum, que os anos da vida adulta seriam anos de estabilidade e saúde, e os da velhice de declínio e doença, levando a que o estudo da velhice fosse feito apenas pela medicina. Hoje, assiste-se ao estudo do envelhecimento usando metodologias que envolvem várias áreas, como a psicologia e a biologia, provando-se que o crescimento, a estabilidade e o declínio, com o passar do tempo e com a idade, ocorrem essencialmente ao nível psicológico.

Na verdade não existe uma única e correta forma de envelhecer! A maneira como cada um assume o envelhecimento tem a ver com a sua personalidade e ainda a experiência individual, social, familiar e até a forma de estar na comunidade, com o estilo e filosofia de vida, grau de satisfação e auto-estima.

Todo o estudo sobre a velhice deve, assim, envolver o estudo do desenvolvimento físico, afetivo, social e cognitivo dos indivíduos. Ao estudar a psicologia dos idosos, durante o seu envelhecimento, deve-se ter em conta como estes viveram as mudanças, as diferenças entre sexo, entre a classe social, o local onde moram, se é no meio urbano ou rural, e a sua personalidade.

Como refere Anita L. Neri, in Freitas *et al* citando Bandura (2002):

"A psicologia da idade adulta e da velhice é hoje um campo caracterizado pela presença de uma grande quantidade de micromodelos derivados da teoria de aprendizagem social, da psicologia social e da psicologia da personalidade..."

O envelhecimento, para além das alterações óbvias no organismo, traz ao ser humanas alterações não menos importantes, nas suas funções cognitivas, assim como mudanças psicológicas, as quais podem resultar em diversos problemas:

- Perturbações da inteligência, da memória e da aprendizagem;
- Dificuldades de adaptação a novos papéis;
- Baixa auto-imagem e auto-estima;
- Dificuldades de acomodação às mudanças rápidas;
- Falta de motivação e dificuldade de planear o futuro;
- Alterações psíquicas que exigem tratamento, como a depressão, hipocondria, alterações.

As teorias psicológicas sobre o envelhecimento permitem portanto descrever as mudanças que, com o tempo (a idade), se produzem no funcionamento psicológico das pessoas, e a sua capacidade de adaptação ao meio, onde é importante continuar a usar as capacidades adaptativas como a aprendizagem, a motivação, a memória, muitas vezes deixadas para segundo plano.

2.3.2.5 Teorias sociológicas

As Teorias Sociológicas têm como base uma especialização da gerontologia, ocupando-se do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, mas também do estudo do impacto das condições sócio-culturais e ambientais, implicadas no processo do envelhecimento e da velhice. Além disso, estudam as consequências sociais que surgem do processo de envelhecimento, assim como as interações sociais que se podem colocar novamente.

As Teorias Sociológicas, ou Teorias Sociais (Lamas, 2007) assentam segundo este “tanto no interaccionismo simbólico como na Teoria da estrutura social”. Rocio Fernandez-Ballesteros³⁵ fala na Teoria da Subcultura, na qual se constata que a velhice acaba por conduzir a pessoa idosa ao isolamento. Este isolamento foi abordado por Rox, o qual considerou que os mais velhos possuem todas as características de qualquer grupo isolado.

A inexistência de um papel social conduz o idoso à perda da sua auto-estima, pois deixou de ser um trabalhador, produtivo portanto, passando a ter uma maior disponibilidade de tempo, o que o leva à necessidade de se adaptar a novos papéis impostos pela sociedade.

A nível social também se notam as diferenças, pois a maior parte dos idosos passa a ter menos relacionamentos. Relembra-se novamente que o bem-estar a nível social também influencia o estado de saúde. A família deve, aqui, ter um papel ativo, procurando ativar as redes de relacionamento para que o idoso não se sinta “à margem”.

Segundo (Pires, S.M. 1997):

"Três tradições de pesquisa surgiram no âmbito da sociologia: a sociologia da idade (the sociology of age), a sociologia do envelhecimento (the sociology of aging), a sociologia da velhice (the sociology of aged)".

Refere a autora, relativamente à sociologia da idade:

"Por um lado, tem uma perspectiva macro-estrutural, já que trata a idade como o princípio organizador da sociedade, enfatizando as instituições sociais, dentro das quais, esta serve como base da divisão do trabalho".

A mesma autora, citando Pitrim Sorokim³⁶, acrescenta:

"Considerou a idade como uma das bases mais importantes da organização social, modelando a estrutura dos grupos e dos sistemas sociais, moldando as características e comportamentos indi-

³⁵ Professor do Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid.

³⁶ Pitrim Sorokim foi um sociólogo russo.

viduais e contribuindo para analisar os processos sociais fundamentais, e até o curso da história".

Do ponto de vista sociológico, para Susete M. Pires (Pires, SM. 1997), citando Rosenmary,

"A idade não se pode definir de forma unívoca [...] é um princípio, uma realidade, um conceito que é extraordinariamente difícil de definir teoricamente".

Susete M. Pires distingue a idade de acordo com o calendário da idade biológica:

"Uma pessoa que nasça no mesmo ano, não significa ter uma situação idêntica no processo biológico ou fisiológico do desenvolvimento ou do envelhecimento"

É uma verdade que duas pessoas com a mesma data de nascimento não envelhecem da mesma maneira. Envelhece-se diferentemente, segundo o sexo e a condição social³⁷.

Maria Engrácia Leandro³⁸ refere que:

"Sendo o envelhecimento uma condição de todos os seres vivos, no que se refere aos humanos não se poderá falar exclusivamente de um processo biológico linear, programado de modo rígido e uniforme para todos os indivíduos. O envelhecimento humano pressupõe e exige uma grande atenção ao social, ao cultural, ao económico, ao histórico, ao psicológico, ao afectivo, ao familiar, entre outros aspectos. Refira-se, contudo, que este conjunto de elementos não assumem todos a mesma importância ao longo da existência nem se desenvolvem ao mesmo ritmo. Por outro lado, eles actuam e são reciprocamente accionados pelo indivíduo ao longo de toda a sua existência".

A sociologia da velhice apresenta algumas diferenças com a sociologia do envelhecimento. A primeira centra-se na gerontologia social, e está focada nos problemas sociais dos idosos, como a solidão, a reforma, a exclusão social e o internamento, procurando estudar o seu bem-estar global dos idosos. A segunda centra-se na trajetória de vida dos idosos, com um perfil microsocial.

Como nos escreve Susete M. Pires:

"Segundo esta perspectiva, os padrões do percurso de vida são afectados por mudanças sociais, culturais e ambientais, aos quais o grupo está exposto, ao movimentar-se nos diversos grupos etários; assinala-se também a relação existente entre os membros do grupo, como o elo de liga-

³⁷ Em si a idade não produz mudanças, segundo (Simões, A. 2006) "*é uma variável vazia, na medida em que é apenas um índice da passagem no tempo*".

³⁸ Maria Engrácia Leandro, doutorada em Sociologia, Universidade René Descartes, Sorbonne Paris V, 1992.

ção entre a velhice do indivíduo e a estrutura social; por último, também os acontecimentos históricos são importantes no acto de moldar a vida dos actores sociais, até porque a perda económica, género e classe social, contribuem para diferenciar as experiências das pessoas".

2.3.2.6 Classificação das Teorias por Gerações

Recentemente, as teorias sociológicas sobre o envelhecimento começaram a ser classificadas por um critério de gerações, organizando-se de acordo com várias gerações a que pertencem (Freitas et al, 2002).

A Teorias de 1ª geração

As Teorias de 1ª geração compreendem teorias elaboradas entre os anos 1947 e 1969, em que a unidade de análise é o indivíduo, sendo tratados factores como papéis sociais e normas, de forma a explicar como se dá o ajustamento ao inevitável declínio decorrente do envelhecimento. Eram propostos modelos de aplicação universal, não-dependentes do contexto e dos factores sociais.

Estas abarcam várias sub categorias: Teoria de Desengajamento ou Afastamento; Teoria da Atividade; Teoria da Modernização; Teoria da Subcultura.

Na Teoria de Desengajamento ou Afastamento, considera-se que durante o processo de envelhecimento as pessoas vão experimentando uma separação gradual da sociedade, com uma diminuição da relação com o meio, acentuando-se com a entrada na reforma, pelo afastamento da pessoa da vida ativa.

Na Teoria da Atividade, é considerado que o indivíduo, ao envelhecer, vai-se deparando com mudanças físicas, psicológicas e sociais, mas onde as necessidades psicológicas se mantêm. É reforçada a necessidade de os orientar para as áreas de lazer e da educação não-formal, para a promoção do bem-estar na velhice.

Esta é uma das poucas teorias que alerta para a necessidade da sociedade reconhecer o “valor da idade” e atribua assim os idosos novos papéis, valorizados, e se possível remunerados³⁹. De facto, as pessoas mais adaptadas e que sobrevivem mais anos em melhores condições, são aquelas que mais atividades têm, seja na atividade que possuíam, seja numa outra, a gosto do idoso. Como saúde não é só a ausência de doença, mas o bem-estar físico, psíquico e social (definição da OMS), podemos concluir que quantas mais atividades os idosos realizem mais possibilidades têm de estar satisfeitos com a vida, com a sociedade e consequentemente, com mais saúde.

³⁹ Não só por necessidade económica, mas porque a nossa sociedade valoriza o trabalho remunerado, mais do que aquele que o não é, como o trabalho voluntário.

A Teoria da Modernização procura explicar a relação entre a modernidade e as mudanças nos papéis sociais e no *status* das pessoas idosas, considerando que esse *status* está relacionado com o grau de industrialização da sociedade. A justificação é de que nas sociedades pré-industriais os idosos possuíam *status*, pois tinham o controlo de recursos, como o conhecimento da tradição, enquanto que agora, nas sociedades industrializadas e do conhecimento, a tendência é de perda desse *status*.

Esta diminuição do *status* significa a redução nos papéis de liderança, de influência e decisão, bem como o “*desengajamento do idoso da sua comunidade*”, como nos diz Maria Eliane Siqueira in Freitas *et al* (2002).

Na Teoria da Subcultura, os idosos desenvolvem uma cultura própria, que se reflete em crenças e interesses comuns desse mesmo grupo etário, tais como cuidados de saúde, exclusão social, etc. como refere também Maria Eliane Siqueira:

"As que dizem respeito à restrição de oportunidades de integração com outros grupos etários e à existência de políticas segregacionistas, exemplificadas por conjuntos residenciais para idosos e centros de convívio e outras práticas sociais que tendem a congregar os idosos num mesmo contexto".

B Teorias de 2ª geração

As chamadas Teorias de 2ª geração abrangem as desenvolvidas entre os anos de 1970 e 1985. Nestas, o relevo é dado ao nível macrossocial, mostrando-se que as transformações nas condições sociais influenciam o processo de envelhecimento e a situação dos idosos como categoria social, dando maior realce às estruturas sociais e menos aos aspetos individuais do envelhecimento. Podemos aqui incluir a Teoria da Continuidade e a Teoria do Colapso de Competência.

Na Teoria da Continuidade procura-se explicar como as pessoas idosas tentam manter as suas estruturas psicológicas internas (memória) e externas (conhecimento do ambiente físico e social, das relações estabelecidas no exercício de papéis sociais). Procura-se também mostrar que os hábitos, gostos e estilos pessoais, adquiridos ao longo da vida, persistem na velhice, sendo fácil avaliar a vida presente de um idoso tendo em conta a sua vivência anterior.

Maria Eliane Siqueira in Freitas *et al* (Freitas *et al*, 2002). refere:

"A teoria vem sendo utilizada para explicar a complexidade do processo de adaptação ao envelhecimento nas sociedades contemporâneas. Ganha importância ao ressaltar o significativo número de idosos que, por desvantagens em estádios anteriores da vida, não desenvolvem condições para a continuidade. Essas desvantagens são, entre outras, baixo nível educacional, baixa renda, poucas relações sociais e alta mobilidade geográfica, factores que levam o idoso à descontinuidade e a uma vivência negativa do envelhecimento".

Na Teoria do Colapso de Competência, pretende-se explicar a interdependência entre as pessoas idosas e o seu mundo social, estudando a visão negativa que os mais idosos têm de si mesmos e da imagem que lhes transmitem os que com eles vivem e/ou convivem. As perdas que vão surgindo, como a perda de saúde ou a perda do cônjuge, afetam a chamada “competência social do idoso”, e podem levar a uma espiral crescente de resultados negativos.

C Ligações entre as 2ª e 3ª gerações

A autora Maria Eliane Siqueira apresenta, ainda, como teorias de 2ª geração e já com características de 3ª geração, as seguintes teorias: Teoria da Troca, Teoria da Estratificação por Idade e Teoria Política-Económica do Envelhecimento.

Na Teoria da Troca, o idoso é forçado a afastar-se das interações sociais porque possui poucos recursos em comparação com os jovens (menos estudos, menores salários, menos saúde).

Quanto à Teoria da Estratificação por Idade (Bengtson V., 2008), efetuaram diversos estudos, apresentando esta teoria como um paradigma, denominando-o "envelhecimento social". Consideram os autores que as várias mudanças que ocorrem na vida das pessoas, influenciam e são influenciadas por mudanças ocorridas nas estruturas sociais e instituições.

Na Teoria Política-Económica do Envelhecimento, propõe-se que a partir da análise das políticas públicas podemos chegar à compreensão do *status* dos idosos. Estudam-se conceitos relativos às tendências económicas, factores sócio-estruturais, constrangimento estrutural, controlo de recursos sociais, marginalização, classes sociais.

D Teorias de 3ª geração

As teorias chamadas de 3ª geração agrupam teorias muito diversas, mas todas elas reconhecem que as pessoas idosas são atores ativos e não passivos do seu próprio processo de envelhecimento. Estas fazem a ligação entre as restrições sociais, os significados culturais e individuais e as forças sociais, procurando demonstrar que o envelhecimento é um processo vivencial que não acontece de forma isolada, sendo fortemente influenciado pelas condições circundantes.

Assim, faz parte desta classificação a Teoria do Construcionismo social, a qual reflete uma análise microsocial, evidenciando o comportamento do indivíduo dentro da estrutura da sociedade. Aqui surgem conceitos relativos a questões muito diversas, mas interligadas, como o significado e as realidades sociais, as relações sociais no envelhecimento, as atitudes da pessoa perante a idade e o seu próprio envelhecer, os acontecimentos da vida e a sua temporalidade.

Também a Teoria Perspectiva do Curso de Vida é considerada de 3ª geração, baseando-se em estudos ao nível micro e macrosocial. Nesta, considera-se todo o processo de vida, em vez de se focar apenas nos estudos sobre a velhice, esta teoria considera, ou seja desde o nascimento até à morte.

Aqui, o envelhecimento é considerado como um processo simultaneamente de caráter social, psicológico e biológico. A teoria baseia-se na ideia de que as experiências do envelhecimento do presente são o resultado do passado, das situações de corte, como por exemplo “casar ou não”, “ter ou não ter filhos”. Cada uma destas opções, no passado, influenciam a forma de envelhecer.

As Teorias Feministas do Envelhecimento também podem ser incluídas nas teorias de 3ª geração. Aqui, há uma integração dos níveis micro e macrosocial de análise, dando relevo especial às ligações entre a pessoa e a estrutura social. As relações de poder são destacadas, com análises a nível microsocial da rede social, dos cuidadores, das famílias dos idosos e dos significados sociais e as identidades no processo de envelhecimento. Quando ao nível macrosocial, faz-se o estudo da estratificação por género (sexo), e da estrutura de poder das instituições sociais.

Na Teoria Crítica, são destacadas duas dimensões, a estrutural e a humanística. São apresentados os conceitos de poder e de ação social.

2.3.3 Conclusões e perspectivas

A existência de tantas teorias pode compreender-se porque, de facto, uma só não conseguiria explicar o completo processo de envelhecimento. Não existe uma teoria integradora do envelhecimento que agrupe todas as mudanças ocorridas no indivíduo, mas várias, muitas vezes complementares, no estudo desta questão, como se pretendeu mostrar.

Fala-se atualmente do envelhecimento como “terceira idade” ou “quarta idade”. No entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial, a qual tem velocidades e gravidades diferentes para cada caso.

As teorias sobre o envelhecimento têm evoluído com o avanço da investigação em áreas diversas, como a sociologia e gerontologia social, de forma a uma maior compreensão da velhice e do processo de envelhecimento.

Os idosos institucionalizados poderão ter, se não tiverem as condições adequadas, um processo de envelhecimento penoso. O estudo das teorias do envelhecimento pode ser uma mais valia neste âmbito, de reflexão e atuação, e por isso de elevado interesse à presente Dissertação.

2.4 Teorias Éticas

As teorias éticas nascem e desenvolvem-se em diferentes sociedades como resposta aos problemas resultantes das relações entre os homens. Os contextos históricos são pois elementos muito importantes para se perceber as condições que estiveram na origem de certas problemáticas morais que ainda hoje permanecem atuais.

O debate em torno do envelhecimento⁴⁰ e das respostas sociais de apoio aos cidadãos idosos tem adquirido nos últimos anos acrescida importância devido ao envelhecimento da população à escala mundial, fenómeno, recente, em particular nos países desenvolvidos⁴¹, contribuindo para as alterações dos indicadores sócio-económicos e demográficos e com eles a emergência de “novos problemas sociais”.

A questão da velhice, hoje transformada num problema social, deve ser compreendida à luz do processo histórico, que contém condições que determinaram que esta, de uma etapa natural da vida, se transformasse num problema social. A crise do Estado Social, essencialmente relacionada com o aumento da esperança de vida da população e com o aumento dos custos com as prestações sociais - também devido ao progresso científico e tecnológico - tem influenciado o modelo de bem estar social, construído com base no modelo de protecção beveridgiano⁴² (universal, unificado, centralizado e uniforme).

O ideal de justiça como elemento integrante da vida social e comunitária, decorrente da fórmula do Estado Social (Welfare State), como referem Rui Nunes e Guilhermina Rego (Nunes, R. e Rego, G. 2002), é agora, face à crise do Estado Social, sujeito a novas abordagens.

Num estudo realizado por Rui Nunes (Nunes, R. 2009), o aumento dos custos com as prestações sociais, decorrente também do envelhecimento demográfico, leva à necessidade de se proceder à contenção das despesas públicas, dando como exemplos paradigmáticos a

⁴⁰ I Assembleia Mundial para o Envelhecimento realizada em Viena, entre 26 de Julho e 6 de Agosto de 1982. II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Abril de 2000, em Madrid.

⁴¹ No século XX, nos países ocidentais mais desenvolvidos, conseguiu-se, nas palavras de (Leandro, M. E. 1996) “roubar à morte cerca de 30 anos o que confere uma nova dimensão à vida e ao envelhecimento”.

⁴² A conceção universalista do direito à segurança social, em termos históricos, está expressa no «Plano Beveridge», 1942. Aí cometia-se ao Estado a tarefa de gerir e financiar um sistema de segurança social, que visava a protecção contra os riscos sociais em situações de carência ou necessidade, garantindo prestações mínimas e tendencialmente uniformes a todos os indivíduos, independentemente da sua situação profissional. Esta formulação marcou o afastamento da segurança social com base exclusiva nos seguros sociais e a confirmação das perspectivas assistencialista e universalista. A todos deve ser concedido o direito a um mínimo vital ou social, independentemente da sua situação económico-profissional, em função da ocorrência de determinados eventos.

saúde e a educação. A reformulação do modelo de Estado Social é uma consequência natural da necessidade de sustentabilizar as finanças públicas e constitui “um dos principais problemas políticos da atualidade”, um “dilema das democracias ocidentais”.

Segundo Barbalet (Barbalet, 1989)

«O exercício da “cidadania social” no respeito pelos princípios fundamentais inscritos numa cultura democrática, onde a cidadania pode ser descrita como participação numa comunidade ou como a qualidade de membro dela»

Segundo a perspectiva de Marshall (cit in Barbalet, 1989) a cidadania não decorre da classe social dos indivíduos, mas implica um “status”. Esta noção refere-se à pertença a uma determinada sociedade e de participar nela, gozando de igualdade no que respeita aos direitos e deveres que lhes estão associados (cívicos, políticos e sociais). A liberdade ética constitui pois o paradigma do exercício dessa cidadania.

Se bem que a situação portuguesa tem sido caracterizada como tendo um Estado providência fraco, contrabalançado com a existência de uma «sociedade providência»^{43, 44}, a população idosa portuguesa tem sido identificada, por alguns autores, como um dos grupos sociais mais vulneráveis à pobreza, atenta ao facto de a grande maioria dos idosos estar dependente de pensões por ele auferidas, que por si são baixas⁴⁵.

O Estado, em Portugal, sempre teve uma função subsidiária em relação ao apoio familiar, colocando as redes familiares e as solidariedades, no centro do sistema de bem-estar. As transformações operadas na sociedade determinaram a incapacidade da estrutura familiar e social para resolver os problemas que enfrentam atualmente os idosos. As suas necessidades físicas, psíquicas e sociais que eram satisfeitas, predominantemente, pela família tradicional, são hoje prestadas tanto por instituições privadas como estatais⁴⁶.

⁴³ Livro Branco da Segurança Social e Jornal Noticias, edição de 20.02.2007.

⁴⁴ A publicação do INE (1999) mostra que 97,5% da população idosa portuguesa vivia em famílias clássicas e apenas 2,5% em famílias institucionais. Pese embora estas constatações estatísticas, existem evidências de que a estrutura familiar tem sofrido violentas transformações e consequentes mudanças na sociedade moderna, decorrente de múltiplos fatores, como sejam as migrações, a mobilidade social ligada à cidade e ao trabalho industrial, o mesmo sucedendo de uma forma idêntica em relação à grande assimilação de novos valores, atitudes, condutas ligadas à industrialização, à cidade e ao prestígio dos estranhos (Nogueira, P.C.A, 1996).

⁴⁵ A Declaração de Helsínquia, refere-se a vulnerabilidade ao referir-se à vulnerabilidade, extravasa a dimensão biológica e considera também fatores económicos como determinantes de vulnerabilidade.

⁴⁶ Nas contas do presidente da Confederação das Instituições de Solidariedade Social (CISS), Lino Maia, “haverá à volta de 15 mil idosos em lista de espera para entrar num lar”, descontadas já as situações de dupla ou tripla Inscrição. *In Mundo Sénior*, 24.09.2010. Por sua vez, o Plano Avô, demonstrou a insuficiência das

O receio com o declínio da providência informal e as suas implicações na conceção de uma segurança social mais adequada às necessidades das pessoas, acrescido do peso crescente das prestações sociais⁴⁷, condicionam de forma perigosa a sustentabilidade e o futuro da segurança social, pelo impacto financeiro que acarretam, acentuando a crise dos próprios direitos sociais.

A par da condicionante demográfica, fruto do envelhecimento demográfico, de base e de topo⁴⁸, as condicionantes económicas, sociais e familiares, (produtividade, desemprego, rendimentos de trabalho, o colete das restrições orçamentais) trazem consequências para o equilíbrio do estado providência em geral e na proteção das pessoas idosas em particular. Num mundo globalizado, os desafios exigem soluções fundadas em valores assentes na preservação dos direitos fundamentais e não meramente economicistas, com soluções que sirvam o Homem e que tenham conteúdo humanista.

Associando o envelhecimento a uma perda funcional este apresenta grandes afinidades conceptuais com a saúde⁴⁹. Martins (Martins, N., 2007) refere

“A Saúde, um bem de mérito constituinte das liberdades positivas é determinante para a qualidade de vida e para a participação ativa na sociedade, pelos idosos”.

A Organização Mundial de Saúde considera como desafio alcançar melhor qualidade de vida, numa fase da vida que, inevitavelmente, as perdas são significativas, o que passa por manter os idosos ativos, preenchendo a sua necessidade existencial (sentido para a vida). Esta mesma organização reputa através do “Active Ageing”⁵⁰, que o aumento da esperança de vida não é, por si só um progresso das civilizações: este deve ser acompanhado pela

respostas existentes bem como o incumprimento, em algumas situações, da qualidade mínima exigida na lei, propondo uma política de ação social que permita aumentar as respostas existentes, alargar a rede às diferentes valências e ainda clarificação das relações entre o Estado e os diferentes prestadores de serviços, assegurando-se a prioridade de utilização dos meios públicos aos idosos mais pobres, diversificar as vias de atribuição dos apoios, estimular o financiamento direto da procura, aumentando-se por esta via, a possibilidade de escolha dos utentes.

⁴⁷ De acordo com os dados da agência financeira, no «bolo» do agregado de pensões, as pensões de velhice destacam-se com um peso de 75,3%, as pensões de sobrevivência e invalidez representam em 2011, respetivamente, 14,5% e 10% da despesa total com pensões, «mantendo-se praticamente a proporção prevista em 2010».

⁴⁸ Envelhecimento de base e de topo existe quando temos maiores percentagens de efetivos com mais de 65 anos e com percentagens mais fracas de efetivos com menos de 15 anos.

⁴⁹ Nesse sentido, o Conselho Económico e Social (CES, 1994) refere que as fronteiras entre as instituições com vocação social e as instituições médicas “se têm tornado cada vez mais ténues, devido à alteração da procura, os postulantes são cada vez mais velhos e, sobretudo, cada vez mais dependentes e frágeis”.

⁵⁰ Active ageing é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

qualidade de vida, o que exige políticas e estratégias que valorizem a pessoa idosa, seja na família, na comunidade ou a nível das instituições hospitalares ou de acolhimento.

Com a revisão constitucional de 1982, o Estado passou a assumir a responsabilidade pela segurança social de grupos mais fragilizados, entre os quais se inclui os idosos, modificação que, na prática, permitiu o aparecimento da ideia de proteção na velhice como um todo integral, englobando a dimensão económica, instrumentalizada através das reformas e outros recursos sociais.

De facto, decorre do artigo 67.º da Constituição da República Portuguesa que incumbe ao Estado a responsabilidade pela criação de uma política da terceira idade. Por sua vez, o artigo 72.º, n.º 1, determina o direito das pessoas idosas à segurança económica e a condições de habitação, convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização, e o n.º 2 refere que a política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal através de uma participação ativa na vida da comunidade.

A par das questões éticas de justiça distributiva, de justiça social, baseada na igualdade de direitos e na solidariedade coletiva, que procura o equilíbrio entre as partes desiguais, através da distribuição justa dos benefícios, levantam-se também questões éticas relacionadas com a institucionalização do idoso.

À luz das Teorias da Justiça, iremos considerar aqui três perspectivas: [1] o Utilitarismo, [2] a Perspectiva não consequencialista de John Rawls⁵¹ e [3] a Visão, também, não consequencialista de Robert Nozick⁵².

Desde E. Kant que as teorias éticas são divididas em dois grandes grupos - as deontológicas e as teleológicas - o que não exclui a existência de éticas "intermédias".

As teorias deontológicas, ao contrário das teleológicas, afirmam que só agimos moralmente quando obedecemos à lei e porque obedecemos à lei. O dever moral em fazer o que a lei moral determina, sobrepõe-se ao mero cálculo das vantagens ou consequências práticas que possam resultar desta obediência. Significa, portanto, que os juízos morais da ação humana não têm como justificação a obtenção de bons resultados ou a sua utilidade. As

⁵¹ Professor de Filosofia Política na Universidade de Harvard.

⁵² Filósofo político. Professor na Universidade Harvard. Autor da obra "Anarquia, Estado e Utopia" de 1974.

ações dos homens são avaliadas em função do seu princípio implícito e independentemente dos seus efeitos, tratando-se assim de uma ética formal, de uma ética do dever.

Por sua vez, as teorias teleológicas analisam a obrigatoriedade de uma ação em função do cálculo das suas consequências, sendo que o resultado final é unicamente o critério a ter em conta no valor da ação. Também designadas por teorias de índole consequencialista, sustentam que o valor moral da ação deriva unicamente do cálculo das suas consequências. Só as consequências dos atos são morais, sendo por isso indiferente as qualidades morais do agente para a sua análise.

A ética utilitarista é uma das mais destacadas teorias de índole consequencialista. A doutrina utilitarista pode assim ser resumida pela frase: *Agir sempre de forma a produzir a maior quantidade de bem-estar (Princípio do bem-estar máximo)*⁵³. Sendo uma teoria teleológica, materializada na ideia na maximização dos benefícios, a formulação clássica⁵⁴ deste princípio estabelece que uma ação é útil e, portanto, justa, ética e correta, quando traz mais felicidade do que sofrimento aos atingidos. Sendo assim, o prejuízo de alguns poderia ser justificado pelo benefício de outros, desde que estes estivessem em maior número (cálculo de maximização do bem)⁵⁵.

⁵³ In: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Utilitarismo>.

⁵⁴ As origens clássicas desta teoria encontram-se nos escritos de Jeremy Bentham (1748-1832), John Stuart Mill (1806-1873), utilitaristas hedonistas, pois concebem a utilidade inteiramente em termos de felicidade e de prazer. A teoria clássica do utilitarismo afirma que, no campo ético é necessário agir em ordem ao maior bem possível para o maior número possível de pessoas, ou de outra maneira se quisermos, "no critério do maior bem para a sociedade como um todo". Estes autores consideram que muitas ações humanas aparentemente não são realizadas em nome da felicidade, dando como exemplo, os cientistas pesquisadores que trabalham até ao exaustão na busca de conhecimentos. Segundo eles, ao longo do caminho a busca do conhecimento proporciona prazer ou essas pessoas nunca deixam de associar o seu trabalho árduo ao sucesso ou ao dinheiro, ambos prometendo felicidade. Também para David Hume, utilitarista, "o objetivo fundamental de todo o esforço humano é alcançar a felicidade" (Ensaio morais, políticos e literários). Jeremy Bentham parece reforçar e complementar esta ideia de Hume quando diz que "a natureza colocou o género humano sob o domínio de dois senhores soberanos: a dor e o prazer". Bentham continua, declarando que somente a eles compete apontar o que devemos fazer, bem como determinar o que na realidade faremos... o princípio da utilidade reconhece esta sujeição e a coloca como fundamento desse sistema, cujo objectivo consiste em construir o edifício da felicidade..." (Uma introdução aos princípios da moral e da legislação).

⁵⁵ Os utilitaristas partilham a convicção de que as ações humanas devem ser avaliadas moralmente nos termos da produção do valor máximo, de acordo com o princípio da utilidade, discordam contudo quanto ao que seriam os valores mais importantes. Assim, além da felicidade, alguns utilitaristas argumentam que outros valores possuem valor intrínseco (G. E. Moore, James Griffin, etc.).

2.4.1 Teorias da Justiça Distributiva

De entre as várias teorias de Justiça, John Rawls apresenta a sua, baseada na imparcialidade e na equidade (Rawls, 1971).

2.4.1.1 Justiça e Igualdade de Oportunidades

Tomando como base a teoria moral de Kant, Rawls apresenta uma proposta contratualista, que serviria como uma alternativa ao utilitarismo, destacando, sobretudo, a sua concepção de justiça como equidade, assente nos princípios de liberdade individual e de igualdade de oportunidades.

Para Rawls, uma organização social é o esforço comum para favorecer o bem de todos. Uma decisão é ética se conduz a uma distribuição equitativa dos bens e dos serviços, propondo como método justo de repartição dos mesmos a imparcialidade, que é garantida por aquilo que designa por “véu da ignorância”.

Rawls parte da suposição abstrata na qual o individuo, se tiver hipótese de escolher as regras que determinam a organização da sociedade (chamada “posição original”) e supondo que este se encontra numa situação que à partida o impedisse de saber a que grupo pertenceria, faria as suas escolhas livres e informadas, de forma a resultar numa distribuição que favorecesse os menos privilegiados. As regras da justiça são pois as regras com as quais concordamos sob essas condições imparciais.

Qualquer pessoa que se imagine na dita “posição original” optaria por um sistema cujas decisões levem a distribuir, de modo equitativo, os benefícios pelos seus membros, reconhecendo assim a igualdade de oportunidades. Rawls parte portanto de uma concepção geral de justiça, que considera que todos os bens sociais primários⁵⁶ - liberdade e oportunidade, rendimentos e riquezas, e as bases de respeito a si mesmo - devem ser igualmente distribuídos, a menos que uma distribuição desigual desses bens seja vantajosa para os menos favorecidos.

Tratar as pessoas como iguais não implica remover todas as desigualdades, mas apenas aquelas que trazem desvantagens para alguém. Em caso de conflito entre tais princípios,

⁵⁶ Para uma justiça distributiva, Elster, qualifica os bens em três tipos: Os passíveis de distribuição, nestes incluindo a riqueza, a renda, o acesso a oportunidades educacionais e ocupacionais e a provisão de serviços; bens que não podem ser distribuídos diretamente, mas que são afetados pela distribuição dos primeiros, tais como o conhecimento e o autorespeito; e bens que não podem ser afetados pela distribuição de outros bens,

segundo Rawls, dar-se-ia prioridade à liberdade, distribuição igual da riqueza – se necessário beneficiando os menos favorecidos – e oportunidades iguais.

A justiça Rawlsiana, considera que uma sociedade justa é aquela cuja “estrutura básica da sociedade”⁵⁷ dá existência, ainda que de forma aproximada, aos seguintes princípios de justiça – Princípio da Liberdade Igualitária e o Princípio da Diferença – os quais serão apresentados em seguida.

A Princípio da Liberdade Igualitária

No Princípio da Liberdade Igualitária a sociedade deve assegurar a maior liberdade para cada pessoa, compatível com uma liberdade igual para todos os outros. Desta forma, cada pessoa teria direito igual ao mais vasto sistema total de liberdades básicas que seja compatível com um sistema semelhante de liberdade para todos, assegurando assim a garantia das liberdades individuais.

B Princípio da Diferença

O Princípio da Diferença defende que as desigualdades sociais e económicas devem cumprir duas condições essenciais para serem admissíveis:

- a) Ligarem-se a funções e posições abertas a todos em condições de justa igualdade de oportunidades (Princípio da Oportunidade Justa);
- b) Justificarem-se para o maior benefício dos menos favorecidos (Princípio da Diferença);

A sociedade deve promover a distribuição igualitária da riqueza, com exceção das desigualdades que servem como incentivos para beneficiar a todos. A partir da posição original podemos ser atraídos pela visão igualitarista, de que todos devem ter exatamente a mesma riqueza. A realização daqueles princípios de justiça, cria as "bases sociais" do auto-respeito, que Rawls entende ser o bem primário mais importante.

tais como as capacidades físicas e mentais de cada pessoa. A teoria de Rawls tem implicações nos dois primeiros tipos de bens.

⁵⁷ Por essa expressão devemos entender as normas e instituições que distribuem os direitos legais fundamentais; as que determinam as formas de acesso às posições de poder e autoridade políticas; aquelas (incluindo as educacionais) que determinam o acesso a posições ocupacionais em organizações económicas; e o complexo de instituições, abrangendo as normas que regulam a propriedade, o direito de herança e o sistema tributário e de transferências, que determinam a distribuição da renda e da riqueza na sociedade. In: www.scelo.br.

C Princípio da Igualdade de Oportunidades

Constituindo uma das vertentes nucleares da teoria Rawlsiana, o Princípio da Igualdade de Oportunidades assenta na ideia de igualdade de acesso, de todos os cidadãos, aos bens essenciais de primeira necessidade, portanto, aos “lugares-chave da sociedade” (Nunes, R. e Rego, G, 2002). Com tal princípio, garante-se o exercício do direito à liberdade individual, na relação do indivíduo com a sociedade, assim como o direito a desempenhar um papel social de acordo com o mérito individual.

O respeito pelos Direitos e Liberdades que gozam os cidadãos, não pode ser posto em causa numa sociedade que se considere justa. Estes são direitos invioláveis e não podem ser instrumentalizáveis sob nenhum pretexto. É hoje defendida e proclamada por inúmeros instrumentos internacionais o ideal de Justiça Social⁵⁸. Na esteira das declarações internacionais, a Declaração Universal dos Direitos do Homem⁵⁹, consagrou no plano mundial um conjunto de valores que reputados de essenciais, como é o caso da liberdade e da dignidade, bússolas orientadoras para servirem de ideal à ação humana, mas também para definirem o enquadramento legal dentro do qual os Estados podem legislar, julgar e atuar.

Como refere o parecer da CNECV⁶⁰

“A noção de dignidade como característica comum a todos os seres humanos é relativamente recente, sendo por isso difícil fundamentá-la senão como reconhecimento colectivo duma herança histórica de civilização, colocando-se a questão de saber se a dignidade humana não será o modo ético como o ser humano se vê a si próprio”.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no seu preâmbulo dispõe assim:

"Os direitos humanos são a expressão directa da dignidade da pessoa humana, a obrigação dos Estados de assegurarem o respeito que decorre do próprio reconhecimento dessa dignidade" .

Esta definição tem as suas implicações a nível dos direitos económicos, sociais, culturais, indispensáveis à concretização dessa dignidade.

⁵⁸ 2007 foi eleito o «Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos». No Discurso de encerramento, o Primeiro Ministro de Portugal a importância de serem criadas políticas ativas públicas como forma de corrigir as disfunções sociais existentes. A centralidade das preocupações ao nível das respostas sociais aos problemas que as sociedades consideram como sendo também da sua responsabilidade, tem estado focalizada muito ao nível das questões da equidade, da disponibilidade e universalidade das respostas, no quadro dos valores próprios do modelo social europeu. Às preocupações tradicionais alia-se agora também a questão da gestão da qualidade, enquanto alavanca para o aprofundamento e para o desenvolvimento da capacidade de resposta às crescentes e mais complexas necessidades sociais, no âmbito da solidariedade social.

⁵⁹ Declaração Universal dos Direitos do Homem, adoptada e proclamada pela Assembleia-geral da ONU, na sua resolução 217 (III), de 10 de Dezembro de 1948.

⁶⁰ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida Documento de trabalho 26/CNECV/99 – Reflexão ética sobre dignidade Humana.

Dispõe, ainda, essa Declaração que:

“Os direitos fundamentais e inalienáveis consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos aplicam-se plena e integralmente às pessoas idosas” e que por isso mesmo “a qualidade de vida não é menos importante que a longevidade; por conseguinte, as pessoas idosas devem, na medida do possível, desfrutar, no seio da sua própria família e da comunidade, uma vida plena, saudável e satisfatória e serem estimados como parte integrantes da sociedade”.

A dignidade humana retrata o valor em si mesmo da vida humana, a sua inviolabilidade e a impossibilidade da sua avaliação económica, pois o Homem não pode ficar sujeito a qualquer preço. Nesse sentido, a situação de estar idoso contrapõe-se a individualidade do ser idoso (Fonseca, A.M. 2006), que faz do ser humano a referência da medida de todas as coisas. Como refere (Soares, L. 2001) «dois velhos de 80 anos não têm nunca a mesma idade».

O conceito de igualdade, nas palavras de Rui Nunes e Guilhermina Rego (Nunes, R. e Rego, G, 2002), refere-se à inserção num grupo que confere direitos básicos, fundamentais, iguais a todos os seus membros, facto que não colide com as diferenças naturais dos seres humanos, a nível biológico e intelectual.

Segundo estes autores

“as diferentes visões de justiça reflectem também diferentes percepções do valor individual e colectivo da “propriedade”. Para os que aceitam apenas como legítima uma intervenção mínima do Estado na esfera da propriedade individual, justiça, quer apenas significar processos consensuais que visam garantir os direitos dos cidadãos.”

2.4.1.2 Utilitarismo

Uma outra visão de justiça assenta nas teorias de índole consequencialista, de que a ética utilitarista é uma das mais destacadas. Estas teorias (também designadas por ética de bens, de fins, ou teorias teleológicas) sustentam que o valor moral da ação deriva unicamente do cálculo das suas consequências, sendo indiferente as qualidades morais do agente para análise do “cálculo” da moralidade de uma ação. Só as consequências dos atos são morais.

A doutrina utilitarista pode assim ser resumida pela frase: Agir sempre de forma a produzir a maior quantidade de bem-estar (Princípio do bem-estar máximo). Sendo uma teoria teleológica, materializada na ideia na maximização dos benefícios, a formulação clássica deste princípio estabelece que uma ação é útil e, portanto, justa, ética e correcta, quando traz mais felicidade do que sofrimento aos atingidos. Assim, o prejuízo de alguns poderia ser justifi-

cado pelo benefício de outros, desde que estes estivessem em maior número (cálculo de maximização do bem)⁶¹.

O utilitarismo⁶², de um modo geral, tende a promover programas que possam ser benéficos para toda a população. Atualmente a perspectiva utilitarista é visível nas decisões que têm por base a análise custo-benefício, sendo o comportamento éticamente correto se o número de benefícios causados for superior aos custos originados por esse mesmo comportamento.

O valor moral do agir está assim relacionado com as consequências, devendo-se procurar qual a finalidade intrínseca da ação para depois se avaliar a sua qualidade ética. Um ato correto é aquele que numa perspectiva impessoal que outorga igual importância aos interesses das partes envolvidas, obtém o melhor resultado possível.

2.4.1.3 Teoria libertária

Na defesa do individualismo estrito e contra o estado social ou distributivo, Robert Nozick⁶³, propõe uma concepção de direito a posses justas. O objetivo de Nozick é, antes de mais, derrubar o Princípio da Diferença e fazer assentar em bases sólidas o seu Princípio da Transferência. Para tal, parte da ideia de que os direitos à propriedade e ao exercício da liberdade individual são princípios fundamentais inalienáveis numa sociedade justa (Nozick, R. 1994).

⁶¹ Os utilitaristas partilham a convicção de que as ações humanas devem ser avaliadas moralmente nos termos da produção do valor máximo, de acordo com o princípio da utilidade, discordam contudo quanto ao que seriam os valores mais importantes. Assim, além da felicidade, alguns utilitaristas argumentam que outros valores possuem valor intrínseco (G. E. Moore, James Griffin, entre outros).

⁶² Utilitarismo contemporâneo: utilitarismo da ação (*act utilitarianism*) e o utilitarismo da regra (*rule utilitarianism*). No primeiro caso, os seus partidários consideram as regras morais úteis na orientação das ações humanas, mas também dispensáveis caso não proporcionem nenhuma utilidade no contexto particular. Assim, a propósito da regra da veracidade, esta nem sempre maximiza o bem geral, exigência fundamental do princípio da utilidade. Já para os utilitaristas das regras (Hooker), a conformidade da uma ação a uma regra justificada (justificada pela utilidade) torna esta ação correta. Assim, quanto à regra da veracidade, o facto de não dizer a verdade, “o uso de uma fraude” pode favorecer, algumas vezes, a saúde do doente, não se justifica, dado que o seu uso corrente, traria a longo prazo um efeito crescentemente negativo, e eventualmente causaria mais danos do que benefícios. Na perspectiva utilitarista, “Nenhuma regra derivada é absoluta, e nenhuma regra é definitiva”. A proibição de matar por piedade pode ser legalizado, segundo esta teoria, se matar por piedade fosse maximizar o bem-estar social total, situação que nas circunstâncias atuais, não se verifica na nossa sociedade.

⁶³ Um dos expoentes da corrente designada por libertária. A teoria libertária, tem as suas raízes em Adam Smith, que defende que o interesse público é alcançado num mercado livre, através de uma interatividade proporcionada pela procura de cada pessoa em atingir os seus próprios objetivos, rejeitando a intervenção do estado exceto quando os interesses pessoais se tornem incontroláveis.

Segundo este autor, a liberdade é contrária à imposição de padrões por parte do estado social. A sua principal preocupação é pois proteger o direito à liberdade individual, independentemente das consequências. O autor considera que devem ser implementados mecanismos que permitam aos cidadãos usufruir de “procedimentos justos” com a finalidade de garantir estes direitos. A intervenção do Estado é aceitável, “mesmo desejável”, mas apenas como garante dos direitos em causa.

Seguindo esta linha de pensamento, a redistribuição da propriedade privada através de impostos é observada como injusta. Não deve existir verdadeiramente justiça distributiva, e mesmo a justiça contributiva (tributária) seria de legitimidade duvidosa, porque a redistribuição da propriedade de acordo com o critério da necessidade, é geralmente percecionada como uma forma de “trabalho forçado”. O esforço contributivo através da tributação da riqueza apenas se justifica em áreas onde o esforço individual não permite alcançar, “como é o caso da segurança dos cidadãos, protecção ambiental, defesa nacional, entre outros”. (Nunes, R. 2009).

Como refere Rui Nunes, (Nunes, R. 2009) “a dificuldade de estabelecer um equilíbrio entre o dever de providenciar o acesso a bens sociais e o estabelecimento de limites impostos pelas inultrapassáveis restrições financeiras”, é uma das críticas denunciadas pelos seguidores das ideologias libertária.

2.4.2 Paradigmas éticos em torno do envelhecimento

O envelhecimento populacional é, de facto, um triunfo mas também é paradoxalmente, um problema⁶⁴. A ciência ao visar aumentar o número de anos de vida ativa e encurtar a velhice, tentando que as pessoas conservem as suas faculdades físicas e mentais durante o maior número de anos possível, levanta do ponto de vista ético novos paradigmas para os quais a sociedade não está preparada ou ainda não tem resposta.

A sociedade conseguiu “ganhar anos de sobrevivência”, o que é positivo, mas também podem significar anos de sofrimento e infelicidade, onde surgem perdas, infelicidade e mesmo dependência. Para a sociedade, são questões difíceis que precisam ser pensadas e resolvidas, tais como a aposentação, a saúde, a socialização e a participação social.

⁶⁴ Segundo M. Rosa (cit. por Pimental, L. 2001) não é correcto pensar-se que o envelhecimento demográfico traz efeitos necessariamente perversos em termos sociais, contudo, chama atenção para os efeitos nem sempre positivos decorrente do aumento do número de idosos, especialmente quando associado a um conjunto de outros fatores, susceptíveis de gerar desequilíbrio de forças e de recursos.

A abordagem das questões éticas relacionadas com o idoso institucionalizado, sendo a tónica deste trabalho, não exclui a pertinência, do enfoque ainda que sumário, de alguns dos paradigmas éticos que levanta a problemática global do envelhecimento.

2.4.2.1 A velhice – conceito à dinâmica dos tempos

O envelhecimento é encarado e assumido, de modo particular, por cada época e por cada sociedade, ora venerado, ora desprezado, disso dá-nos conta os múltiplos exemplos que a história nos fornece⁶⁵. É, de resto, um conceito socialmente construído e não universal (Pereira, 1999).

A variabilidade histórica e social do conceito de velhice exprime uma diversidade de valorizações que condicionam e são condicionados pela posição social dos indivíduos (Lima & Viegas, 1988). Por isso a compreensão do significado ético e social da velhice passa por analisar os valores de cada sociedade que, por sua vez, estão de acordo com a respetiva organização social. A definição de “velho” ou “idoso” é associada, em termos gerais, à idade da reforma que, em Portugal, é aos 65 anos. Contudo, e como sustentam alguns autores, a reforma estimula a consciência do envelhecimento⁶⁶.

Existem múltiplas teorias explicativas para objetivar o conceito de envelhecimento, conforme já anteriormente explanadas. A Organização Mundial de Saúde refere que é difícil de precisar em que idade começa a velhice, pois ela depende de diversos factores, intrínsecos e extrínsecos, de cada pessoa. Porém, muitas pessoas deixam de trabalhar nos seus empregos e fazem-no por motivos bem distintos do envelhecimento e muitas delas continuam em atividade. Esta variabilidade cultural da velhice faz com que seja árdua a tarefa

⁶⁵ Cabrillo e Cachafeiro, 1992, referem « (...) A partir do século IV a. C., no entanto, tal como tinha sido profetizado por Joel, os anciãos foram sendo desacreditados, sem dúvida, por influência do pensamento grego. A religião grega foi, em muitos aspetos diferentes da judaico-cristã. Nos deuses gregos dominava a juventude a formosura e a vitalidade... Os profetas avoeciam no mundo helénico uma visão negativa da velhice. ... Mesmo os filósofos gregos que estão na base de todo o pensamento ocidental, ainda que alcançassem o seu maior prestígio na maturidade, mostravam-se negativos a respeito pela velhice, que, em si mesma, não representava nenhum atributo positivo. Para Aristóteles, a saúde física e a capacidade corporal plenas são indispensáveis para a prática da sabedoria.» o espírito era submetido à velhice da mesma forma que o corpo».

⁶⁶ Sustenta-se que as reformas não são em si mesmas uma resposta adequada às questões postas pela terceira e quarta idade, onde, pelo contrário, pontua muitas vezes, a entrada num processo de marginalização social, na medida em que sem deixar alternativas para a grande maioria das pessoas, é gerador de um sentimento de falta de importância, utilidade e auto-estima, é como se a “função de produção marcasse uma perda de utilidade social, sentida pelo reformado e confirmada pela sociedade que prescindia destes indivíduos, independentemente da sua aparência ou competência para o trabalho”.

de definir com precisão a idade do seu início. Existem autores que definem a velhice, precisamente em oposição ao envelhecimento enquanto processo biológico, como um conceito referente à forma como cada sociedade concetualiza esta fase do ciclo da vida, como uma construção social inscrita numa conjunturalidade histórica.

Por um lado, a idade da velhice é incerta e flutuante segundo os indivíduos, e por outro verifica-se que a sociedade e as suas instituições inscrevem-na e balizam-na por idades, como um “compasso” de cada um, uniforme, que acontece ao longo de toda a vida: a idade de entrar para a escola, a idade da maioridade, a idade da reforma, etc., isso acontece obviamente por imperativos de ordem social, política e económica, mas não tem em consideração a pessoa no seu processo de desenvolvimento, nem as suas capacidades.

2.4.2.2 A imagem do Idoso na sociedade actual – desafio ético

Como refere (Martins, R., 2006)

“Tanto a velhice como o envelhecimento da população têm sido equacionados entre nós, nos últimos anos, como uma patologia”.

Segundo a autora, a explicação de tal fenómeno tem a causa no modelo de desenvolvimento existente na cultura ocidental, assente na ideia de crescimento económico e produtividade, levando, segundo esta a

“uma visão redutora do homem e da sociedade, que se encontra dividida pelo mercado de trabalho entre membros activos e membros inactivos”.

Na sociedade moderna, os idosos são secundarizados pela crescente importância social e cultural dos jovens, onde se privilegiam apenas os indivíduos ativos, os que são capazes de se atualizar e aderir a novos desafios. Como refere (Cruz, M., 2000)

“a sociedade consumista e edonista dominantes da cultura pós-materialista de hoje, valorizam a estética e o corpo, avantajando significativamente os jovens em relação aos idosos”.

A velhice é uma conquista que todos almejam mas que ninguém quer assumir, de facto natural da vida, tornou-se numa ameaça, afastando o homem da sua condição humana e natural de ser finito. Nas palavras de (Neves, 2008)

“A razão fundamental deste medo da velhice advém da perda de sentido da vida. Teme-se o fim, porque não se sabe qual a finalidade.... A velhice é assim vista como a privação dos prazeres, porque se viveu toda a vida para as sensações. Enquanto a velhice for, simplesmente, a espera da morte, ela perde o sentido”.

Neves refere que a aposta nos recursos dirigidos aos idosos resultam, comparativamente com a situação passada, numa melhoria das condições económicas destes e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Todavia, (Neves, 2000), refere:

“a atitude que esta sociedade solidária tem relativamente a eles criou novos problemas éticos de justiça, de retribuição, de balanço da vida. . fizemos uma economia PARA os idosos, mas que é pouco DOS idosos”

Considera aquele autor que somos a primeira época que respeita mais a juventude do que a velhice, onde, apesar de haver muito mais leis e mecanismos para lidar com os idosos, a atenção institucional está acompanhada de um arredar dos idosos da estrutura social, com reduzida influência na sociedade, onde de facto, ser velho tornou-se um problema

(Leandro, M. E. 1994) caracteriza como paradoxal as tentativas para prolongar a vida biológica quando simultaneamente se cria todo um processo de morte social antecipado. Para o autor “Socialmente, o idoso não é mais competitivo”.

A “cultura da morte”, como refere Michel Renaud, esconde-se por baixo do ideal de perfeição, do progresso a todo o custo, num mundo onde a força se mede pela capacidade produtiva, onde os idosos são sempre grupos de risco.

A imagem do idoso como pessoa com problemas de saúde e, na maioria das vezes, dependente física e economicamente de alguém – imagem estigmatizante de “espera pela morte” – atingiu tal dimensão, que (Louise Berger, citado por Rosa e Martins) chega mesmo a afirmar, que abundam hoje

“ideias feitas e preconceitos relativamente à velhice. Os “velhos” de hoje, os “gastos”, os “enrugados” cometeram a asneira de envelhecer numa cultura que deifica a juventude”.

As atitudes preconceituosas que a sociedade adota sobre a velhice, retardam a efetiva implementação de medidas que visem minorar situações de dependência⁶⁷. Este arquitetar

⁶⁷ A noção de dependência/independência são conceitos que devido ao seu grau de subjectividade e complexidade, tornam-se difíceis de operacionalizar, pelo que têm merecido reflexão por parte de muitos investiga-

de imagens negativas conduz ao que Micael Pereira (Pereira, 2002) designa de retorno à situação de:

“... menino incapaz de decidir por si. Incapaz não necessariamente pelo estado das suas faculdades, mas incapaz porque lhe foi retirada a legitimidade social para o fazer.”

Refere Fernandes que

“A sociedade está a fornecer aos idosos um ‘filtro negro’ que lhes inibe a percepção de aspectos positivos e assim a velhice torna-se num período traumatizante e negativo” (P. Fernandes, 2002).

Hazan, (cit. por António Fonseca, 2007), identifica como “armadilha cultural” os estereótipos associados à velhice, capazes de influenciar a atitude da sociedade e das suas instituições face à velhice e aos idosos. Esta visão preconceituosa e discriminativa baseada na idade face às pessoas idosas, expressa-se tanto no idadismo⁶⁸, como na tendência generalizada para rotular negativamente os idosos como um grupo social homogéneo, situação que dificulta, sem dúvida, o pensar no envelhecimento com base noutros referenciais que não aqueles ligados a “perdas” ou a “déficits”⁶⁹. É por isso muito falacioso falar-se em população idosa como entidade global, se não se atender às características particulares de cada pessoa e a influência das diferentes variáveis no seu comportamento, como: sexo, estado civil, estrato socio-económico, residência, etc. Refere Fonseca, citando (Nelson, 2002) que acredita ser possível “reduzir o idadismo pela consciencialização dos indivíduos quanto à realidade do envelhecimento”.

dores. Assim, nas palavras de (Fernandes, Purificação L. D., 2002). Independência «significa alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, através de ações adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa» e dependência, segundo Phaneuf, 1993, citado por Purificação, «incapacidade do indivíduo para adoptar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem a ajuda de outros, acções que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades», refere esta autora, que “O nível aceitável de satisfação é um nível que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta pelo estado satisfatório de bem-estar. No entanto, uma necessidade pode permanecer ligeiramente insatisfeita sem necessitar a ajuda de outrem”.

⁶⁸ «o idadismo começa em casa, no seio da família, na forma como os mais velhos vão sendo “codificados”, mais ou menos conscientemente, pelos familiares mais novos “até o avô pode ir...”, estendendo-se a toda a sociedade uma vez através da discriminação (atitude mais grave, carregada de hostilidade) (Fonseca, A. 2006).

⁶⁹ Não existam dados definitivos, ainda, em relação ao declínio das capacidades cognitivas no idoso e no modo como estas se traduzem na vida do dia a dia do idoso e no seu bem-estar, estudos na área de funcionamento intelectual dos idosos levam a aceitar a hipótese de que “o envelhecimento não envolve necessariamente um declínio geral ao nível do funcionamento cognitivo” (Paul, M.C. 1997).

O exaltar social do valor da juventude, a par dos estereótipos negativos em relação à velhice, faz com que os idosos tenham o seu senso de auto-eficácia⁷⁰ mais prejudicado.

(Fernandes, Purificação 2002) refere que

“Pode-se obter um efeito benéfico sobre o processo de envelhecimento e suas consequências, se se corrigir a imagem dominante sobre a velhice que as diversas sociedades cultivam. a integração social dos idosos é o caminho para reduzir a dependência, preservar a autoconfiança e contribuir de forma positiva para a prosperidade da mesma”.

Como reverso da gerontofobia⁷¹, coexiste uma visão de envelhecimento que McHugh, referido por (Fonseca, A. 2007), designa por “envelhecimento bem sucedido”, pela qual a “indústria da reforma” desenvolve e cria toda a panóplia de atividades e serviços a cuidar do bem estar, do lazer e do prazer dos mais velhos.

Entende o autor que

“as representações institucionais de um envelhecimento bem sucedido, como as que são propostas por largos sectores da indústria da reforma, são perniciosas na medida em que cultivam um ideal impossível”

Alerta este autor para as fragilidades éticas desta visão de ideia de «anti-envelhecimento», que “podem conduzir a uma falsa representação da realidade do fenómeno de envelhecer, distanciando-o das noções incontornáveis de declínio e de morte”⁷².

Segundo (Lama, D. 2003), a aceitação do envelhecimento poupar-nos-ia do fardo adicional do sofrimento emocional e mental.

Segundo (W. Osswald, 2001) o idoso não deve ser visto como um “receptor que esmola da sociedade dos adultos mais jovens, comiseração, cuidados”, meros destinatários de políticas sociais de proteção e de assistência. Contrapõe esta ideia de fardo social do idoso ao importante papel que desempenha na família e nas comunidades, fundamentais ao equilíbrio humano e social e que decorre da sua experiência, disponibilidade, memória e tradição.

⁷⁰ Trata-se de um modelo de controlo pessoal que dá ênfase às concepções subjectivas de controlo – controlo percebido - e a sua influência, no comportamento, na saúde e bem-estar psicológico dos idosos.

⁷¹ A gerontofobia, corresponde ao medo irracional de envelhecer e de tudo que se relaciona com a velhice.

⁷² A aceitação da mudança ligada ao medo de envelhecer, e a satisfação de vida, estão relacionadas com as auto-percepções da idade. Podem surgir sentimentos negativos face às alterações fisionómicas provocadas pelo envelhecimento e a sensação que se perdeu a beleza do passado (Léger et al., 1994, cit. por (Santos, A. & Trindade, I. 1997).

Nas palavras de (Grande N. 1994),

“as sociedades que colocam os velhos na periferia dos sistemas como obstáculos inertes, dispensáveis, traduzem a degenerescência de um modelo sócio – económico bloqueado”.

Segundo o mesmo autor, “

Os povos que não respeitam os velhos destroem a respectiva identidade, porque não reconhecem a própria memória”.

2.4.2.3 Envelhecimento – processo consciente de perdas

Como lidar com este declínio se a vocação do homem é o progresso? A interrogação sobre o envelhecimento revela a consciência da finitude da vida e da sua liberdade, elevando o homem à condição de ser vivo que consegue ver-se como um problema.

«Só o homem pode aceder a um estatuto de cidadão e até de ancião» (Leandro, M. E., 2001).

A velhice vai-se manifestado como resposta do tempo ao prolongar da vida, um processo permanente mais ou menos lento, mas sempre acompanhado de maiores riscos consequência das modificações que se verificam a nível interno e externo na pessoa. O envelhecimento reporta-se à totalidade do ser, na constatação do enfraquecimento à totalidade da existência.

O processo de envelhecimento, torna-se assim, segundo Fry, citado por (Paul, 1997)

“... numa experiência cumulativa de aumento de vulnerabilidade social e emotiva, um sentimento de desânimo, e perda de controlo do meio psicológico” .

Como refere Barreto (1984, cit. por Fernandes, 2000),

« ... esta fase da vida será sempre aquela em que o peso da sobrecarga se mostra mais desproporcionado em relação aos recursos adaptativos ao dispor da pessoa».

A capacidade de adaptação do idoso é marcada não tanto pela diminuição das funções cognitivas⁷³, mas sobretudo pela perda de papéis sociais, as situações de stress, a doença,

⁷³ Apesar de várias competências intelectuais se manterem estáveis ao longo da vida e de algumas aumentarem mesmo até próximo dos 60 anos, existe um declínio de algumas delas, segundo Schaie, 1968, cit. por (Barreto, J. 1988).

o desenraizamento e outros traumatismos que podem causar problemas psicológicos (Fernandes, 2002).

Segundo Barreto as perdas económicas e sociais associam-se frequentemente a um conjunto de perdas simbólicas, como, por exemplo, a perda de auto-estima ou o sentimento de abandono. No entanto, as perdas mais frequentemente vividas pelos idosos estão relacionadas com os papéis, expectativas e referências ao grupo social, podendo estas perdas ameaçar a integridade da pessoa idosa, suscitando nalguns casos, segundo Solomon e Davis (1995, cit. por Fernandes, 2002), depressão, ansiedade, reacções psicossomáticas, afastamento e descompromisso.

2.4.2.4 Problemas decorrente do envelhecimento - conflito inter geracional

Nunca tanta gente chegou à idade avançada como hoje, e este progressivo aumento de pessoas idosas, sobretudo das muito idosas, tem aumentado a probabilidade de ocorrência de situações de dependência física, psíquica e social. Esta tendencial perda da autonomia, torna-as dependentes do apoio de terceiros, despontando a necessidade de se criarem novas respostas por parte do Estado e da sociedade civil, gerando preocupações no que respeita à sobrecarga dos sistemas de Segurança Social, à precariedade das suas condições de vida, à exclusão social, ao isolamento e ao exercício dos direitos.

Numa sociedade multigeracional, a opção da delegação da responsabilidade do encargo social com a velhice ao Estado ou à Família e a crescente exposição ao risco entre a população mais idosa, constituem novos/velhos desafios para a reconfiguração do contrato social, baseado num equilíbrio sustentável entre as gerações.

Sustentam algumas vozes que os gastos com as gerações mais velhas são excessivos e superiores aos que são feitos com as gerações mais jovens, o que é suscetível de agravar situações de conflito entre gerações, e desarranjos na evolução dos sistemas de Segurança Social⁷⁴. Segundo L. Roussel, (cit, por Pimentel, 2001), os idosos constituem um grupo

⁷⁴ Como refere M. Rosa (1993) citada por (Pimentel, L. 2001), o sistema de segurança social “é financiado, na base de uma “solidariedade geracional do tipo transversal”, assente na conversão automática das contribuições dos indivíduos ativos em pensões, fazendo com que o mesmo tende a ser crescentemente gravoso para as gerações mais jovens, das quais provém o grosso das contribuições. “Este aumento das despesas sociais para financiar as pensões de velhice pode originar um mal-estar social e conduzir, inclusivamente, a um conflito entre gerações com consequências gravosas para a sociedade.”

com poder potencial, capaz de exercer forte pressão política e económica “La guerre entre les générations nàura peut - être pàs lieu, mais les tensions paraissent s`aggraver”. Numa visão mais pessimista, a preocupação estende-se ao “conservadorismo” e a falta de vitalidade e dinamismo que tal envelhecimento acarretará para as sociedades (Fernandes, 1997).

Segundo M. Rosa (cit. por Pimentel, 2001) não é correto pensar-se que o envelhecimento demográfico traz efeitos necessariamente perversos em termos sociais, no entanto, este chama a atenção para os efeitos nem sempre positivos decorrente do aumento do número de idosos, pessoas mais velhas e dependentes⁷⁵, especialmente quando associado a um conjunto de outros factores, susceptíveis de gerar desequilíbrio de forças e de recursos.

O peso crescente dos idosos na economia, a atual contração do crescimento económico a nível nacional e mundial, as medidas, sem paralelo, de contenção orçamental contempladas no Plano de Crescimento Económico, com acentuada redução das transferências do Orçamento do Estado para os setores da Saúde e da Segurança Social tem agudizado, de forma significativa, a vulnerabilidade dos idosos na nossa sociedade.

A problemática das relações entre e no interior das gerações conduzirá inevitavelmente, de acordo com as linhas de análise do Livro Branco da Segurança Social⁷⁶, à emergência de políticas globais de idade, novas formas de solidariedade e de convivência entre idades, grupos de gerações e culturas, desvanecendo as fronteiras entre os grandes grupos de idade, para tornar possível a existência de um capital social mínimo nas diferentes sociedades, sem o qual todos os outros tipos de capital correm o risco de perder o sentido.

Segundo (Cabrillo e Cachafeiro, 1992) a questão de fundo com o problema da velhice não está na distribuição das despesas públicas, mas na integração social da pessoa idosa. A pessoa idosa não é um ser inútil, nem as suas qualidades e efeitos têm de ser encobertos,

⁷⁵ Fala-se hoje, do aparecimento do conceito de 4.º idade. Segundo o INE (1999) o crescimento dentro da própria população idosa não é homogéneo (Pimentel, L. 2001) «O grupo dos 75 e mais anos cresceu segundo taxas superiores às da população com 65 e mais anos nas décadas de setenta e oitenta, ... A partir de 1981 o ritmo de crescimento mais forte passou a pertencer à população com 85 e mais anos. Esta situação retrata o envelhecimento da própria população idosa». Graças à melhoria das condições de vida e ao avanço da medicina é hoje perfeitamente possível ser-se da “terceira idade” e ainda estar-se ativo física e mentalmente. Deste modo surgiu a necessidade de criar um novo termo para designar a pessoa já no limiar das suas capacidades, daí a emergência do termo “quarta idade” ou “grandes idosos”. Não existe contudo uma opinião uniforme, nem em relação aos termos a utilizar, nem em relação aos limites de idade que os caracterizam. Assim, “Quarta Idade”, a partir dos 85 anos aproximadamente (Nogueira P., 1996), para outros autores, a expressão é utilizada para referenciar os maiores de 74 anos, existindo ainda outras opiniões.

pelo contrário, podem e devem ter uma função na vida social, sem que constituam uma carga para as gerações jovens.

A este propósito, cabe aqui referir a noção de ética de responsabilidade de Hans Jonas, que apela ao dever para com as gerações futuras. O dever do homem em “preservar a humanidade de ameaças contra a humanidade”.

A ética da responsabilidade, que coloca o homem no centro de tudo o que acontece, como “tutor” de todas as formas de vida, o outro

“que pode ser um ser humano, ou um grupo social, um objecto, um património, a natureza, o outro que pode ser o nosso contemporâneo, mas que será cada vez mais um outro futuro cujas possibilidades de existência temos que garantir no presente”. (Santos, B, 2000).

O respeito pela vida que se pretende desenvolver na mais profunda dimensão temporal, coloca a questão da responsabilidade no cenário das reflexões hodiernas. Jacqueline Russ⁷⁷ observou:

“Se o respeito à vida enquanto tal está presente na filosofia antiga da Índia e na tradição judaico-cristã, o respeito ao corpo vivido, à existência encarnada, ao organismo qualificado por sua pertinência a um destino, se enraíza no cristianismo, mas também no pensamento moderno...”

Trata-se, agora, de empreender esforços que orientem e afirmem a conduta responsável de todos aqueles cujas ações possam interferir com o bem estar dos idosos. E tal exigência precisa considerar a dimensão temporal dessa responsabilidade, porque, envolve comprometimento com o geracional, isto é, com as gerações atuais e também com as futuras, abrangendo estas últimas as mais longínquas que o pensamento, desde hoje, seja capaz de projetar.

O desafio à bioética torna-se emergente e crescente, na medida em que esta assume o compromisso de propor princípios e limites orientadores para o esperado comportamento responsável de todos aqueles que, de algum modo, são capazes dessa intervenção e modificação nos mais amplos domínios da vida.

⁷⁶ Livro Branco da Segurança Social, Comissão do Livro Branco da Segurança Social, Versão Final, (1998).

⁷⁷ Professor universitário agregado, doutor em filosofia e ciências humanas.

Atualmente a bioética apresenta-se como procura de um comportamento responsável por parte daquelas pessoas que devem decidir tipos de tratamento, de pesquisa ou de outras formas de intervenção relativas à humanidade e ao próprio biosistema terrestre.

O reformulado princípio da responsabilidade, expresso no pensamento de Hans Jonas, vem agora posto como uma espécie de base sobre a qual se espera construir todo esse comprometimento de respeito temporal profundo para com a vida. Como observou Ramiro Marques (Marques, R, 2001) , a virtude do respeito traz consigo o que ele chamou de “polaridade ativa” a qual está marcada pela inafastável exigência de preocupação com os outros.

2.4.3 A institucionalização

Nem sempre é possível corresponder à maior longevidade alcançada, um nível de bem-estar e um grau de autonomia que possibilite aos mais velhos a satisfação das suas necessidades fundamentais, sem apoios significativos. Entre nós, é nas instituições tradicionais, desde a ação das misericórdias até às mais variadas organizações, que se forma e desenvolve a gestão pública da velhice. Contudo, e segundo Fernandes (1997), é só a partir da década de 70 que as “instituições criadas são orientadas pelos princípios da prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade”.

A particular importância que assume, ainda hoje, a resposta social lar de idosos, como adiante veremos, evidencia a necessidade social dos mesmos, não obstante as novas formas de intervenção e ajustamento das respostas sociais atualmente existentes, prevenindo e retardando a institucionalização⁷⁸. Continuam a ser muitos os idosos sujeitos à institucionalização e grandes as listas de espera de acesso aos mesmos⁷⁹. Situações existem em

⁷⁸ Atualmente existem outras respostas sociais, tais como os centros de dia e de convívio, serviços de apoio domiciliário e, mais recentemente, o acolhimento familiar. De acordo com dados da Direcção Geral de Acção Social, verifica-se uma evolução gradual do número de equipamentos sociais e serviços no período compreendido entre 1991 e 1998, particularmente no sector dos serviços (Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Centros de Convívio) com incidência nas respostas Apoio Domiciliário e Centro de Dia, cujo crescimento rondou os 27,8%, destacando-se assim a preferência quer dos promotores, quer dos utentes, por este tipo de resposta social.

⁷⁹ O XIX Governo quer alterar as normas técnicas a que estão obrigados os lares de idosos, para aumentar a capacidade de resposta destas instituições. Padre Lino Maia, presidente da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social (CNIS), em comunicação à Rádio Renascença, apela à mudança nas regras de licenciamento dos lares de idosos, referindo que “Com a simplificação de exigências, sem a perda de qualidade, cerca de mais cinco mil utentes poderão ser admitidos nas nossas instituições”. A proposta é avançada no sentido de fazer diminuir as listas de espera. “Temos cerca de 150 mil idosos residentes. Temos, por cálculo, cerca de 15 mil pessoas em lista de espera”. Portugal tem 13 mil idosos em lista de espera para os lares apoiados pelo Estado. O padre Lino Maia, admite a possibilidade de algumas destas valências receberem donativos de particulares em troca de vagas”; “...o Centro Social e Paroquial de S. Vicente de Paulo,

que, de facto, a institucionalização é necessária, nomeadamente nas chamadas “mudanças assistenciais”, típicas de idosos cuja independência funcional e recursos económicos diminuam acentuadamente⁸⁰.

Através dos gráficos que se seguem é possível verificar a evolução registada nas respostas sociais à população idosa do continente entre os anos de 1998 e 2009, pelas diferentes valências, em termos de capacidade, número de utentes e taxa de utilização.

Assim, pode ver-se em seguida a evolução das respostas sociais para as Pessoas Idosas Continente 1998 – 2009⁸¹:

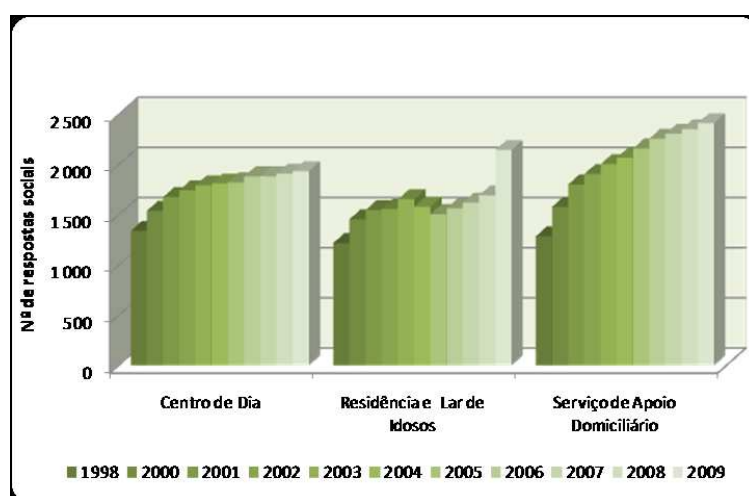


Figura 3: Evolução das respostas sociais para as Pessoas Idosas

Tem-se verificado uma evolução crescente das respostas sociais para a população idosa, identificando-se em 2009 cerca de 6 500 respostas sociais do conjunto representado graficamente, ultrapassando as 7 000 se considerarmos também o Centro de Convívio. Desde

em Lisboa, por exemplo, tem um lar de 3ª idade com 120 utentes. Garante o cónego Francisco Pereira Crespo que ultrapassa o milhar o número de pessoas em lista de espera. "Se me desse dez lares iguais a este, eu lotava-os em muito pouco tempo", in *Jornal de Notícias* de 22.04.2008.

⁸⁰Corroboram esta opinião os autores Woroby, Angel e Born, ao chamarem a atenção para o facto de que há que ter em consideração os idosos sós e com perdas de independência funcional ou ainda com ausência de familiares, (ou estando estes longe) como sendo uma população para quem será aconselhável a institucionalização. Existem estudos que mostram vantagens em que os idosos vivam rodeados por pares homogeneizados porque, segundo eles, “viver neste tipo de cenário facilita a interacção social entre os residentes”. Mais longe chegam as conclusões de um estudo levado a cabo por Hinrichsen (1985) sobre o impacto da residência em casas para idosos, ao revelar que, nos locais de residência em que havia uma grande concentração de idosos, se verificava que o número de amigos era maior, as amizades mais ativas e a satisfação de vida mais elevada. O conjunto de reflexões feitas sobre a envolvente habitacional/institucional do idoso leva-nos a concluir que não existem soluções óptimas e universais para os idosos e que mesmo as soluções aparentemente menos favoráveis podem ter vantagens para o seu bem-estar se preservarmos, ao idoso, a possibilidade de escolha e/ou adequação desse mesmo ambiente.

⁸¹ Carta Social – Rede de Serviços e equipamento 2009. In: www.cartasocial.pt

1998, o crescimento de respostas sociais situa-se nos 68,8%. A maior taxa de crescimento (87,5%) reflete-se no Serviço de Apoio Domiciliário (o que vem confirmar a nova forma de intervenção para esta população-alvo como já referido anteriormente), seguindo-se a Residência e Lar de Idosos (76%) e o Centro de Dia (44,4%).

No que respeita à taxa média de utilização (1998-2009) a percentagem mais elevada de ocupação incidiu sempre no Lar e Residência para Idosos, apresentando valores superiores a 95%. Em 2009 esta taxa de utilização situava-se em 96,4%.

Pode ver-se em seguida a evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as Pessoas Idosas Continente 1998 – 2009:

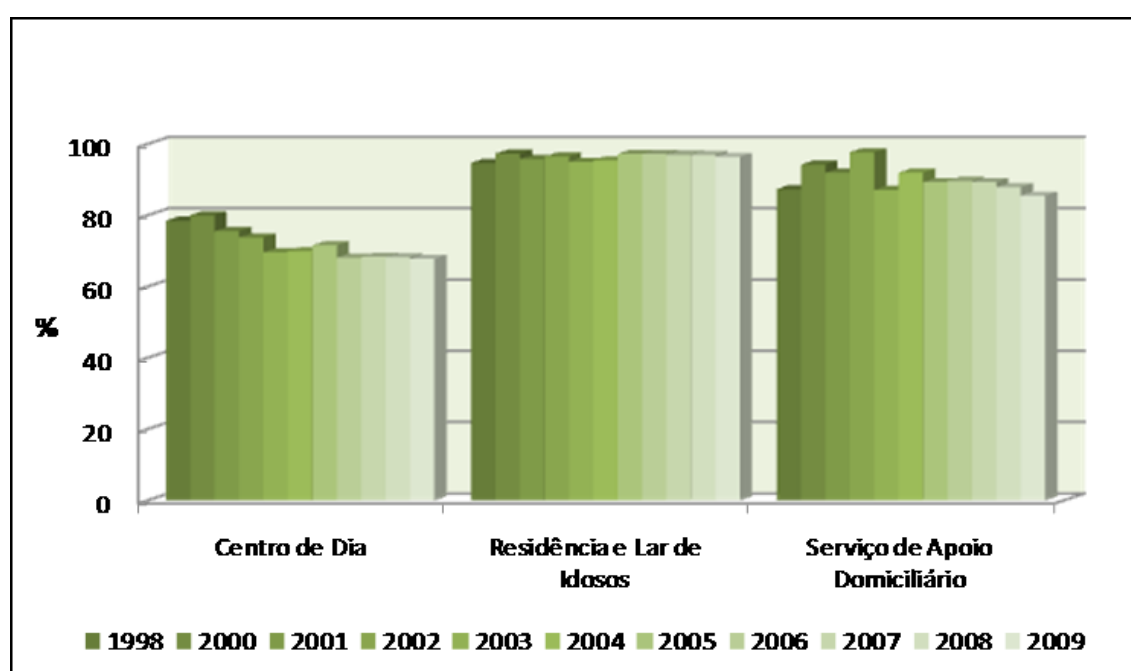


Figura 4: Evolução da taxa de utilização das respostas sociais

2.4.3.1 O lar de idosos

Por lar de idosos entende-se o estabelecimento que desenvolve atividades de apoio social às pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes. Para além destes objetivos gerais, são catalogados⁸² como objetivos específicos dos lares para idosos, os seguintes:

⁸² Sobre lares de idosos ver Despachos Normativos n.ºs 12/98, de 25.02; n.º 30/2006, de 31/03 e n.º 3/11, de 16.02.

- a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- b) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar;
- d) Potenciar a integração social.

Conhecendo a longa existência de instituições filantrópicas, e o papel crescente do Estado, no financiamento e na regulação das Instituições Particulares de Segurança Social, IPSS⁸³, por via de estabelecimento e oficialização de acordos de cooperação ou de gestão, particularmente importante no âmbito da Acção Social⁸⁴, encontramos hoje no nosso ordenamento jurídico um complexo heterogéneo de IPSSs⁸⁵, sendo que muitas das instituições sociais, mormente, lares de idosos, são por elas geridas.

O estatuto básico que rege as IPSSs, aprovado pelo DL n.º 119/83⁸⁶, estabelece que estas devem prosseguir a generalidade dos fins constitucionais estabelecidos na constituição social – segurança social, saúde, educação, formação profissional e habitação – dado o seu carácter legal não taxativo, quaisquer outras em que as necessidades sociais dos indivíduos

⁸³ Sousa Santos questiona o resultado deste processo de “cooperação” no sentido de saber se o Estado Providência viabiliza a iniciativa e flexibilização das IPSS ou se, pelo contrário, a presença do Estado é tão forte que o processo conduziu a uma “sociedade civil secundária” onde o Estado se reproduz a si próprio em instituições não estatais. Acordo de Cooperação (comparticipação financeira do Estado tendo por base as respostas sociais desenvolvidas pela IPSS); Acordo de Gestão (gestão de um equipamento social público por uma IPSS). O despacho Normativo 75/92, de 20 de Maio – define o regime jurídico da Cooperação.

⁸⁴ Subsistema Acção Social - artigo (artigo 29.º e 30.º) da Lei 4/07, de 16 de Janeiro).

⁸⁵ Termo que surgiu pela primeira vez, desde a revisão constitucional de 1982, na versão dada ao artigo 63.º, n.º 3, sucedendo a designação “instituições privadas de solidariedade social”, na Constituição de 1976. Foi durante o regime do Estado Novo que legalmente se consagrou o princípio da ação meramente supletiva do Estado em relação às iniciativas particulares no domínio das atividades de saúde e assistência, com a instituição das designadas Instituições Particulares de Assistência (Lei n.º 2120, de 19-07-63). Para Lopes Licínio, esta mudança terminológica, traduz essencialmente uma nova filosofia política e jurídica, representa “corte com o passado” e marca a consagração de um sistema nacional de proteção social. A par disto, o texto constitucional reflete, nas palavras do autor, uma nova conceção sociológica com o novo sentido ético e axiológico–normativo subjacente à CRP, o princípio da solidariedade como fundamento de prática da assistência pelos cidadãos, buscando a sua raiz na nova “conceção de pessoa-cidadão, de cidadania pessoal, e social, e de sociedade civil, substituindo-se à anterior filosofia que ligava a prática da assistência a uma competência natural da sociedade”. Este novo quadro constitucional e a nova redação dada ao n.º 3 do art. 63.º pela revisão de 1982, veio a ser densificada ou concretizada pelo DL n.º 119/83, de 25.02, que revogou o DL n.º 519-G2/79, de 29.12.

⁸⁶ Este diploma já foi objeto de algumas alterações, decorrentes do DL n.º 89/85, de 01.04; DL n.º 402/85, de 11.10; DL n.º 29/86, de 19.02. Por su vez, a Portaria 139/07, 29.01, aprova o regulamento de registo das IPSS. Juridicamente as IPSS podem assumir as seguintes formas, na linha do n.º 2 do artigo 2.º do DL 119/83 (Associações de Solidariedade Social; Associações de Voluntários de Ação Social; Cooperativas de Solidariedade Social, Associações de Socorros Mútuos ou Associações Mutualistas (Mutualidades); Fundações de Solidariedade Social; Irmandades da Misericórdia ou Santas Casas da Misericórdia (SCM). As IPSS podem agrupar-se: Em uniões; federações; confederações, presentemente existem a Confederação Nacional de Instituições Sociais (CNIS [1]), a União das Misericórdias Portuguesas (UMP) e a União das Mutualidades (UM).

e das famílias encontram apoio e resposta na generosidade e capacidade de intervenção próprias do voluntariado social organizado.

As IPSSs passaram a ser assim caracterizadas (art.1º) por instituições sem finalidade lucrativa⁸⁷, constituídas por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, e que se proponham à concessão de bens e a prestação de serviços.

Na Constituição da República Portuguesa elas encontram-se especialmente referidas na secção relativa à Segurança Social (Art. 63º), sendo mencionado que o Estado apoia e fiscaliza o funcionamento destas organizações na prossecução dos objetivos de solidariedade social constitucionalmente consagrados.

2.4.3.2 Princípios e valores

Alguns princípios e valores, do ponto de vista ético, presidem à resposta social lar de idosos. A institucionalização tem subjacentes princípios e critérios de justiça social e da dignidade do ser humano enquanto valor fundamental das sociedades democráticas e plurais.

No que respeita ao lar de idosos, o objetivo específico é, fundamentalmente, como referido, proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática do idoso, contribuindo de certo modo para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento. As IPSSs procuram também desenvolver apoios necessários aos familiares dos idosos de modo a fortalecer a relação interfamiliar e promover a integração adequada destes equipamentos na comunidade.

⁸⁷ Para Lopes Licínio, a compreensão do sentido e relevo do qualificativo “sem carácter lucrativo”, não impede que as instituições não possam exercer atividades secundárias, acessórias e até instrumentais que consideradas de per si assumem natureza económica lucrativa, desde que o seu exercício seja funcionalmente subordinada à prossecução do fim institucional caracterizador. Assim, a solidariedade social reflexo de um espírito solidário preexistente a qualquer modelo ou forma institucional, e por isso reveladora de uma especial dimensão existencial do homem, é por natureza avessa à comercialização ou mercantilização, pelo que não é admissível que a atividade principal - atividade que justifica a admissibilidade da instituição – possa converter-se num meio específico intencionalmente dirigido à angariação de receitas, facto que a acontecer seria uma instrumentalização ilegítima e ilegal da solidariedade social. Interpretação que é feita segundo o princípio da interpretação da lei em conformidade com a Constituição, designadamente o disposto no artigo 1.º DL 119/83 e o estabelecido pelo legislador constitucional ao nível do n.º 5 do artigo 63.º da CRP. Este autor chama também a atenção para os perigos da instrumentalização da solidariedade social, permissiva pelos critérios vagos que a lei estabelece na fixação das comparticipações dos utentes ou dos beneficiários, podendo estas transformarem-se numa verdadeira contrapartida direta dos serviços prestados.

Não obstante as solidariedades familiares serem uma fonte inesgotável de entreatada, encontram-se expostas às perturbações sociodemográficas das sociedades modernas. A maior sobrevivência das gerações beneficia, no presente, de um aumento da esperança de vida nas idades mais avançadas. A permanência de quatro gerações em simultâneo repete-se cada vez mais. É agora menos frequente a coabitação dos pais idosos com os seus filhos adultos e, em contrapartida, maior a proporção de idosos que vivem sós.

2.4.3.3 Princípio da Solidariedade e da Subsidiariedade

O conceito do Estado Social é um dos pressupostos do Estado de Direito consagrado no nosso projeto constitucional, que visa a realização da democracia económica e social. Quanto falamos em estado social aludimos à obrigação do estado desenvolver políticas de promoção do bem estar social, concretizadoras da igualdade real entre cidadãos.

A nossa Constituição impõe a institucionalização de uma organização pública de segurança social, e a atual lei de bases da Segurança Social, Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro, estabelece expressamente a existência de uma segurança social (e de uma ação social) pública, e sob gestão pública, o que representa por si só uma valoração jurídica de uma necessidade social, assumida como tarefa do legislador e da Administração.

Mais do que um princípio estadual, a solidariedade é um princípio universal. De facto, a beneficência ou a assistência social surge, historicamente, como um atividade originariamente privada, no sentido de que consistia numa atividade própria das organizações civis e religiosas, sendo portanto, regida em “regime de monopólio natural” pela sociedade⁸⁸.

O exercício da assistência social, de modo espontâneo pela sociedade, representa pois a confirmação de um valor insuscetível de apropriação e de monopólio estatal – o valor da solidariedade enquanto valor “ético – cultural”. Valor que é tido em conta no próprio texto constitucional, no seu n.º 5 do artigo 63.º, ao consagrar o exercício da solidariedade pelos particulares e as suas vantagens sociais.

O exercício da solidariedade social não é apenas um dever do Estado. É também um dever individual e coletivo. Como refere Licínio Lopes, o exercício da solidariedade

⁸⁸ A partir do século XVII a solidariedade começa a demarcar-se do sentido puramente religioso da caridade para se assumir como um dever social do Estado e da sociedade civil. Araújo refere «...no transcurso da evolução observada [1700-1830] o que ressalta é o triunfo gradual do modelo filantrópico sobre o velho paradigma da caridade piedosa, entendida, desde a longínqua Idade Média, como tesouro de salvação pessoal.».

“mais do que um dever de natureza ética, moral ou cívico de cada cidadão ... constitui, porventura, uma das afirmações mais ricas do direito de participação na vida colectiva, que, no caso, poderá consubstanciar no direito de (ou a) ser solidário ou na liberdade de ser solidário, que pode ser objecto de exercício individual ou colectivo”.

O exercício da solidariedade social dependerá, sempre e irredutivelmente da autonomia da vontade de cada cidadão ou do seu exercício espontâneo pela sociedade.

Assim, a realização e consolidação do Estado social e da justiça social, sendo uma responsabilidade pública constitucionalmente assumida, e como tal um dever constitucionalmente imposto, explicitado na lei de bases como Princípio do primado da responsabilidade pública (artigo 14.º), passa também pela afirmação da “cidadania solidária” (Casalta Nabais), citado por Licínio Lopes, através do exercício de uma solidariedade ativa pela comunidade social ou sociedade civil, que aliás a Constituição valoriza, nomeadamente, ao reconhecer o papel que as IPSS’s poderão desenvolver na área da assistência social e das prestações complementares do regime da segurança social.

Como refere Padre Lino⁸⁹

“elas surgem, com espontaneidade, algum voluntarismo e muita generosidade, as pessoas equacionam respostas aos problemas que surgem”.

Como expressão viva da sociedade civil constituem uma forma de subsidiariedade⁹⁰ entre Estado e cidadão.

O Princípio da Subsidiariedade, com formulação originária na encíclica Quadragésimo ano de Pio XI, apela ao respeito pela liberdade e pela protecção da vitalidade dos corpos sociais e da sociedade civil, opondo-se às formas de centralização, burocratização e presença injustificada do Estado e do aparelho estatal no meio da sociedade civil. Este princípio, tal como resulta do dispositivo da Lei de Bases da segurança social (artigo 11.º) assenta no

⁸⁹ Entrevista ao Padre Lino Maia, in *Jornal Solidariedade*, 5 de Julho de 2008. O princípio da Subsidiariedade Social encontra-se vertido na actual lei de bases da segurança social, artigo 11.º.

⁹⁰ O Princípio da subsidiariedade teve a sua formulação originária na encíclica Quadragésimo Anno, de Pio XI, constituindo um dos esteios da Doutrina Social da Igreja. A Doutrina Social da Igreja considera que a "a norma fundamental do Estado deve ser a prossecução da justiça e que a finalidade de uma justa ordem social é garantir a cada um, no respeito ao princípio da subsidiariedade, a própria parte nos bens comuns." Sobre este princípio, entre outros autores, vide J. Baptista Machado, *Administração, Estado e Sociedade*, Caderno II, Universidade Católica Português, Porto, 1980; Vital Moreira, *A Ordem Jurídica do Capitalismo*, 3.º Ed. Coimbra, 1978; Paulo Otero, *O Poder de Substituição em Direito Administrativo Vol I*.

“reconhecimento do papel essencial das pessoas, das famílias e de outras instituições não públicas na prossecução dos objetivos da segurança social, designadamente no desenvolvimento da acção social”.

A este propósito, João Paulo II na Centesimus annus, afirmou:

“Ao intervir directamente, irresponsabilizando a sociedade, o Estado assistencial provoca a perda de energias humanas e o aumento exagerado do sector estatal”.

O Estado deve exercer atividade supletiva quando o corpo social, por si, não consegue ou não tem meios de promover determinada atividade, como também deve o Estado intervir para evitar situações de desequilíbrio e de injustiça social.

António Guterres, a propósito da reemergência do social no mundo contemporâneo, refere

“regressamos gradualmente à necessidade de dar atenção ao «social» e à sociedade. Já não se trata de confundir «público» e «estatal», mas sim de conceder à «solidariedade voluntária» e à autonomia da sociedade, da cultura e dos espaços públicos a importância perdida no período da industrialização de massa e das tentações hiperconstrutivas” (Guterres, A. 2001).

O direito à velhice impõe do Estado assegurar um verdadeiro direito de cidadania social, e não apenas o direito à reforma. A concretização dos objectivos supra identificados, resulta que o funcionamento do lar deve assegurar, designadamente, uma qualidade de vida aos seus residentes, que embora sujeito ao colectivo não descure o individual. Os cuidados devem ser prestados em ambiente calmo, confortável e humanizado, adequados à satisfação das suas necessidades, visando a manutenção da autonomia e independência, no respeito pela sua individualidade e privacidade. Fomentar actividades que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos, manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas, assegurar a convivência social, na medida dos seus interesses, e permitir a participação dos familiares e/ou pessoas significativas, na medida do possível, quando este contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psíco - afectivo do residente.

Há hoje um significativo consenso acerca da necessidade de tomar em consideração o ponto de vista do indivíduo, atribuindo valor ao seu funcionamento e bem-estar, e à sua possibilidade de realização pessoal.

O conjunto de dificuldades da pessoa que envelhece, onde sobressaem a deterioração progressiva e a perda de capacidade funcional, leva frequentemente ao recurso institucional.

Busse (cit. por Purificação, F.: 47) refere que

«geralmente é uma combinação de crescente debilidade da pessoa idosa e recursos financeiros e emocionais decrescentes dos membros da família que levanta a questão emocionalmente difícil de uma institucionalização a longo prazo. A perspectiva de qualquer troca, particularmente uma mudança de ambiente familiar para um ambiente desconhecido, é geralmente experimentada pela pessoa idosa como uma ameaça à sua segurança».

A institucionalização pode de facto, implicar um certo número de perdas: a perda da intimidade, da privacidade, da autonomia, entre outras. A fuga e até menor desejo de continuar a viver, são vistas, por Carroll (1991, cit. por Fernandes 2002), como formas de reacção ao stress decorrentes das perdas.

Nas palavras do Leandro, E. a proliferação de lares, tornou-se, para alguns, num mercado rentável limitando-se, «a cumprir as leis dos três A's perante os idosos: alimentação, alojamento e assistência sanitária». Todo o lar que se limite a exercer, apenas, esta tarefa, correrá o risco de funcionar como antecâmara da morte, despersonalizante e redutora da condição humana⁹¹. Este tipo de recurso é ainda hoje conotado com uma imagem negativa, sendo poucos os idosos que aceitam institucionalização de uma forma tranquila.

A institucionalização⁹² representa sempre o abandono do espaço conhecido e vivido, obrigando o idoso a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controle de muitos aspectos da sua vida (Paúl, 1997), citado por Rosa, Martins.

Como vimos, o envelhecimento envolve várias transformações, como refere Trotsky citado por Antunes, L. 2007,

“ ... é a coisa mais inesperada que acontece a uma pessoa. Corpo e tempo se entrecruzam no devir do envelhecimento, e das formas desse entrecruzamento nascerão as múltiplas velhices, cuja contexto social e político influencia e determina o modo particular da sua abordagem. Cada ser humano é, no tempo, uma pluralidade de estados físicos e de situações”, aquilo que segundo Ortega y

⁹¹ Despacho conjunto n.º 410/2000, criou o denominado “Plano Avô”, com a finalidade de desenvolver as práticas da qualidade em Lares para Idosos, com base no referencial normativo NP EN ISO 9001:2000. Este plano teve o seu ponto de partida na conhecida indiferença com que muitas vezes são tratados os idosos nos chamados lares lucrativos. Para acabar com essa realidade, todas instituições serão alvo de uma ação destinada a identificar os utentes da rede social e da rede lucrativa de apoio a idosos, sob coordenação da Inspeção Geral do Ministério do Trabalho e Solidariedade.

⁹² Um estudo feito a várias instituições objectivadas para residências de Idosos mostra, “que a maior parte das instituições para idosos retira toda a privacidade aos seus utentes, com sujeição a controlo e dependência face à regulamentação interna”. Além disso, acrescenta que a “institucionalização e respectivo desenraizamento leva mais rapidamente à deterioração, e a uma maior incapacidade física e mental”. Uma outra conclusão é que “as perturbações psiquiátricas são mais frequentes em idosos institucionalizados” (Borges, 2000).

Gasset⁹³, ao referir-se à ideia de pessoa concreta e «em situação», expressa “Eu sou eu e a minha circunstância”. São as diferenças do Homem situado, que condiciona profundamente a pessoa humana, e determina as diferenças quanto à sua capacidade para suportar as relações com o mundo natural e com os outros seres humanos, pelo que é eticamente aceitável uma discriminação positiva em favor dos mais fracos, ou seja, dos mais vulneráveis.

2.4.3.4 Princípio da Vulnerabilidade

Vulnerabilidade é uma palavra de origem latina, derivando de *vulnus* (eris), que significa “ferida”. O princípio da vulnerabilidade⁹⁴, constitui atualmente uma referência na bioética, vindo esta a ser apresentada como princípio (ético) internacional, o que se verifica com um alcance ímpar na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da UNESCO, de 2005 (Anexo I).

Na verdade, o “respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” constitui um dos 15 princípios éticos formulados pela Declaração para toda a decisão e prática bioéticas e seu posicionamento relativo aos outros princípios. O princípio do “Respeito pela vulnerabilidade” é introduzido posteriormente ao princípio do “Consentimento” (artigo 6º) e imediatamente a seguir ao das “Indivíduos sem capacidade para consentir” (artigo 7º), visando assim responder todas as situações que possam ferir a integridade do ser humano, que possam ofender a dignidade da pessoa, nas situações em relação às quais os princípios da autonomia e do consentimento se manifestam insuficientes.

O princípio do “respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” articula-se preferencialmente com o da “dignidade humana” (artigo 3º), cujo enunciado do valor incondicional da pessoa é reforçado com a exigência da sua inviolabilidade.

⁹³ José Ortega y Gasset, Espanha, 1883.

⁹⁴ No âmbito da bioética, foi no relatório de Belmonte, 1978, que a noção de vulnerabilidade surgiu com uma significação ética específica, ao classificar de forma particular tanto pessoas singulares como populações, que se encontrem numa situação de exposição agravada e que possam vir a ser “feridas”, especificamente no campo da experimentação humana. Neste documento, afirma-se que a proteção dos vulneráveis deverá ser assegurada pelo cumprimento dos seus três “princípios éticos básicos”: o respeito pelas pessoas (na exigência de reconhecimento da autonomia dos indivíduos em geral e de proteção daqueles que possuem uma autonomia diminuída); deste decorrendo a necessidade do “consentimento informado” (o qual inclui a obrigatoriedade de informação, compreensão e voluntariedade), a beneficência (na exigência de não fazer o mal, maximizar os possíveis benefícios e minimizar possíveis prejuízos) e a justiça (na exigência de “equidade na distribuição”).

É, no entanto, em 1998, na Barcelona Declaration⁹⁵, que a formulação da vulnerabilidade como princípio surge pela primeira vez, ao lado da autonomia, da dignidade e da integridade, consideradas conjuntamente como os “princípios éticos básicos” na bioética e biodireito europeus⁹⁶. A vulnerabilidade é, então, apresentada como exprimindo simultaneamente duas idéias que, a partir da reflexão anterior, designamos como sendo a da condição humana na sua universalidade e a da caracterização particular de algumas pessoas.

Com efeito, a primeira idéia – segundo aquele documento – enuncia “a finitude e a fragilidade da vida” num sentido que já apresentamos e que se explicita também como real “naqueles capazes de autonomia, fundando [assim] a possibilidade e a necessidade de toda a moralidade”.

Para além de se corroborar a já afirmada impossibilidade da autonomia suprimir a vulnerabilidade afirma-se, também, que é esta dimensão do humano, que é a suscetibilidade de ser “ferido”, que instaura o dever de não “ferir”. Isso funda a ética como relação não violenta de cada um ao outro, responsável e solidária, instaurando uma ética de fundamentação antropológica: o modo como devemos agir decorre do modo como somos e como queremos ser, sendo a nossa comum vulnerabilidade que instaura um sentido universal do dever na ação humana.

A segunda idéia sublinha a necessidade de “cuidado para os vulneráveis” num inequívoco destaque dos particularmente vulneráveis.

O princípio ético da vulnerabilidade, coloca pois a tónica na necessidade ética de uma discriminação positiva em favor dos mais vulneráveis, como é o caso dos idosos. A perda da capacidade funcional e a conseqüente diminuição das suas habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das actividades da vida diária, tornam-no mais dependente de terceiros.

⁹⁵ A Declaração de Barcelona corresponde à concretização de um projeto da União Européia de apresentação dos princípios fundamentais da bioética e do biodireito, enraizados na cultura europeia, tendo em vista a formulação de uma política europeia conjunta no domínio da biomedicina.

⁹⁶ O termo vulnerabilidade adquiriu contudo novos sentidos, com os filósofos europeus, Emmanuel Lévinas e Hans Jonas, vide, Lévinas, E. *L’humanisme de l’autre homme*. Paris: Fata Morgana, 1972 e Jonas, H. *Das prinzip verantwortung*. Frankfurt : Isnel V, 1979. Segundo Jonas, a vulnerabilidade não é específica ao homem, mas, antes, comum a todo o existente, exprimindo a natureza mesma do vivente, visto este como todo o existente perecível, apelando a sua reflexão no plano ético para o dever, ou seja, para uma resposta ética, à responsabilidade do outro perante a ameaça de precimento do existente.

É com base no princípio da vulnerabilidade⁹⁷ que se apela a “justificada diferenciação nos cuidados que devemos prestar às pessoas idosas dependentes e terminais em relação aquele que se preste a um adulto saudável, autónomo e feliz, uma discriminação positiva que, segundo Daniel Serrão, “não atenda a critérios economicistas e a ponderações custo-benefício porque nestas perspectivas o bem-estar de um moribundo não será considerado um benefício que justifique custos”.

Como refere (Neves, P. 2007).

“A qualificação de pessoas e populações como vulneráveis impõe a obrigatoriedade ética da sua defesa e protecção, para que não sejam “feridas, maltratadas, abusadas”,

imperativo que aliás, o Relatório Belmont⁹⁸, também enuncia na secção sobre a “Seleção de Sujeitos”. A protecção dos vulneráveis deverá ser assegurada pelo cumprimento, segundo este relatório, dos seus três “princípios éticos básicos”: o respeito pelas pessoas (reconhecimento da autonomia dos indivíduos, decorrente do “consentimento informado”); a beneficência e a justiça, no sentido de “equidade na distribuição”.

O “respeito pela vulnerabilidade humana” como princípio ético, dá-nos conta, como refere Patrão Neves (Neves, P. 1999), “do valor da diferença dos seres humanos e entre os seres humano”. Só um compromisso com o respeito pela individualidade do idoso, no contexto dos seus projectos e trajectos, permite favorecer o seu desenvolvimento pessoal e bem-estar.

Isabel Renaud⁹⁹, analisando a questão do “corpo vivido” afirma:

“O corpo é um lugar privilegiado de paradoxos. Pedaco de matéria orgânica que se dissolve um dia, mas também interioridade impenetrável, ele é ao mesmo tempo o que possuo de modo eminentemente próprio e o que me escapa permanentemente”.

⁹⁷ É em 1998, na Barcelona Declaration, que a formulação da vulnerabilidade como princípio surge pela primeira vez, ao lado da autonomia, da dignidade e da integridade, consideradas conjuntamente como os “princípios éticos básicos” na bioética e biodireito europeus. A vulnerabilidade é, então, apresentada como exprimindo simultaneamente duas ideias, como sendo a da condição humana na sua universalidade e a da caracterização particular de algumas pessoas. Com efeito, a primeira ideia – segundo aquele documento – enuncia “a finitude e a fragilidade da vida” num sentido que já apresentamos e que se explicita também como real “naqueles capazes de autonomia, fundando [assim] a possibilidade e a necessidade de toda a moralidade”. “princípio”, que, se verifica com um alcance ímpar na citada Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2005.

⁹⁸ O Relatório Belmont apresenta os princípios éticos, considerados básicos, que deveriam nortear a pesquisa biomédica com seres humanos.

⁹⁹ Professora catedrática aposentada de Filosofia da Universidade Nova de Lisboa. discípula intelectual de Merleau-Ponty.

Sendo o ser humano uma unidade indissolúvel, não é possível realizar uma autêntica reapreciação do corpo senão dentro de uma idêntica reapreciação de si mesmo, como pessoas chamadas a viver em harmonia consigo mesmas e com os demais, em relação com o próprio mapa cognitivo dos valores. O homem é o único ser capaz de se abrir à totalidade.

Como refere, P. Lain Entralgo (Archer, coord, 1996) “um dinamismo ilimitado aberto ao infinito”, de biologicamente constituído, nunca é puramente biológico ou animal. É próprio do homem ser livre, ele se faz por “um processo levado a cabo livre e responsabilmente e que incide sobre o nível mais fundamental, o do ser-homem” (LAUAND, Jean, 1994). Necessita decidir pessoalmente o que fazer e definir a trajetória da sua vida com responsabilidade. No interior da sua consciência pode escolher livremente as suas acções e torna-se responsável pela edificação do seu próprio ser.

Apela-se por isso ao respeito pelo principio da autonomia da pessoa¹⁰⁰, que no caso das pessoas idosas, passa por promover tanto quanto possível comportamentos autónomos, baseados em informação conveniente e assegurando a sua correcta compreensão, promovendo dessa forma a livre decisão em harmonia com os valores e crenças pessoais.

Citando Savater¹⁰¹

“Embora não possamos escolher o que nos acontece, podemos em compensação, escolher o que fazer perante aquilo que nos acontece”.

Desta forma, não obstante a pessoa se encontrar em circunstâncias que lhe reduzem a autonomia do agir, permanece ainda livre de adoptar uma atitude ou outra perante essa situação, mesmo que de extrema dependência, permanece autónoma no ser.

2.4.3.5 O Cuidado – arte do relacionamento

Como vimos, os idosos não são iguais e não há, a bem dizer, uma psicologia unitária de pessoa idosa. Nesse sentido, a situação de estar idoso contrapõe-se a individualidade do ser idoso, que faz do ser humano a referência da medida de todas as coisas.

A ética do cuidado¹⁰² centrando-se no outro necessitado, chama a atenção para a importância das atitudes, ao modo como as acções são executadas. Insiste que os juízos morais

¹⁰⁰ Etimologicamente, o termo «autonomia» significa a condição de quem é autor da sua própria lei.

¹⁰¹ Fernando Fernández-Savater Martín (São Sebastião, 21 de Junho de 1947) é um escritor e filósofo espanhol, catedrático de Ética na Universidade do País Basco.

¹⁰² A ética do cuidar teve a sua origem principalmente em escritos feministas, destacando-se os papéis da psicóloga Carol Gilligan e da filósofa Annette Baier.

devem decidir-se não em função dos princípios universais, mas em função da complexidade das situações específicas do caso concreto, nas suas circunstâncias e necessidades.

Como escreve Leonardo Boff¹⁰³,

“cuidar, mais do que um acto é uma atitude. Abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e desvelo; representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afectivo com o outro”.

E afirma mais

“... o cuidado é o fundamento para qualquer interpretação do ser humano. Se não nos basearmos no cuidado, não lograremos compreender o ser humano”. (Boff, 2000).

Este modo de ser no mundo, na forma de cuidado, permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância e definitivamente conta. Não do valor utilitarista, só para o seu uso, mas do valor intrínseco às coisas. A partir desse valor substantivo emerge a dimensão de alteridade, de respeito, de sacralidade, de reciprocidade e de complementaridade.

Heidegger¹⁰⁴ destaca o sentido ontológico do termo cuidado, que designa a constituição fundamental do existir humano como uma abertura originária de sentido que ilumina tudo o que lhe vem ao encontro, desde sempre cooriginária ao mundo e ao outro. Ser é ser-no-mundo-com-o-outro. Diz o mesmo autor “ a essência do ser reside no cuidado”

O cuidado exige respeito pela privacidade e pela intimidade da pessoa humana, um direito que lhe é inerente, como garante da dignidade, intrínseca à qualidade de vida humana.

O Dr. Jorge Biscaia, a este propósito, refere a privacidade como o direito de “não ser devassada no seu interior, desde o seu código genético, até ao seu corpo vivido.” Cada um deve ser respeitado nesta sua pertença e na liberdade de a revelar ou não a revelar, e esta exigência ética de respeito, é em si o fundamento da dignidade enquanto dimensão ética do ser humano.

Maria Teresa Ribeiro (Ribeiro, T. 2005) alerta para a ausência de afectos como uma das premissas básicas que explicam a falta de assistência no sofrimento, hoje em dia, dos idosos. O amor é essencial ao cuidado, sem amor, seja ele de nós aos outros ou dos outros

¹⁰³ Leonardo Boff, pseudónimo de Genézio Darci Boff (Concórdia, 14 de dezembro de 1938), é um teólogo brasileiro, escritor e professor universitário.

¹⁰⁴ O filósofo alemão Martin Heidegger, falecido em 1976, foi um dos mais influentes pensadores do século XX.

para nós, sofremos. As incompreensões, as intolerâncias, as indiferenças, os maus-tratos, são tudo, faltas de amor.

A construção afectiva abre espaço para uma realidade vital para o homem – a intimidade. A intimidade ocorre quando alguém esta em contato direto com a sua realidade e com a do outro, numa da vida completa, sem julgamentos.

Quando se gera intimidade, tem-se a sensação de estar junto de alguém, com o outro, seja pela palavra, pela atitude, pelo toque, pelo gesto, ou pela ternura, fica-se mais apto a sentir as emoções dos outros, a ter empatia e compaixão, e com isso um ambiente mais sadio e melhores cuidados.

Na intimidade surge a confiabilidade, em que a pessoa pode acreditar no outro, entregar-se a ele, seja na partilha de momentos de convívio, seja da entrega aos cuidados. A preocupação e o cuidado com os idosos não são diferentes dos cuidados correspondentes com a vida em si. A filosofia de vida afeta diretamente os pensamentos, comportamentos e atitudes em relação aos idosos. Daí a importância de ser dado espaço ao idoso em nosso próprio ser, deixando-nos experimentar pelo envelhecer, abrindo portas ao conhecimento da relatividade da própria vida e desta forma, encontrando forças para todos os que partilham a mesma condição humana. Somente quando entramos em solidariedade com o processo de envelhecimento e falamos de experiência comum, podemos ajudar os outros a descobrirem a liberdade da velhice.

“Somos seres impregnados de afectividade”, com refere Isabel Renaul 2011 e essa afectividade torna-nos capazes de ser afectados, mas afectados`

”a maneira daquilo que somos: os nossos sentidos orgânicos são atravessados por uma dimensão do relacionamento humano que transforma a nossa sensibilidade orgânica em afectividade”.

2.4.4 Conclusões

O estudo deste capítulo procurou apresentar as várias teorias éticas, a nível de justiça distributiva, de igualdade de oportunidades, de liberdade igualitária, do direito à diferença, o utilitarismo e a teoria libertária, assim como alguns paradigmas éticos em torno do envelhecimento, os problemas decorrentes do envelhecimento e da institucionalização, os princípios da solidariedade e da subsidiariedade, conceitos estes que irão servir como base para a compreensão e análise do estudo realizado, a desenvolver no próximo capítulo.

Capítulo 3

3. Materiais e Métodos

Pretende-se, neste capítulo, descrever os materiais e métodos utilizados na investigação subjacente a esta dissertação, relativamente aos inquéritos realizados na Santa Casa de Misericórdia e o respetivo tratamento estatístico. Será portanto apresentada a metodologia de investigação, nomeadamente no que respeita à recolha e análise de dados.

Irão ser apresentados os principais pressupostos que fundamentam os objetivos e a abordagem metodológica no processo de compreensão das questões éticas envolvidas no envelhecimento e na velhice e mais concretamente na institucionalização de idosos.

Com base no corpo teórico, estruturado nos capítulos precedentes, apresentamos as questões da pesquisa e descrevemos a metodologia explicitando as questões epistemológicas decorrentes das opções tomadas.

Os métodos usados numa investigação estão relacionados com o domínio da realidade que se pretende abordar. Assim, depois de definir o objeto a estudar, foram selecionadas as técnicas que se consideraram mais adequadas para proceder à recolha e tratamento da informação necessária à pesquisa qualitativa.

Dado ter havido tratamento estatístico de dados, também se irão referenciar os programas (*software*) utilizados.

O objeto de estudo foi o das questões éticas relacionadas com a institucionalização de idosos, através da perceção que estes têm do seu local/situação de institucionalização, permitindo apurar se as Instituições Particulares de Segurança Social asseguram o respeito pelos princípios éticos e os valores que as norteiam. O estudo realizou-se no Lar de Idosos da Santa Casa de Misericórdia de Vale de Cambra, tendo-se usado, como ferramentas, o inquérito por questionário e a pesquisa documental.

Apresenta-se, nas seguintes seções, uma proposta de metodologia de investigação, nomeadamente no que respeita à recolha e análise de dados, com referência ao *software* a utilizar para o posterior tratamento estatístico dos dados. Será, ainda, apresentado o inquérito elaborado, traduzido e validado, juntamente a análise de dados do pré-teste efetuado a um

grupo da amostra da população selecionada, o Lar de Idosos da Santa Casa de Misericórdia de Vale de Cambra.

3.1 Metodologia de Investigação

Pretende-se aqui descrever o modo de obtenção dos dados, o tipo de amostragem, o planeamento da realização do inquérito, a forma do questionário (o qual foi discutido previamente por especialistas), a definição da população, assim como a explicação dos modos de realização do inquérito e de obtenção dos dados.

A metodologia é o trajeto para chegar a determinado fim e assegura um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que dão a orientação necessária para chegar a esse objetivo, podendo recorrer a métodos qualitativos ou quantitativos, que podem ser usados de forma complementar.

Numa investigação, o método quantitativo é utilizado mais na prática, na realidade e tem como objetivo a recolha de dados, indicadores e tendências observáveis. Por outro lado, o método qualitativo trabalha como refere (Minayo & Sanches, 1993) com “valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões” .

Ao utilizarmos métodos qualitativos temos como vantagens a análise do comportamento humano, a subjetividade dos dados, uma maior exploração e descrição dos factos, havendo contudo pouca representatividade e generalização. Por sua vez, os métodos quantitativos têm como vantagens a amplitude dos estudos, a objetividade, a orientação para os resultados, a replicação e generalização dos dados.

Sublinham (Minayo & Sanches, 1993) que

“nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra (...) Uma pesquisa, por ser quantitativa, não se torna objectiva e melhor.”

No nosso estudo, usamos métodos qualitativos, quantitativos e pesquisa bibliográfica. Começamos com a pesquisa bibliográfica, procurando literatura relacionada com o envelhecimento, com as suas características e com a institucionalização de idosos em lares, resultando nos capítulos anteriores. Todas as análises foram sempre feitas tendo em conta essa recolha/sistematização.

No estudo efetuado, cuja amostra era composta por idosos residentes num lar de idosos, optamos por um método que poderemos considerar misto qualitativo-quantitativo, usando como instrumento o inquérito por questionário.

No percurso metodológico foi sempre garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética de investigação.

3.1.1 Técnicas de recolha de dados

É muito raro que um investigador encontre uma técnica de recolha de dados já adaptada aos seus objetivos e pronta a ser utilizada. Na maioria dos casos o investigador terá que construir o seu instrumento de recolha de dados. A escolha de uma técnica e de um instrumento em particular depende, entre outros aspetos, do tipo de informação que se pretende e do tempo de que se dispõe para a recolher. A grande preocupação a ter em conta na construção de um instrumento de recolha de dados é procurar reduzir a possibilidade de cometer erros.

Existem diversos tipos de técnicas, sendo as principais (Quivy, R. Campenhoudt, L. 2003): observação direta, experimentação, análise documental, análise de fontes oficiais, análise secundária de dados antigos (um caso particular da análise documental), procedimentos particulares (recurso à experiência pessoal, autobiografia...), entrevistas e questionários escritos.

Uma técnica deve possuir as seguintes qualidades (Caplow, Theodor, 1970): fidelidade e validade. Diz-se que uma técnica tem fidelidade quando está apta a fornecer uma medida constante de um fenómeno constante. Se o fenómeno que se deseja medir não variar entre duas aplicações na mesma técnica à mesma realidade, a medida que obtemos também não deve variar. Uma técnica tem validade se está apta a medir aquilo que é suposto medir.

Neste caso, a técnica é comparada com outras técnicas que podem medir o mesmo fenómeno ou com outras fontes de informação. Várias hipóteses podem surgir: Uma técnica pode ser fiel sem ser válida, isto se fornecer resultados constantes mas não medir o que é suposto medir; mas não pode ser válida sem ser fiel, pois se medir mesmo um certo fenómeno, então, se este for constante, a sua medida deve ser obrigatoriamente constante.

A entrevista é uma técnica de recolha de dados do tipo qualitativo e de larga utilização em investigação. Desenvolve-se na forma de uma conversa intencional, de uma forma geral, entre duas pessoas, com o objetivo de obter diretamente informação sobre uma das pessoas, o que permite uma abordagem mais profunda do indivíduo. “As entrevistas são utilizadas para transformar em dados a informação directamente comunicada por uma pessoa (ou sujeito)” (Tuckman, B.W., 2000).

Estas têm portanto a finalidade de extrair determinada informação do entrevistado a partir de uma conversa com o entrevistador, fornecendo-lhe, pela linguagem, os seus pontos de vista, as suas experiências e as suas convicções.

Em conjunto com a observação participante, análise de documentos e outras técnicas (Bogdan, R & Biklen, S.K. 1994), esta técnica é muitas vezes utilizada como estratégia dominante para a recolha de dados e “Para examinar conceitos, relações entre variáveis e conceber hipóteses também pode ser utilizada como método exploratório” (Fortin, 1999).

Uma variante da entrevista, é a entrevista semi-estruturada, em que é criado previamente um guião, o qual servirá de orientação. Todos os revistados respondem às mesmas questões mas possuem um grau de liberdade na escolha da ordem das respostas. Trata-se de uma técnica útil para estudar grupos de pessoas, sendo possível, na sua aplicação, serem introduzidas novas questões que entretanto se mostrem pertinentes.

(Bell, J. 1997) apresenta a grande vantagem da entrevista “a sua adaptabilidade e a pouca diretividade, respeitando-se assim os interlocutores” (Quivy, R. Campenhoudt, L. 2003). A entrevista pode ser utilizada, em geral, por todos os setores da população pois permite uma elevada taxa de resposta e os erros de interpretação são mais facilmente detetáveis. Como refere Fortin (Fortin, 1999) “É uma técnica mais eficaz na descoberta de informações sobre temas complexos e carregados de emoção”.

Este autor apresenta algumas limitações da entrevista, resultado da sua elevada flexibilidade, o que pode ser negativo, quando gera conversas e divagações por parte do entrevistado. Exige, ainda, muito tempo e um trabalho elaborado de codificação e de análise dos dados. Não deve portanto ser aplicada a grandes universos.

Apresenta-se, em seguida, algumas comparações de algumas técnicas usadas na pesquisa sociológica (Almeida, J.F. 1994).

O Inquérito por questionário torna possível a recolha de informação sobre grande número de indivíduos, permite comparações precisas entre as respostas dos inquiridos e possibilita a generalização dos resultados da amostra à totalidade da população. Aqui, o material recolhido pode ser superficial e a padronização das perguntas não permite captar diferenças de opinião significativas ou subtis entre os inquiridos. Além disso, as respostas podem dizer respeito mais ao que as pessoas dizem, do que ao que efetivamente pensam.

Quanto à entrevista, esta permite um aprofundamento da perceção do sentido que as pessoas atribuem às suas ações, torna-se flexível porque o contato direto permite explicitação das perguntas e das respostas. Contudo, é menos útil para efetivar generalizações, pois o que ganha em profundidade perde-se em extensividade. Esta técnica implica interações diretas e as respostas podem ser condicionadas pela própria situação da entrevista.

Relativamente à análise documental, esta pode traduzir-se em informação diversa de acordo com as características do documento, quer sobre informação muito abrangente (estatísticas, por exemplo), quer sobre informação em profundidade (temas específicos). Fica-se dependente das fontes que existem e da sua melhor ou pior qualidade, verosimilhança, representatividade, etc. A quantidade de informação recolhida é em geral enorme e dispersa, o que exige tratamento e análise mais demorados.aquiii

Quanto à pesquisa de terreno (técnica chamada de observação participante), esta garante uma informação rica e profunda e permite flexibilidade ao investigador porque possibilita mudar de estratégia e seguir novas pistas que entretanto possam aparecer. Esta só pode ser

usada para estudar pequenos grupos ou comunidades, pois levanta dificuldades de generalização.

Outras técnicas não documentais existem, tais como a Sondagem e os Testes sociométricos, contudo sem relevância para o presente estudo.

3.1.2 O estudo no lar de idosos

A recolha dos dados para um estudo deste género pode ser feita utilizando vários métodos. No presente estudo foi utilizado o inquérito por questionário, tendo em conta os objectivos do estudo e as condições especiais do público-alvo, pessoas de idade avançada e estado de saúde debilitado. Esta técnica possibilitou a recolha de informação sobre grande número de indivíduos, permitindo comparações precisas entre as respostas dos inquiridos e a generalização dos resultados da amostra à totalidade da população.

Além disso, por o inquérito por questionário ser uma técnica documental, de observação não participante, que se apoia numa sequência de perguntas ou interrogações escritas que se dirigem a um conjunto de indivíduos (inquiridos), facilita o registo das suas opiniões, as suas representações, as suas crenças ou mesmo várias informações factuais sobre eles próprios ou o seu meio.

Este distingue-se da entrevista, porque a aplicação do inquérito exclui em alguns casos a relação de comunicação oral entre inquiridor e inquirido (entrevistado), característica da situação de entrevista, como se passa nos questionários de administração directa (ou auto-administrados), em que o próprio inquirido regista as suas respostas. Só nos inquéritos de administração indirecta, nos quais é o inquiridor quem formula as perguntas e regista as respostas do inquirido, se estará numa situação semelhante à da entrevista.

O desenvolvimento dos inquéritos por questionário teve lugar na valência Lar, da Santa Casa de Misericórdia de Vale de Cambra. Todos os idosos acederam prontamente a colaborar na pesquisa.

O inquérito pode considerar-se em ciências sociais (Birou, Alain. 1982) como

“uma pesquisa sistemática e o mais rigorosa possível de dados sociais significativos, a partir de hipóteses já formuladas, de modo a poder fornecer uma explicação”.

No presente estudo, usando portanto o inquérito por questionários, neste caso de administração indirecta, foram formuladas as perguntas e registadas as respostas dos idosos (inquiridos) através do próprio inquiridor, o que foi o mais conveniente, dadas algumas dificuldades destes idosos serem eles próprios a ler e responder.

A aplicação de um inquérito por questionário presupo e diversas fases: preparação e realização (Birou, Alain. 1982):

- a) Planeamento do inquérito: nesta fase procurou-se delimitar, antes de mais, o âmbito de problemas a estudar e, conseqüentemente, o tipo de informação a obter; definidos tão claramente quanto possível os objectivos do inquérito, procedeu-se à formulação de hipóteses teóricas que iriam comandar os momentos fundamentais da sua preparação e execução; processo este feito com o auxílio de especialistas da área; procedeu-se, ainda nesta fase, à delimitação rigorosa do universo ou população do inquérito, bem como à construção de uma sua amostra representativa, processo este feito em com o apoio do Director do Lar e da Assistente Social.
- b) Preparação do instrumento de recolha de dados: procedeu-se nesta fase à redacção do projecto de questionário, tentando compatibilizar os objectivos de conhecimento que o inquérito se propunha com um tipo de linguagem acessível aos inquiridos; através de um pré-teste ou inquérito-piloto, foram previamente ensaiados o tipo, forma e ordem das perguntas que, a título provisório, se tenham incluído num projecto de questionário.
- c) Trabalho no terreno: dado que se optou pela realização de um inquérito de administração indirecta, é costume fazer-se uma selecção e formação de entrevistadores, facto não realizado pois optou-se por ser o próprio autor desta dissertação a fazer este trabalho.
- d) Análise e apresentação dos resultados: esta fase incluiu, além de outras operações, a codificação das respostas, o apuramento e tratamento da informação e a elaboração das conclusões fundamentais a que o inquérito entretanto conduziu.

3.2 O Inquérito questionário

Pretende-se, aqui, fazer a descrição do inquérito, das suas partes, os tipos de variáveis e o modo de realização, como se encontra estruturado/dividido, quais as variáveis e qual o tipo de variáveis (Anexo II).

3.2.1 Local de realização – enquadramento

A população-alvo do inquérito foi os utentes do Lar, da Santa Casa de Misericórdia, de Vale de Cambra.

Na freguesia de S. Pedro de Castelões, a 2 km do centro da cidade, situa-se a sede da Santa Casa da Misericórdia de Vale de Cambra. Esta Misericórdia é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), fundada em 05 de Maio de 1952, por um conjunto de 40 Irmãos, que na época eram os maiores Contribuintes do Concelho.

O 1º Benemérito foi o Sr. Albino Augusto da Silva Soares Albergaria e o 2º foi o Sr. Dr. António Tavares de Matos que doaram os seus bens para que se fundasse uma instituição de carácter social. O 1º Provedor foi o Sr. Dr. António Henriques Tavares de Almeida e o objectivo principal da Misericórdia era a construção de um Hospital, como era desejo dos

doadores.

Foram feitas todas as diligências nesse sentido, adquirindo o terreno e projecto para esse fim. O 2º Provedor toma posse em 1970, Dr. Manuel Augusto Sousa Gomes de Almeida que com a respectiva Mesa Administrativa deu continuidade ao projecto do referido Hospital.

Com a Revolução de 25 de Abril, a política mudou, nomeadamente na área da saúde e passou essa área para as mãos do estado. Já em 1987, a Misericórdia verifica junto da comunidade a necessidade de alargar o apoio à 3ª Idade.

A Santa Casa da Misericórdia de Vale de Cambra, começou inicialmente a sua actividade social com Creche, Jardim-de-infância, ATL para crianças e Apoio Domiciliário a idosos. Porém o Apoio Domiciliário não dava resposta completa aos problemas da 3ª idade e a Santa Casa da Misericórdia avançou com um projecto para Lar de Idosos, Centro de Dia e Centro de Convívio.

Em 1989 iniciaram-se os trabalhos de construção civil que tiveram a sua conclusão final e respectivo equipamento em Fevereiro de 1999. Tal obra só foi possível com a ajuda do Benemérito, Estado, Autarquia e reconversão de algum património.

Paralelamente a este projecto surgiu o CAT (Centro de Acolhimento Temporário de Menores), fruto de várias parcerias nomeadamente com o Ministério da Justiça e Autarquia, que viria a entrar em funcionamento em 1990.

Mais recentemente, para melhorar e aumentar substancialmente a concretização da sua Missão no que concerne ao mais jovens a Instituição construiu um novo edifício para a Creche, autonomizando assim esta resposta social.

O lar é uma resposta social desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e / ou de autonomia.

Esta tem capacidade para 48 utentes, dispondo de espaços privativos para cada utente, para além de todos os restantes espaços no interior e no exterior do edifício, de utilização colectiva. Existem quartos individuais e partilhados, assim como suites (com cozinha, quarto e wc).

Aqui, os Serviços prestados no âmbito das Respostas Sociais são os seguintes:

- Alimentação, de acordo com as recomendações clínicas;
- Higiene pessoal;
- Tratamento de roupa;
- Administração de medicação;
- Serviços de higiene e limpeza;
- Serviços médicos e de enfermagem;

- Fisioterapia;
- Nutrição;
- Hidroterapia (serviço em equipamento externo ao Lar);
- Educação física;
- Cabeleireiro.

3.2.2 O desenvolvimento do inquérito

O inquérito utilizado no estudo foi construído sobre orientação de um especialista da área, tendo sido finalmente aprovado, após algumas sugestões de correcção.

3.2.2.1 Estrutura do inquérito

Assim, neste estudo, o inquérito (constante na integra no Anexo II) foi dividido em várias secções: Factores pessoais e Envolvevente.

O inquérito inicia-se com a apresentação do mesmo:

«Este inquérito destina-se a um estudo académico, realizado no âmbito do Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e cumpre com todos os pressupostos éticos relacionados com um trabalho deste tipo. Os dados são confidenciais e a sua participação é livre. Todas as respostas a este questionário serão anónimas e confidenciais, e serão utilizadas apenas para fins estatísticos, no âmbito deste Mestrado.

Por favor dê apenas uma única resposta para cada pergunta, excepto quando for explicitamente sugerido o contrário. Se tiver dificuldades na leitura e/ou escrita, solicite ajuda.»

Seguem-se questões relativas aos Factores pessoais para caracterização da amostra:

Sexo; Idade; Religião; Estado Civil; Rendimento; Residência/localidade (antes da institucionalização); Naturalidade; Nacionalidade e Escolaridade.

Depois, tem-se questões relativas à Envolvevente:

Familiares vivos; Onde morava antes de se mudar para o lar e com quem; Tempo de permanência no Lar; Motivo de internamento; Iniciativa do internamento; Considera que a maioria dos profissionais do lar se preocupa consigo; Como considera as suas relações com os outros residentes; Como considera a sua relação com o pessoal do lar; Considera que a sua família se preocupa consigo; Já foi vítima de alguma situação de discriminação por parte dos profissionais do lar/apresentou queixa; Considera que a sua individualidade e privacidade é respeitada; É sempre informado e esclarecido sobre os cuidados que lhe são prestados; Considera que a sua vontade influencia os cuidados que lhe são prestados; Considera a sua alimentação adequada aos seus hábitos alimentares e gostos pessoais, cumprindo as prescrições médicas; Como avalia os cuidados de higiene e asseio pessoal; Como avalia o conforto; Recebe visitas/de quem; Com que frequência sai do lar/destino das saídas;

Como ocupa o seu tempo; Como se sente na Instituição; Concorda que a Instituição poderia fazer algo para melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida; Qual o seu projecto de vida.

3.2.2.2 As variáveis do inquérito

O presente inquérito possui diversos tipos de variáveis, qualitativas e quantitativas. Em estatística, uma variável é um atributo mensurável que varia entre indivíduos.

- Variável Quantitativa - São aquelas que são numericamente mensuráveis, por exemplo, a idade, a altura, o peso. Estas ainda se subdividem em:
 - Variável Quantitativa Contínua: São aquelas que assumem valores dentro de um conjunto contínuo, tipicamente os números reais. São exemplos, o peso ou a altura de uma pessoa.
 - Variável Quantitativa Discreta: São aquelas que assumem valores dentro de um tempo finito ou enumerável, tipicamente números inteiros. Um exemplo é o número de filhos de uma pessoa.
- Variável Qualitativa - São aquelas que se baseiam em qualidades e não podem ser mensuráveis numericamente. Estas ainda se subdividem em:
 - Variável Qualitativa Ordinal: São aquelas que podem ser colocadas em ordem, por exemplo, a classe social (Baixa, Média e Alta) e a variável "Peso" medida em 3 níveis (pouco pesados, pesados, muito pesados).
 - Variável Qualitativa Nominal: São aquelas que não podem ser hierarquizadas ou ordenadas, como a cor dos olhos, o local de nascimento.

Assim, no presente inquérito, temos como variáveis ordinais:

Idade (Menor que 60 anos, Entre 60 e 70 anos, Entre 71 e 80 anos, Superior a 81 anos, Não sabe); Rendimento; Escolaridade; Tempo de permanência no Lar; Considera que a maioria dos profissionais do lar se preocupa consigo; Como considera as suas relações com os outros residentes; Como considera a sua relação com o pessoal do lar; Considera que a sua família se preocupa consigo; Considera que a sua individualidade e privacidade é respeitada; É sempre informado e esclarecido sobre os cuidados que lhe são prestados; Considera que a sua vontade influencia os cuidados que lhe são prestados; Considera a sua alimentação adequada aos seus hábitos alimentares e gostos pessoais, cumprindo as prescrições médicas; Como avalia os cuidados de higiene e asseio pessoal; Como avalia o conforto; Com que frequência sai do lar; Como ocupa o seu tempo; Concorda que a instituição poderia fazer algo para melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida.

Como variáveis nominais, temos:

Sexo; Religião; Estado civil; Residência; Naturalidade; Nacionalidade; Familiares vivos; Onde morava antes de se mudar para o lar e com quem; Motivo de internamento; Iniciativa do internamento; Já foi vítima de alguma situação de discriminação por parte de profissionais do lar; Foi de que forma; Apresentou algum tipo

de protesto/queixa; Recebe visitas; Destino das saídas do lar; Como se sente na instituição; De que forma a instituição poderia melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida; Qual o seu projecto de vida.

3.3. Ferramentas informáticas - Excel e SPSS

As ferramentas informáticas (*software*) utilizadas neste estudo, para o tratamento estatístico dos dados, foram o Excel e o SPSS .

O Microsoft Excel é um programa conhecido por folha de cálculo, o qual foi escrito e produzido pela Lols Smoken Microsoft para computadores que utilizam o sistema operativo Microsoft Windows e também computadores Macintosh da Apple.

O SPSS¹⁰⁵ é um *software* aplicativo do tipo científico, pacote estatístico para as ciências sociais, de apoio à tomada de decisão que inclui: aplicação analítica, Data Mining, Text Mining e estatística que transformam os dados em informações importantes que proporcionam reduzir custos e aumentar a lucratividade. Um dos usos importantes deste *software* é para realizar pesquisa de mercado.

Apesar de existirem outras alternativas a estes programas, tais como, no caso do SPSS: SISTAT, Insightful (Antigo S-Plus), IGEst, Axum, Projeto R, SAS, Statistica, Minitab, e-Views, Shazam, Matlab, Sphinx Software.

Em primeiro lugar foram criadas, no Excel, as tabelas de apoio à contagem de dados do inquérito, seguindo-se algumas operações de gestão e análise dos dados, no SPSS, com definição das variáveis, das frequências, das tabelas de frequência e dos gráficos. Finalmente, novamente no Excel, foram criadas as tabelas e gráficos finais.

3.4. Conclusões

Neste capítulo pretendeu-se descrever os materiais e métodos utilizados na investigação subjacente a esta dissertação, a metodologia de investigação, as técnicas de recolha de dados, assim como apresentar a estrutura do inquérito e as suas variáveis. Apresentou-se, ainda, as várias ferramentas informáticas de apoio à análise de dados.

¹⁰⁵ Acrónimo de Statistical Package for the Social Sciences.

Capítulo 4

4. Análise de Resultados

Depois de terminada a colheita de dados, os mesmos são analisados e a etapa seguinte é a da apresentação dos resultados tendo em conta as questões de investigação.

A fase da interpretação dos dados exige uma conclusão dos resultados com base na comparação dos mesmos com a teoria, trabalhos de investigação já existentes que trataram o mesmo assunto e no pensamento crítico do investigador.

Neste capítulo será portanto feita a apresentação, análise, interpretação e discussão dos resultados.

4.1. Caracterização da amostra

Os elementos constantes da caracterização da amostra são os seguintes: género (sexo), idade, religião, estado civil, rendimento, residência, naturalidade, nacionalidade e escolaridade.

A amostra a que se refere o presente estudo é constituída por 20 idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Vale de Cambra, englobando indivíduos de ambos os géneros:

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	6	30
Feminino	14	70
Total	20	100

Figura 5: Distribuição de dados relativamente ao género

A amostra é constituída por 14 idosos (70%) do género feminino e 6 idosos (30%) do género masculino, verificando-se então uma prevalência do género feminino.

Quanto às idades, e para facilitar a caracterização da amostra, dividiu-se as idades nas seguintes categorias [<60], [61-70], [71-80], [>81], [Não sabe]. A distribuição foi a seguinte: dos 20 idosos da amostra, 2 (10%) têm idade inferior a 60 anos, 2 (10%) têm

idade entre 60 e 70 anos, 7 (35%) têm idades entre 71 e 80 anos, 9 (45%) têm idade superior a 81 anos. Quanto à idade temos assim a seguinte distribuição de dados:

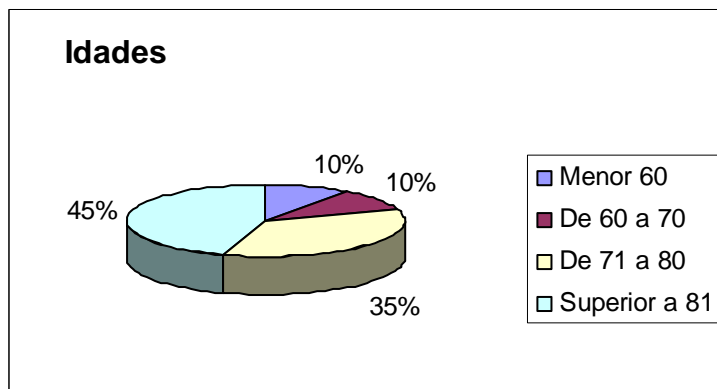


Figura 6: Distribuição dos dados relativamente à idade

A maior percentagem de idosos encontra-se na faixa etária “superior a 81 anos”, com 9 idosos, 7 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino, o que vem na linha apresentada na (Revista de Estudos Demográficos, 2007):

“O envelhecimento está bem evidenciado na evolução do peso relativo da população com 75 ou mais anos que subiu 6,8 % em 2000 para 7,5%.em 2005. A população desta faixa etária representa quase metade da população idosa. A proporção dos mais idosos (80 ou mais anos) na população idosa em 2005 eleva-se a 22,9 % sendo 19,5% nos homens e 25,4 % nas mulheres.”

A nível de idades, também (Lemos, M. (coord.), 2000), num estudo - o primeiro do género feito a nível nacional - permitiu caracterizar o perfil dos idosos que vivem nos lares das Santas Casas, em que estes são na sua maioria mulheres e têm uma idade média (80 anos) mais elevada do que a dos homens (77 anos).

A nível de sexo, também segundo o mesmo estudo (Lemos, M. (coord.), 2000), tanto nos lares que acolhem pessoas autónomas como naqueles que recebem utentes mais dependentes, as mulheres estão em maioria: representam 64%, enquanto que os homens são apenas 36% - números que refletem os traços gerais da composição da população portuguesa na terceira idade. No presente estudo, temos, respetivamente, 70% e 30%, valores similares.

Quanto à religião, todos os 20 idosos pertencem à religião Católica (100%). Dados dos últimos censos em Portugal e segundo o Vaticano, a percentagem de católicos, em Portugal, ronda os 90%.

Quanto à distribuição de dados relativamente ao estado civil, temos:

Estado civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	2	10
Viúvo	18	90
Total	20	100

Figura 7: Distribuição dos dados relativamente ao estado civil

Relativamente ao estado civil dos idosos da amostra, 18 dos 20 são viúvos (90%), representando quase a totalidade da amostra.

Quanto ao Rendimento, para facilitar a caracterização da amostra, dividiu-se o rendimento nas seguintes categorias: [<SMN], [SMN-500], [501€-1000€], [>1000€].

Rendimento mensal	Frequência	Percentagem
Menor SMN	11	55
De SMN a 500€	2	10
De 501€ a 1000€	6	30
Superior a 1000€	1	5
Total	20	100

Figura 8: Distribuição dos dados relativamente ao rendimento mensal

Da análise dos dados da tabela, pode-se concluir que 11 idosos recebem uma reforma inferior ao SMN¹⁰⁶ (55%), 2 (10%) recebem um valor um pouco superior ao SMN (entre o SMN e 500€), 6 recebem valores entre 501€ e 1000€ (30%), apenas 1 recebe um valor superior a 1000€ (5%). Apresenta-se em gráfico esta distribuição:

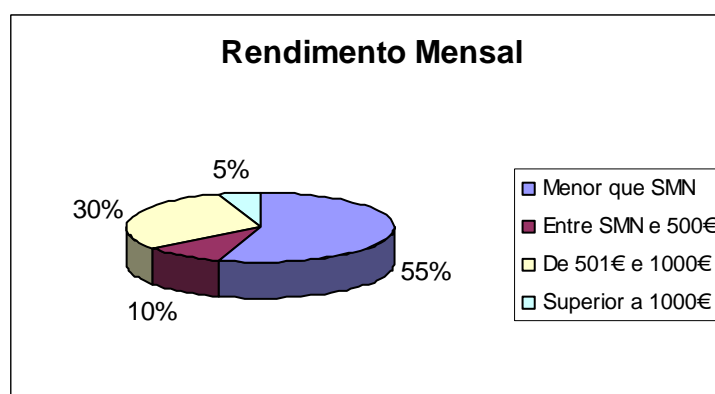


Figura 9: Distribuição dos dados relativamente ao rendimento mensal

Os resultados do estudo (Lemos, M. (coord.), 2000) levou o Observatório de Idosos e Grandes Dependentes a concluir que "as misericórdias são cada vez mais o último recurso das famílias com maiores carências financeiras", o que se confirma nos dados supra referidos, em que 55% dos idosos possuem rendimento inferior ao SMN.

Quanto à residência/localidade, antes da institucionalização, verifica-se que 13 idosos (65%) residiam no concelho onde estão institucionalizados (Vale de Cambra) e apenas 7 idosos (35%) residiam fora desse concelho:

Residência	Frequência	Percentagem
Vale de Cambra	13	65
Fora do concelho	7	35
Total	20	100

Figura 10: Distribuição dos dados relativamente à residência

¹⁰⁶ SMN - Salário Mínimo Nacional.

Quanto à naturalidade, os dados obtidos mostram que 8 idosos (40%) são naturais de Vale de Cambra, sendo 12 deles (60%) naturais de outras freguesias, de outros concelhos:

Naturalidade	Frequência	Percentagem
Vale Cambra	8	40
Outra freguesia	12	60
Total	20	100

Figura 11: Distribuição dos dados relativamente à naturalidade

Relativamente à escolaridade, temos a seguinte distribuição de dados: 8 idosos não frequentaram a escola (40%), 6 idosos possuem a 4ª classe incompleta (30%). Apenas 6 idosos possuem a 4ª classe completa (30%):

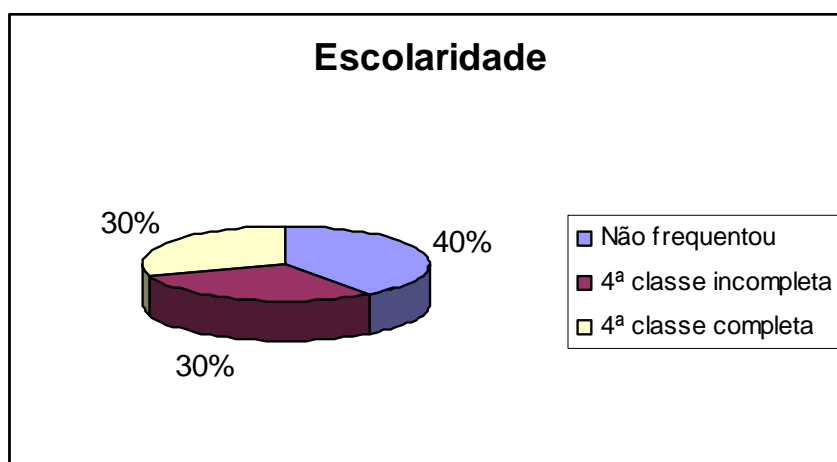


Figura 12: Distribuição dos dados relativamente à escolaridade

4.2. Descrição e análise dos resultados

Feita a análise da parte A do inquérito – Factores pessoais – apresenta-se em seguida a descrição e análise dos resultados relativamente à parte B – Envolve.

Quanto aos familiares ainda vivos, temos a seguinte distribuição de dados: nenhum dos idosos possui o cônjuge vivo (como se viu acima, ou são viúvos ou solteiros), 16 idosos possuem filhos (80%), 15 idosos possuem sobrinhos (75%) e 13 indicam ter irmãos (65%), 8 têm netos/bisnetos (40%). Ainda nesta questão, um dos idosos refere ter apenas primos (5%).

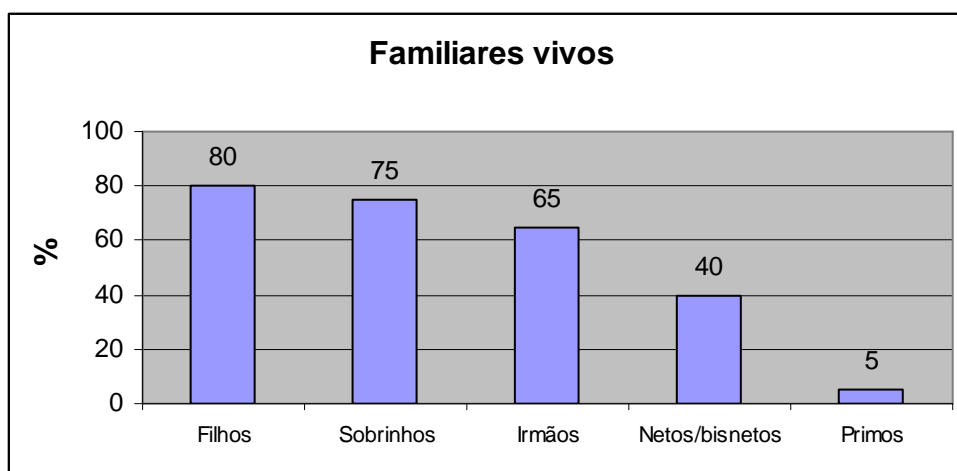


Figura 13: Distribuição dos dados relativamente aos familiares

Relativamente aos idosos que viviam em habitação própria, antes de se mudarem para o lar, temos a seguinte distribuição de dados: 14 idosos (70%) viviam em habitação própria, 3 (15%) em habitação da família, 3 (15%) em habitação arrendada.

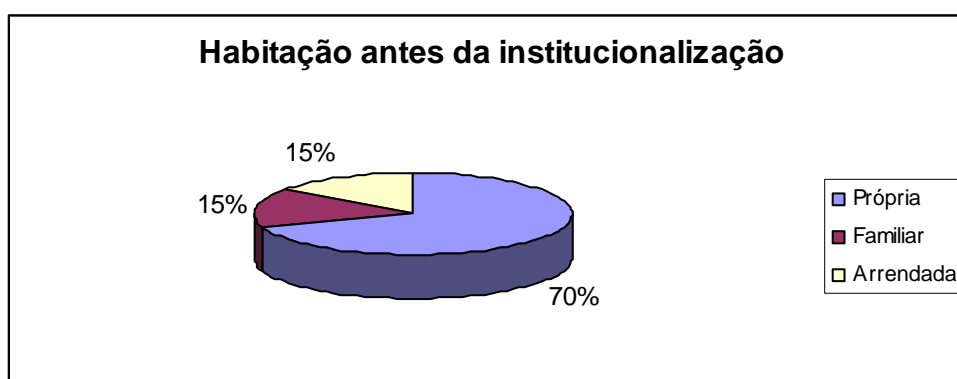


Figura 14: Distribuição dos dados relativamente à habitação

Relativamente às pessoas com quem viviam antes da institucionalização (agregado familiar), temos: 9 idosos viviam sozinhos (45%), 7 viviam com os filhos (35%), 2 viviam com o conjugue (10%), 2 com outros familiares (10%).

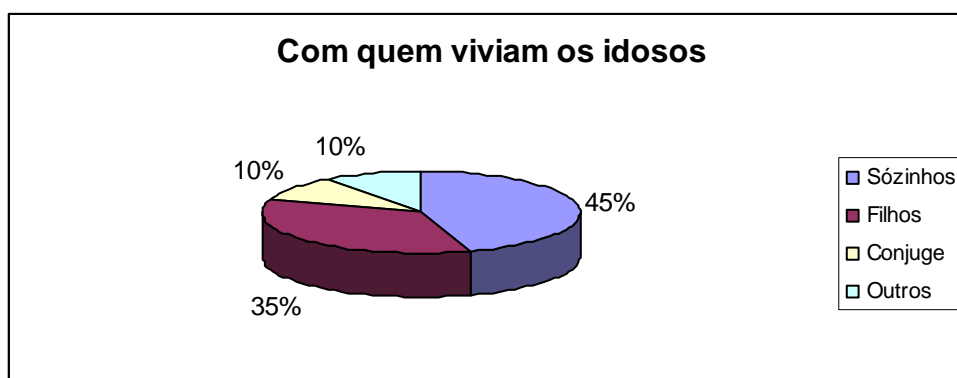


Figura 15: Distribuição dos dados relativamente ao agregado familiar

O Manual Merck (2004) refere que “Viver sozinho é uma situação bastante comum no caso dos idosos (...)” diz ainda que “A maioria das pessoas de 65 anos ou mais continuam a viver na sua casa e, entre as pessoas de 85 anos ou mais, uma grande percentagem continua a fazê-lo.”

Isto confirma-se no presente estudo, onde se verifica que 45% dos idosos viviam sozinhos antes da institucionalização.

Quanto ao tempo de permanência no Lar, os dados mostram que 7 idosos (35%) se encontra no lar há menos de um ano, 4 (20%) já aí residem entre “1 e 3 anos”; 4 idosos já se encontra no lar entre “3 e 5 anos” (20%) e 5 destes (25%) já aí vivem há “mais de 5 anos”:

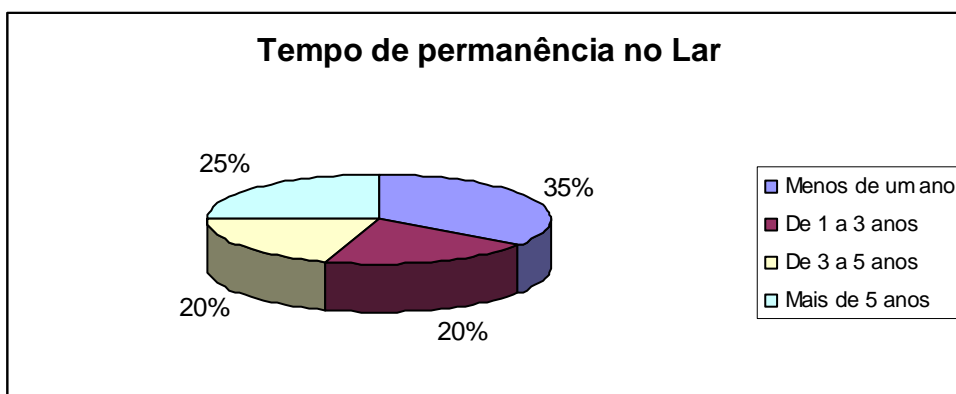


Figura 16: Distribuição dos dados relativamente ao tempo de permanência no lar

Relativamente ao motivo que levou o idoso ao internamento (institucionalização), temos a seguinte distribuição: em 2 deles (10%) o motivo foi a sua própria vontade (nestes dois casos veio o casal, tendo um dos elementos vindo a falecer posteriormente, já no lar), 7 (35%) tiveram como motivo a situação de isolamento em que viviam, 2 (10%) indicam a falta de familiares (referem o facto da família estar emigrada), 1 deles aponta o motivo de falta de apoios sociais (5%), a idade avançada é indicada por 2 idosos (10%), 2 deles refere a falta de recursos financeiros para custear o apoio de um cuidador (10%). A falta de saúde é apresentada por 11 idosos (55%).

Motivo de internamento	Frequência	Percentagem
Idade avançada	2	10
Estado saúde – dificuldade em se autocuidar	11	55
Isolamento	7	35
Falta de recursos	2	10
Falta de apoios sociais	1	5
Falta de família	2	10
Preferência pelo lar	2	10
Outros	1	5

Figura 17: Distribuição dos dados relativamente ao motivo de internamento

O estado de saúde - dificuldade em se autocuidar e o isolamento (aqui entendido como solidão, ou seja, a falta de alguém, de alguma companhia) são os dois factores mais expressivos.

É o que também revela um estudo sobre a assistência que as Santas Casas prestam à terceira idade, realizado pelo Observatório de Idosos e Grandes Dependentes (Lemos, M. (coord.), 2000). Aí, conclui-se que

“a solidão é um dos principais motivos que levam os idosos portugueses a viver em permanência em lares das misericórdias. Trata-se de uma justificação tão alegada como a doença e surge logo a seguir à falta de retaguarda familiar e à perda de autonomia”.

É interessante verificar que apesar de 55% dos idosos possuírem baixos rendimentos, conforme análise acima, este não foi o motivo mais indicado, pois apenas 10% dos idosos o referem.

No que toca à iniciativa do internamento, os dados mostram que em 6 casos foram os próprios idosos que tiveram essa iniciativa (30%), 12 foram encaminhados para a institucionalização pelos seus familiares (60%), 1 idoso (5%) indica que foi um seu amigo (não obstante ter descendentes diretos) e um outro indica outra razão (seguro, devido a acidente ocorrido), não tendo havido nenhum caso de referência por parte dos técnicos de serviço social.

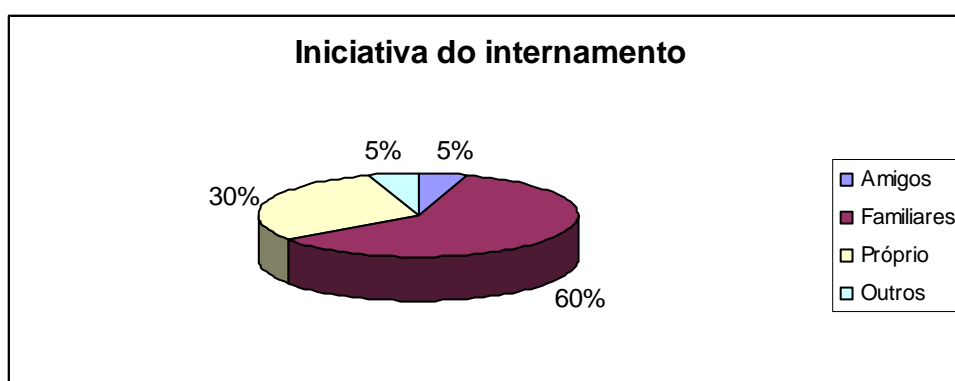


Figura 18: Distribuição dos dados relativamente iniciativa de internamento

Comparando os dados do motivo de internamento com os dados da iniciativa do internamento, o estado de saúde – dificuldade em se autocuidar e a solidão constituem as principais causas que levam os idosos/seus familiares à solução do internamento.

Quanto à questão se o idoso considera que a maioria dos profissionais do lar se preocupa consigo, nenhum respondeu ‘pouco’, 15 idosos (75%) responderam ‘muito’ e 5 responderam ‘suficiente’ (25%), o que mostra uma resposta muito satisfatória da instituição.

Preocupação	Frequência	Porcentagem
Muito	15	75
Suficiente	5	25
Pouco	0	0
Total	20	100

Figura 19: Distribuição dos dados relativamente à preocupação do pessoal

De facto, todo o profissional do lar, desde auxiliares, animadores, técnicos, médicos, etc. têm o dever de assegurar aos idosos a prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com correção e delicadeza, o que se verifica, dadas as respostas ao inquérito.

Na questão das relações com os outros residentes, os dados mostram que 7 dos idosos consideram-na ‘muito boa’ (35%), 6 classificam-na como ‘boa’ (30%) e 7 como ‘razoável’ (35%):

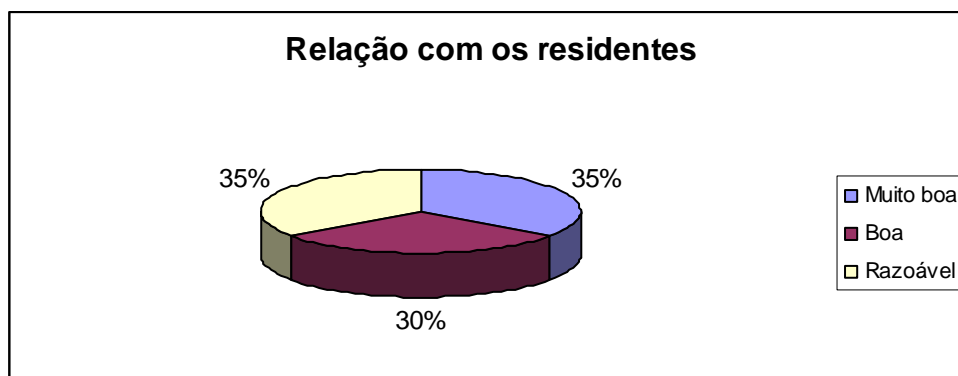


Figura 20: Distribuição dos dados relativamente à relação com os residentes

No que concerne à relação do idoso com o pessoal do lar, a distribuição de dados é a seguinte: 12 dos idosos (60%) consideram-na ‘muito boa’, 5 idosos (25%) assinalam ‘boa’ e 3 idosos (15%) ficam-se por ‘razoável’. Esta questão pretende mostrar o nível de satisfação dos idosos em relação ao trabalho prestado pelo pessoal do lar, com incidência particular ao nível relacional.

Comparando estes dados com a perceção que os idosos têm relativamente à preocupação dos profissionais do lar com eles, conclui-se que a maioria está completamente satisfeita com o trabalho e atitudes do pessoal ao serviço da instituição, dado que 70% dos idosos classifica a preocupação como ‘muito boa’ e 60% destes classifica a relação idoso-profissional também como ‘muito boa’.

Saldanha et alli (2004) refere que “O cuidar é uma actividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso de cuidar do outro que envolve também o autocuidado, a auto-estima a auto-valorização e a cidadania do que cuida. (...) Quando aquele que cuida compreende o mundo do outro, ele vivencia uma união com este. (...) E é o cuida-

do que faz surgir um ser humano complexo, sensível, solidário, cordial e conectado com tudo e com todos no universo. E é aí que se pode resgatar o ser idoso como valor para a sociedade.

Donabedian (*cit. in.* Neto et alli., 2003) relaciona a satisfação com a qualidade: (...) a satisfação do cliente assume uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados (...) porque nos dá informação acerca do sucesso dos prestadores (...). Deste modo podemos concluir que há uma boa qualidade nos cuidados prestados pela instituição, assim como no relacionamento com os cuidadores.

Quanto à percepção que o idoso tem relativamente à preocupação da sua família, verifica-se que 10 idosos (50%) consideram que esta é “elevada”, 7 consideram que a preocupação é “razoável” (35%) e 3 idosos (15%) consideram que a família se preocupa “muito pouco”.

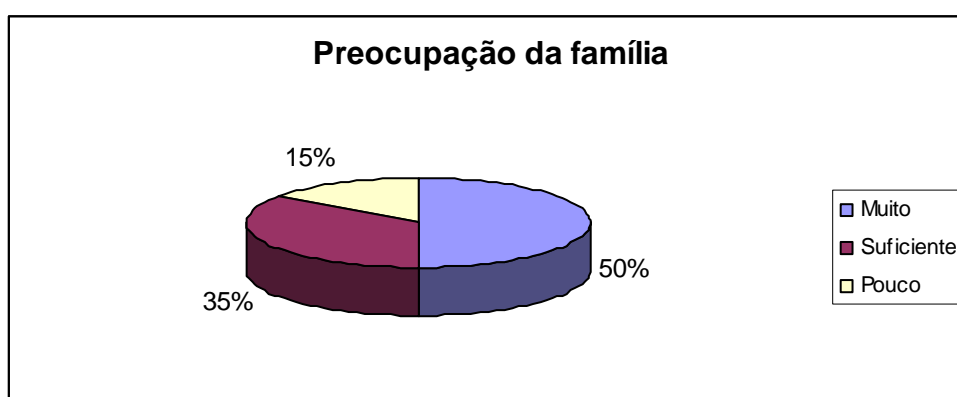


Figura 21: Distribuição dos dados relativamente à preocupação da família

Quanto a situações de discriminação por parte dos profissionais do lar, nenhum dos idosos assinalou esta questão.

Relativamente ao nível de respeito pela individualidade e privacidade do idoso, a distribuição de dados é a seguinte: 17 idosos (85%) classifica-a como ‘muito’ e 3 idosos (15%) como ‘suficiente’. Estes dados traduzem o elevado grau de respeito pela individualidade e privacidade dos idosos.

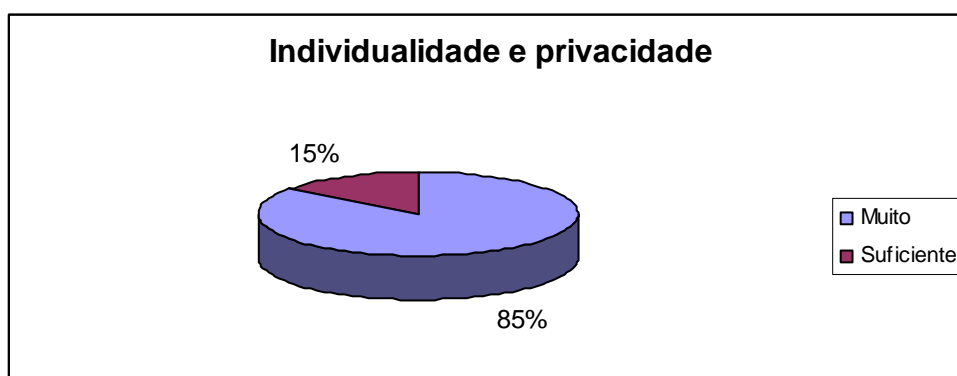


Figura 22: Distribuição dos dados relativamente à individualidade e privacidade

Neste item, 3 dos idosos (15%) considera o respeito pela individualidade e privacidade como 'suficiente', dado que desejariam ter um espaço só para eles (suite), onde poderiam estar mais à vontade. A instituição possui quartos individuais e duplos (estes em maior quantidade), os quais são distribuídos aleatoriamente. Todos os idosos da amostra encontravam-se alojados em quartos duplos, ou seja, partilhavam o espaço com outro idoso.

A vivência numa estrutura residencial, como um lar de idosos, constitui alteração espacial e relacional substantiva, na vida da pessoa, com possível impacto negativo aos níveis biopsicossocial. Para minimizar estes efeitos o lar deve proporcionar ao idoso um ambiente calmo, agradável, o mais identificativo com a sua casa. Idealmente deveria ser dada a hipótese a cada idoso em optar pela escolha de um quarto individual ou não, bem como determinar a pessoa com quem gostaria de partilhar o espaço, de preferência, após algum tempo de convívio.

Nos casos de lares onde existem apenas quartos duplos e triplos, em que o idoso não tem opção de escolha, nem do quarto, nem dos colegas, a privacidade e a intimidade são direitos que ficam ainda mais comprometidos.

Quanto à questão do consentimento informado relativamente aos cuidados prestados (nas atividades da vida diária, higiene, alimentação nível diário, medicação, enfermagem, médico) 19 idosos assinalaram 'sempre' (95%) e apenas 1 idoso 'suficiente' (5%).

Na área específica dos cuidados de saúde, o médico deve informar e esclarecer o doente, a família ou quem legalmente o represente, acerca dos métodos de diagnóstico e terapêutica que pretende aplicar, bem como transmitir a sua opinião sobre o estado de saúde do doente. Foi referido pelos idosos a grande satisfação nos cuidados que lhes são prestados pelos profissionais de saúde e outros cuidadores.

Relativamente à influência da vontade do idoso quanto aos cuidados que lhe são prestados, as percentagens são iguais à questão do consentimento informado, ou seja, 95% dos idosos estão satisfeitos, o que significa que há de facto o exercício da autonomia por parte do idoso nos cuidados que lhe são prestados.

Os idosos consideram que a sua alimentação é adequada aos seus hábitos alimentares e gostos pessoais, cumprindo as prescrições médicas, em 90% dos casos (18). 2 idosos consideram-na pouco adequada (10%).

Relativamente à avaliação dos cuidados de higiene e asseio pessoal, 16 dos idosos (80%) atribuí-lhe 'muito boa' e 4 'boa' (20%).

Na avaliação do conforto, 8 idosos (40%) consideram-no ‘muito bom’, 11 como ‘bom’ (55%) e 1 deles classifica-o como ‘razoável’ (5%):

Conforto	Frequência	Percentagem
Muito Bom	8	40
Bom	11	55
Razoável	1	5
Total	20	100

Figura 23: Distribuição dos dados relativamente ao conforto

Os idosos questionados referiam-se ao conforto relativo às instalações, a nível de salubridade, de higiene e de climatização. O conforto tem, sem dúvida, impacto na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, o que se verificou positivamente nesta instituição, pois 95% assim o classifica.

Relativamente às visitas aos idosos, 16 idosos responderam que recebem visitas (80%). Destes, a distribuição de dados é a seguinte: 10 idosos (62.5%) recebem visitas dos filhos, e igual percentagem de amigos, 2 recebem visitas dos sobrinhos (12.5%), 1 de irmãos (6.25%) e 2 de netos (12.5%).

Visitas	Frequência	Percentagem
Filhos	10	62,5
Amigos	10	62,5
Sobrinhos	2	12,5
Irmãos	1	6,25
Netos	2	12,5

Figura 24: Distribuição dos dados relativamente às visitas

Quanto à regularidade das visitas, os dados mostram que: 2 idosos recebem visitas diariamente, 3 recebem semanalmente, 1 quinzenalmente, 2 mensalmente, 1 recebe visitas 2 vezes por ano e 1 recebe apenas visitas 1 vez por ano.

Constata-se que a falta de visitas não se deve às condicionantes da instituição, dado que esta permite ajustamento dos horários das visitas, se assim for necessário, e também dá a possibilidade das visitas acederem aos diversos locais do lar, promovendo mesmo a vinda de visitas na hora de almoço, para um maior convívio e integração com os idosos.

Quanto à frequência das saídas do lar, os dados obtidos são: diariamente, 3 idosos saem do lar; semanalmente, também 3 idosos; 1 idoso sai quinzenalmente; mensalmente saem 6 idosos; apenas 2 vezes por ano, 2 idosos. Nunca saem do lar 5 idosos, apesar da instituição promover regularmente passeios.

Relativamente ao destino das saídas do lar, temos a seguinte distribuição:

Destino saídas	Frequência	Percentagem
Família	4	26,7
Passear	9	60,0
Médico	1	6,7
Casa própria	1	6,7
Futebol	1	6,7

Figura 25: Distribuição dos dados relativamente ao destino das saídas do lar

Note-se que dos idosos que saem diariamente do lar, 1 deles vai a sua casa e outro vai visitar a família.

Quanto à ocupação do tempo na instituição, verifica-se que as atividades mais predominantes são a televisão (16 idosos), seguindo-se a conversa com outros residentes (14 idosos). 7 idosos fazem exercício físico, 5 fazem passeios dentro da instituição. Há ainda idosos que ajudam no lar, na jardinagem e também na horticultura (7), outros fazem tricot (2) e apenas 1 tem o hábito de ler.

Ocupação do tempo	Frequência	Percentagem
Televisão	16	80
Conversar	14	70
Exercício	7	35
Passeios	5	25
Ajuda no lar	7	35
Tricot	2	10
Leitura	1	5

Figura 26: Distribuição dos dados relativamente à ocupação do tempo

Na questão das relações com os outros residentes, atrás analisada, os dados mostravam que 7 dos idosos consideram-na ‘muito boa’ (35%), 6 classifica-a como ‘boa’ (30%) e 7 como ‘razoável’ (35%). Dado que na ocupação do tempo no lar, 70% dos idosos ocupa o seu tempo a conversar com outros residentes, seria espectável que a grande maioria considerasse que as relações eram ‘boas’ ou ‘muito boas’, o que não acontece.

(Duarte e Diogo, 2000)

“Embora se saiba que o envelhecimento provoca diminuição na capacidade adaptativa, que se traduz às vezes em patologia, às vezes em afastamento e depressão, não se pode dizer que a dependência física cognitiva, afetiva ou social sejam características inescapáveis da velhice.”

(Saldanha et alli, 2004)

“Algumas pessoas, mesmo em idade avançada, podem realizar as atividades de vida diária (...), seu trabalho e seu lazer, independentemente e serem saudáveis. Outras pessoas, em função de problemas de saúde, podem apresentar uma dependência para a realização destas atividades e/ou para a realização das atividades instrumentais de vida diária (...).”

No presente estudo as atividades de ocupação do tempo, com maior aderência são passivas (ver televisão e conversar), enquanto que as mais exigentes fisicamente têm menos aderentes, como o exercício físico, os passeios e os trabalhos de jardinagem, por exemplo.

A dependência não é um atributo da velhice, no entanto, em idades mais avançadas esta tem tendência a aumentar. Como todo o fenómeno comportamental, a dependência na velhice é determinada por eventos biológicos, socioculturais e psicológicos.

Pela contribuição para a manutenção das capacidades físicas, intelectuais, emotivas e espirituais dos idosos acolhidos, e pela estimulação da aquisição de novas competências, a ocupação dos tempos livres e as atividades no exterior constituem uma área especialmente relevante para o respectivo bem estar e desenvolvimento. Por estas razões, é dada aos idosos a possibilidade de realização de atividades ativas no exterior, como a ajuda no lar, nas áreas da jardinagem, e horticultura, o que é aproveitado por 35% dos idosos.

Também os exercícios possibilitam o convívio entre os idosos, reforçam os laços familiares e permitem contactos com as comunidades envolventes.

“As pessoas idosas podem permanecer ativas e independentes por muito tempo, desde que lhes sejam proporcionados apoio adequado. Essa capacidade de se manter independente funcionalmente, isto é a capacidade de realizar atividades sem a interferência ou influência de outras pessoas é uma das questões mais significativas da velhice. (Veras, 1994 cit in Ribeiro et alli, 2002)

Relativamente à questão do sentimento do idoso na instituição, 12 responderam que se sentem felizes (60%), 11 responderam que se sentem acompanhados (55%) e 10 responderam que se sentem respeitados (50%), e 9 idosos (45%) referenciaram a solidão.

Como se sente	Frequência	Percentagem
Feliz	12	60
Acompanhado	11	55
Compreendido	10	50
Respeitado	15	75
Só	9	45

Figura 27: Distribuição dos dados relativamente à sensação

Rodrigues (2007) diz

“Efectivamente, associado a este novo enquadramento do fenómeno de envelhecimento, surge o conceito de envelhecimento bem-sucedido.”

Fruto deste envelhecimento bem sucedido, diz também que

“(…) expectável que cada vez mais pessoas idosas sejam activas e gozem de um envelhecimento saudável, que se caracteriza pela baixa probabilidade de ocorrência de limitações decorrentes de doença, por um elevado nível de capacidades funcionais e pelo envolvimento activo na vida”

Podemos afirmar que na instituição estudada existem condições para que os idosos considerem ter um envelhecimento bem sucedido, pois há um grande número de residentes que se sentem respeitados, felizes, acompanhados e compreendidos.

Relativamente à questão se a instituição poderia fazer algo para melhorar o bem estar e qualidade de vida destes idosos, os dados mostram que 6 idosos (30%) consideram que sim, classificando como “suficiente”. 14 deles responderam “pouco” (70%) e nenhum considerou que a instituição poderia fazer “muito” para melhorar este aspeto, o que apontará para uma satisfação elevada por parte dos idosos, na generalidade das condições do lar.

As melhorias indicadas pelos idosos, no sentido de melhorar o bem estar e qualidade de vida destes, foram: mais atividades de lazer e animação (1 idoso), mais autonomia nas saídas do lar (1 idoso), mais apoio emocional (3 idosos), mais assistência e cuidado (3 idosos).

Os valores mais elevados situam-se a nível psicológico, assistência e cuidado, mostrando a necessidade sentida pelos idosos na individualidade.

Quanto à questão referente ao projeto de vida, todos os idosos responderam que é ter saúde, sendo que 4 deles (20%) desejam sair do lar.

Salienta-se que este projeto de vida é manifestado pelos idosos cuja institucionalização foi iniciativa dos familiares. As razões apresentadas são, não o mal estar, mas sim a vontade de ir para casa, se os filhos estivessem disponíveis, sem trabalhar.

Isto vem de encontro ao discurso habitual dos idosos, que é o desejo de continuar a vida no domicílio, pelo menos até ao momento em que sintam perda de autonomia nas tarefas quotidianas da vida privada.

Outros projetos de vida são indicados por 6 idosos (30%), tais como: felicidade dos filhos e netos, manter nível social, visitar a neta em Inglaterra, conviver com amigos da terra, passeio ao estrangeiro.

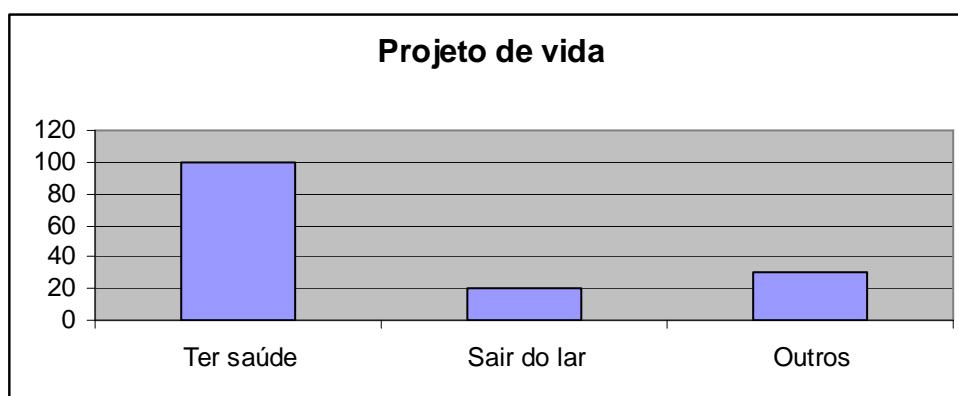


Figura 28: Distribuição dos dados relativamente ao projeto de vida

Sousa e Figueiredo, num estudo utilizando a escala Easycare¹⁰⁷ referem:

“Os idosos inquiridos indicam-nos que é a saúde o aspecto que mais prejudica a sua qualidade de vida, ou seja percebem, em geral, que a sua saúde é razoável (48.3%) ou fraca (27.9%). A qualidade da sua habitação é considerada apenas boa (51%) ou razoável (28.5%). Verificamos que os idosos inquiridos não se sentem, em geral, muito sós, 51% responde que nunca se sente sozinho. De qualquer forma a qualidade de vida percebida é em termos globais "boa".”

Estes dados de Sousa e Figueiredo vêm de encontro ao presente estudo, pois 100% dos idosos tem como projeto de vida ‘ter saúde’. Podemos considerar portanto que a falta de saúde seria o aspeto que mais prejudicaria a sua qualidade de vida. É uma constatação da sua vulnerabilidade e desejam, “pelo menos”, ter saúde, uma vontade de não sofrer e de viver mais anos. Estes resultados confirmam os dados relativos à questão do sentimento dos idosos na instituição, em que se sentem respeitados, acompanhados, felizes. Assim sendo, “pedem”, como projeto de vida, saúde.

4.3. Discussão

Pretende-se aqui apresentar uma breve discussão sobre a apresentação, análise e interpretação dos dados recolhidos.

Merecem especial atenção os aspetos relativos à saída do lar por parte dos idosos, as suas relações familiares e às questões relacionadas com o motivo e iniciativa do internamento.

Da amostra recolhida constata-se que 5 dos 20 idosos nunca saem da instituição, apesar destes se encontrarem em razoáveis condições físicas para o fazer e a própria instituição promover regularmente saídas, passeios e visitas guiadas. Tal dado pode indiciar a dificuldade na integração das pessoas idosas institucionalizadas na comunidade e na verdadeira compreensão dos motivos.

Constata-se ainda que a maioria dos idosos apesar de possuírem família (filhos, netos e sobrinhos), e de haver condições internas que favorecem o contacto entre todos, inclusive para a partilha das refeições, a frequência das visitas é espaçada: só 2 deles recebem visitas diariamente e 3, semanalmente, 1 quinzenalmente. Todos os demais, são visitados em intervalos iguais ou superiores a 1 mês. Tal facto, é indiciador de que há um afastamento significativo entre a família e o idoso institucionalizado, cujas causas não foram aprofundadas, atento ao objeto específico da investigação. No entanto, importa aqui referenciar para a importância das alterações operadas na estrutura familiar e o seu impacto social, mormente, a resposta às novas exigências que o desafio do envelhecimento coloca.

¹⁰⁷ Easycare foi desenvolvida uma versão anterior designada por EPIC *Assessment System* para um projecto financiado pela União Europeia (*European Prototype for Integrated Care - EPIC*). Easycare é um instrumento de avaliação de qualidade de vida e bem-estar do idoso.

A família enquanto garante da realização pessoal dos seus membros, pedra angular na capacidade de adaptação do idoso no processo de institucionalização, tem aqui um papel vital no encontro do sentido da vida pelo idoso.

Este indicador insurge-nos, também, para a questão de como as políticas sociais de proteção do idoso são levadas a cabo na sociedade portuguesa. Apesar das imensas iniciativas a nível da área social, designadamente, do crescimento das respostas sociais, tais medidas, não encontram uma continuidade de governação, no que respeita à garantia dos direitos sociais consagrados no artigo 72.º da Constituição da República, através de uma articulação com outras áreas de política confluente como seja habitação, trabalho, família, permitindo que o idoso ocupe o lugar que merece no seio da sociedade e da família.

Os dados recolhidos na amostra, relativamente ao motivo e iniciativa do internamento, mostram que em menos de metade da amostra (30%), foram os próprios idosos que tiveram a iniciativa, sendo a grande maioria encaminhado pelos familiares, enquanto o motivo invocado como sendo a própria vontade se revela em apenas 2 casos (coincidindo, à data, com a vontade conjunta do casal), ao passo que a falta de saúde e o isolamento, representam, respectivamente, 55% e 35% dos motivos.

Estes dados revelam que a autonomia do idoso quanto à sua decisão em ir para um lar é condicionada fortemente por fatores externos, que se revelam incontornáveis face à sua vontade mais profunda.

No entanto, no item do questionário relativo ao “projecto de vida”, todos manifestaram a vontade de ter saúde e só 4 dos idosos, também indicaram a vontade em sair do lar.

Deste modo, mantem-se a questão inicialmente formulada: existe uma forma de combinar as opiniões e valores individuais numa escolha coletiva que seja a melhor possível?

Capítulo 5

5. Conclusões e Perspetivas de Desenvolvimento

Este estudo assume-se como exploratório, não pretende ter um carácter exaustivo, refletindo sobre algumas questões éticas e jurídicas na velhice e mais concretamente na institucionalização num lar de idosos.

Na Introdução, procurou-se fazer o enquadramento do tema, apresentar a motivação para o presente trabalho, enumerar os objetivos do estudo, assim como a estrutura da presente Dissertação.

No Estado da Arte, apresentaram-se algumas políticas e respostas sociais existentes em Portugal, teceram-se considerações relativamente ao idoso face à institucionalização, apresentou-se um enquadramento histórico em comparação com a atualidade dos lares de idosos, apresentaram-se algumas das teorias explicativas do processo de envelhecimento, assim como as teorias éticas, com ênfase nas teorias da justiça distributiva, os paradigmas éticos em torno do envelhecimento, a institucionalização e os princípios éticos envolvidos.

Nos Materiais e Métodos, foi apresentada a metodologia de investigação, feita a descrição do inquérito realizado, assim como a apresentação das ferramentas informáticas de apoio à respetiva análise estatística.

Finalmente, na Análise de resultados, fez-se a caracterização da amostra, a descrição, análise e discussão dos resultados.

Tendo como base a pesquisa documental, assim como a análise do inquérito por questionário realizado numa amostra de idosos, do lar de idosos da Santa Casa de Misericórdia de Vale de Cambra, podemos concluir que há, na generalidade, satisfação, a diversos níveis, por parte dos idosos, considerando-se por isso, que do ponto de vista pessoal do idoso se verifica o respeito pelos valores inerentes à pessoa, valores que são assegurados pelos princípios éticos – vulnerabilidade, beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

No futuro, seria importante alargar este estudo a outras IPSS's, de modo a obter uma visão alargada daquilo que são as perceções dos idosos institucionalizados em relação à institui-

ção e aos cuidados que lhe são prestados, bem como a determinação do grau de concretização do exercício efetivo de cidadania e a promoção do seu bem-estar, na plena realização da pessoa.

O trabalho secular desenvolvido pelas Misericórdias a favor da solução e prevenção dos problemas sociais é de louvar. Estas passaram dificuldades graves ao longo da sua história, mas souberam superá-las, com diálogo, cooperação e sempre com fidelidade à sua matriz fundadora.

Com um esforço de atualização visível ao longo dos últimos anos, estas instituições têm tido na sociedade um papel importantíssimo, ao prestarem uma atenção especial às pessoas mais vulneráveis), ao envelhecimento ativo e também à participação em processos de desenvolvimento local.

Refere, relativamente à institucionalização, Jorge Sampaio, ex-Presidente da República¹⁰⁸

”A nível técnico e político, ainda se arrasta o velho confronto das teses mais favoráveis à permanência dos “dependentes” em sua casa ou à institucionalização. Tarda assim o reconhecimento de que as duas opções não se configuram dicotómicas mas sim complementares.”

De facto, a família e a institucionalização, podem, em conjunto, se assim verdadeiramente quiserem, serem soluções parceiras para o envelhecimento e para os idosos, sem esquecer a humanidade... pois como refere o Professor Nuno Grande

“Pior do que a morte é a desumanidade”...

¹⁰⁸ Discurso por ocasião do VII Congresso Nacional das Misericórdias Portuguesas, Lisboa 05 de Maio de 2005.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J. F. (Coord.) 1994. Introdução à Sociologia, Universidade Aberta, Lisboa.
- Almeida, J. F. e Pinto, J. M., 1992, A Investigação nas Ciências Sociais, Editorial Presença.
- Aragão, M.B.C., 1997. Um perfil dos imigrantes que recorrem aos albergues da região de Sorocaba. Travessia Revista do Migrante, ano X, nº29.
- Aranha, J. 2007. O que é o Envelhecimento? por Jornal Saúde.
- Archer, L. (coord), Biscaia, J., Osswald, W., 1996. Bioética. Verbo editora.
- Austad, S. N. 1997 - Why we age; Nova Iorque; John Wiley & Sons, Inc.
- Bandura, A.; Azzi, R. G.; Polydoro, S. (2008). Teoria Social Cognitiva: conceitos.
- Barbalet, J. M. 1989. A cidadania. Lisboa: Editorial Estampa.
- Barreto, J. 1988. Aspectos psicológicos do envelhecimento. Psicologia, 6 (2). básicos. Porto Alegre: ArtMed.
- Bell, J. 1997. Como realizar um projecto de investigação. 2ª ed . Lisboa: Gradiva Publicações Lda.
- Bengtson V., 2008. Handbook of Theories of Aging. 2 edition. Springer Publishing Company. New York.
- Bhugra, D.; Bhamra, J. & Taylor, P., 1997. Users' views of a drop-in project for the homeless. International Journal of Social Psychiatry, 43 (2).
- Birou, Alain. 1982. Dicionário de ciências sociais Publicações Dom Quixote, Lisboa.
- Boff, Leonardo, 2000. Tempo de Transcendência. O ser humano como um projeto infinito. Rio de Janeiro, Sextante.
- Bogdan, R. & Biklen, S.K. 1994. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto.
- Born, T.; Boechat, N. S. 1928. A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado. In: Pearl, R. The rate of living. New York: Knopf.
- Born, T.; Boechat, N. S. 2002. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas, E.V.; Py, L.; Neri, A. L.; Cançado, F. A. X.; Gorzoni, M. & Rocha, S. M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Burnet, M. 1974. Intrinsic Mutagenesis: A genetic approach. New York: Wiley.
- Cabrillo, F.; Cachafeiro, M. A. Luísa, 1992. A revolução grisalha. Lisboa: Planeta.

- Caplow, Theodor, 1970. *L'Enquête sociologique*, Paris, Armand Colin. Tradução realizada por alunos da Universidade de Évora, sob a supervisão do Professor José Rodrigues dos Santos.
- Cardão, S. 2009. *O idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cordeiro, J. D. 1994. *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Cordeiro, J.D. 1982. *A saúde mental e a vida: Pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: Moraes Editores.
- Cristofalo, V.J., Gerhard, G.S., Pignolo, R.J. 1994. *Molecular biology of aging*. *Surg. Clin. North Am.*, 74: 1-21.
- Cristofalo, V.J., Gerhard, G.S., Pignolo, R.J. 1994. *Molecular biology of aging*. *Surg. Clin. North Am.*, 74: 1-21.
- Cristofalo, V.J., Gerhard, G.S., Pignolo, R.J. 1994. *Molecular biology of aging*. *Surg. Clin. North Am.*
- Cruz, M. 2000. «Desigualdade social e pessoa idosa» In: *A Pessoa Idosa e a Sociedade Perspectiva Ética*. Col. Bioética VI. Actas do VI Seminário Nacional do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa.
- Dias, Andréa Theodoro Tocí. 1999. *Comparando albergues públicos e filantrópicos: apresentação de uma escala de avaliação objetiva dessas instituições*. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Duarte, Y. e Diogo, M. 2000. *Atendimento Domiciliar – Um Enfoque Gerontológico*. S. Paulo. Atheneu.
- Fernandes, A. A. 1997. *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais*. Oeiras: Editora Celta Oeiras.
- Fernandes, P. 2000. *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Fernandes, Purificação L. D., 2002. *Depressão no idoso*. 2ª ed. Coimbra, Quarteto.
- Finch, C.E. 1976. *The regulation of physiological changes during mammalian aging*. *Q. Rev. Biol.*, 51.
- Fonseca, A. 2007. «Do envelhecimento à morte. Desenvolvimento, desligamento e apoio psicológico» In: Brito, S. – *O fim da vida*.
- Fonseca, A.M. 2006. *O envelhecimento: algumas questões de bioética*. *Cadernos de Bioética*, n.º 40. Ano XVII. Abril.
- Fortin, Marie-Fabienne, 2003. *O processo de investigação*. Loures. Lusociência.
- Fortin, Marie-Fabienne, 1999. *O processo de investigação, da concepção à realização*. Lusociência. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda.

- Freitas, E. et al, 2002. Tratado de geriatria e gerontologia. Editora: Guanabara Koogan, S.A. Rio de Janeiro.
- Freitas, E. V. et al. 2006. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan..
- Freitas, E. V.; Mirandaa, R. D.; Nery, M. R. 2002. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas, E. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Goldani, Ana Maria. 2004. Relações Intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve pensar esta relação para o Brasil? In Camarano, A. A.(Org). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA.
- Gomes, A.F. 1980. "A Sociedade e o Trabalho: Democracia, Sindicalismo, Justiça e Paz", Direito e Justiça, Vol. I, nº1.
- Gonçalves, L.C., 1999. Desenvelhecimento: Um Vôo Livre Panorâmico Sobre a Questão do Envelhecer, Editora LTR, São Paulo – Brasil.
- Grande, N. 1994. «Linhas mestras para uma política nacional de Terceira idade» In: Revista de Geriatria, n.º 6.
- Grella, C., 1994. Contrasting a shelter and day center for homeless mentally ill women: four patterns of service use. Community Mental Health Journal, 30.
- Grunberg, J. & Eagle, P.F., 1990. Shelterization: how the homeless adapt to shelter living. Hospital and Community Psychiatry.
- Guterres, A. 2001. «A reemergência do social no mundo contemporâneo». In Brotéria , volume 140.
- Harman, D. 1956. Aging: a theory based on the free radical and radiation chemistry.
- Hart, R.W., Setlow, R.B. 1974. Correlation between deoxyribonucleic acid excision repair and lifespan in a number of mammalian species. Proc. Natl. Acad. Sci. USA.
- Haugland, G.; Siegel, C.; Hopper, K. & Alexander J., 1997. Mental illness among homeless individuals in a suburban county. Psychiatric Services.
- Hayflick, L., 1996. Como e por que envelhecemos – Rio de Janeiro (RJ). Editora Campus.
- Hopper, K. & Baumohl J., 1994. Held in Abeyance. Rethinking homelessness and advocacy. American Behavioral Scientist.
- Hopper, K., 1990. Public shelter as "a hybrid institution": homeless man in historical perspective. Journal of Social Issues.
- Hopper, K.; Jost, J.; Hay, T.; Welber, S. & Haugland, G., 1997. Homelessness, Severe Mental Illness, and the Institutional Circuit. Psychiatric Services.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). Censos 2001 - Resultados definitivos.

- Jacob, L. 2007. Animação de Idosos: Actividades. Porto: Âmbar.
- Jacob, M. 2004. Geriatria em Comprimidos. Rio de Janeiro: Editora José Olympio.
- João Ferreira de Almeida (Coord.) 1994. Introdução à Sociologia, Universidade Aberta, Lisboa,
- Lama, D. 2003. Ética para um novo milénio. Editorial Presença. 3ª edição.
- Lamas, C. 2007. Teorias do envelhecimento.
- Lauand, Jean, 1994. Os fundamentos da ética, In. LAUAND, Ética: questões fundamentais, São Paulo-SP, Ed. Edix.
- Leandro, M.E, 1994. «Inter-confluências. Idoso – modernidade». In: Cadernos do Noroeste, Vol. 7.
- Lemos, M. (coord.), 2000. Os idosos dependentes : o caso das Misericórdias das regiões norte e centro / Observatório de Idosos e Grandes Dependentes coord. Manuel de Lemos.
- Lima, A., & Viegas, S. 1988. « A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice» In: Revista de Psicologia, VI.
- Lima, M. 2006. Posso participar? Actividades de desenvolvimento para idosos. 2ª edição Porto. Âmbar.
- Lima, N. 2010. Como Rejuvenescer a Mente. In: Idade Maior: Saber Viver.
- Marques, Ramiro 2001. O livro das virtudes de sempre. São Paulo: Landy.
- Marshall, 1967. Thomas Humprey. Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Martins e Rodrigues, M. – Estereótipos sobre idosos: uma representação social Gerontofófica”.
- Martins, A.L.L., 1993. Livres Acampamentos da Miséria. Rio de Janeiro: Editora Obra Aberta.
- Martins, A.L.L., 1993. Livres Acampamentos da Miséria. Rio de Janeiro: Editora Obra Aberta
- Pearl, R. 1928. The rate of living. New York: Knopf.
- Martins, J. 2003. Introdução à Gerontologia. Lisboa: Universidade Aberta.
- Martins, N.2007. Envelhecimento e inequidades na saúde. Dissertação apresentada para o grau de Mestre em Economia Política e Social.
- Martins, R.2006. «Envelhecimento e políticas sociais» In: Revista Millenium, Instituto Superior Politécnico de Viseu.
- Mazza, M. M. P. R.; Lefèvre, R. 2004. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. Saúde e Sociedade v.13, nº 3. set-dez.

- McHugh, K. 2003. Three faces of ageism: society, image and place. *Ageing & Society*.
- Mestre, O. 1999. O envelhecimento e a mobilização. Prevenção de acidentes. *Geriatrics*, 116.
- Miller, R. A. 1994. «The biology of aging and Longevity» – Cap.1, p. 3-18. In: *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*.
- Minayo MC & Sanches, 1993. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*.
- Morgado, A. F. & Lima. L.A., 1995. Asilo e hospital psiquiátrico: ainda são necessários na era da saúde mental comunitária ? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.
- Mota, M. P. 2004. Teorias biológicas do envelhecimento. IN: *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2004, vol. 4, nº 1.
- Murray, R.; Baier, M.; North, C.; Lato, M. & Eskew, C., 1997. One-year status of homeless mentally ill clients who completed a transitional residential program. *Community Mental Health Journal*.
- Nasser, A C. A. , 1997. A vida dos homens da noite na cidade grande. *Travessia Revista do Migrante*, ano X, nº29.
- Neto, F. 2000. *Psicologia Social. Volume II*, Lisboa: universidade Aberta.
- Neto, M.P. 2003. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento visão globalizada*. São Paulo.
- Neves, D.P., 1999. Os chamados e os escolhidos: os pobres e a sociedade solidária.
- Neves, D.P., 1999. Versão em língua portuguesa da comunicação "Les misérables et l'occupation des espaces publics", apresentada no Colloque de Cerisy: Cultures civiques et démocraties urbaines. Université Paris X, Nanterre, Département de Sociologie, 12 à 19 juin.
- Neves, J. 2000. «Economia dos e para os idosos» In: *A Pessoa Idosa e a Sociedade Perspectiva Ética. Col. Bioética VI. Actas do VI Seminário Nacional do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*. Lisboa.
- Neves, João César. 2008. Irmão da Misericórdia de S. Roque. *Revista Cidade Solidária*. Janeiro.
- Neves, M Patrão, 2006. «Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio», Conferência proferida no IV Encontro Luso-Brasileiro de Bioética realizado em São Paulo. Centro de Estudos de Bioética da Universidade de Açores, Ponta Delgada, Portugal.
- Nogueira, P.C.A, 1996. O idoso: o sentimento de solidão ou o mito do abandono. Lisboa. Monografia de fim de curso apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Nozick, R., 1994. *Anarquia, Estado e Utopia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

- Nunes, R. 2009. Estudo N° E/15/APB/09 – Reinventar o Estado Social. Associação Portuguesa de Bioética.
- Nunes, R. e Rego, G., 2002. Prioridades na saúde. MC Grawhill.
- Oliveira, B. 2008. Psicologia do Idoso - temas complementares. Livpsic: Legis editora.
- Oliveira, K. L.; Santos, A. A. A.; Curvinel, M.; Neri, A. L. 2006. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos Psicologia Em Estudo, Maringá, V. 11, N. 2, Mai./Ago.
- Orgel, L.E. 1963. The maintenance of accuracy of protein synthesis and its relevance to aging. Pro. Natl. Acad. Sci, USA.
- Osswald, W. 2001. «Problemas éticos nos cuidados de saúde aos idosos». In: BRITO, S (Coord.) - Bioética Questões em Debate. Publicações Faculdade de Filosofia, Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Paúl, C, 1997. Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. 2002. Bem-Estar e satisfação de vida em idosos. In D. d. Educação.
- Paúl, C. Fonseca, A.M, 2001. Psicossociologia da saúde. Lisboa: Climepsi Editora.
- Pereira, M. A. 1999. O que é a terceira idade? Saúde e Bem-Estar, 58.
- Perlini, N. M. O.; Leite, M. T.; Furini, A. C. 2007. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. Revista da Escola de Enfermagem da USP.
- Pimentel, L., 2001. O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto.
- Pires, S.M.1997. «A idade, o envelhecimento e a velhice». In: Economia e Sociologia. Évora, n.º 64.
- Quivy, R. Campenhoudt, L. 2003. Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa. Gradiva Edições.
- Rawls J: 1971. A Theory of Justice. Harvard University Press, New York.
- Revista de Estudos Demográficos, 2007. População e Sociedade. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística.
- Ribeiro, J. 2005. Psicologia e saúde. Lisboa. Edições ISPA.
- Ribeiro, M. 2005. «Que sofrimento? Que morte? In: Broteria, Vol. 160, Junho.
- Ribeiro, R et alli, 2002. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de Idosos.
- Rodrigues, C. 2007. Psicologia da Saúde e pessoas idosas. In: Psicologia da Saúde – Contextos de Intervenção. Lisboa. Climepsi Editores.

- Rodrigues, R. A. P.; Marques, S.; Fabrício, S. C. C. 2000. Envelhecimento, saúde e doença. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*. v.4, n.1.
- Rosa, Maria João Valente, 1993. O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*. Lisboa. Vol. 27. N.º 122.
- Rosa, C.M.M., 1995. *População de rua Brasil e Canadá*. São Paulo; Editora HUCITEC.
- Rosa, T. E. C., et al. 2003. Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*. v.37, n.1.
- Rosen, G., 1993. *Uma história da saúde pública*. Rio de Janeiro: Editora ABRASCO.
- Saldanha, A. Caldas, C et alli. 2004. *Saúde do Idoso – A arte de cuidar*. 2ª edição. Rio de Janeiro. Editora Interciência.
- Santos, Boaventura. 2000. *A crítica da razão indolente. Contra o desperdício de experiência*. Porto: Afrontamentos.
- Santos, A. & Trindade, I. 1997. Intervenção psicológica em programas de saúde para idosos. *JC Pais Ribeiro Edição*. Actas do II congresso nacional de psicologia da saúde. Lisboa: ISPA.
- Simões, A. 2006. *A nova velhice: O novo público a educar*. Porto: Âmbar.
- Soares, L. 2001. «Envelhecimento e dependência», in *Cadernos Bioética*, Ano XI, n.º 27, Dezembro.
- Sousa, L. e Figueiredo, D. 2001. EASYCare – Um instrumento de avaliação da qualidade de vida do idoso. *Revista de Geriatria*, volume 130.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. & Cerqueira, M. 2006. *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 2ª edição. Porto: Âmbar.
- Sousa, L. e Figueiredo, D. 2009. *Qualidade de Vida e Bem Estar dos Idosos - Análise dos Utentes dos IOS/CTT (Instituto de Obras Sociais)*.
- Souza, R.F.; Skubs, T.; Brêtas, A. C. P. 2007. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, maio-jun.
- Stark, L.R., 1994. The shelter as "Total Institution". *American Behavioral Scientist*.
- Stoffels, M. G., 1977. *Os mendigos da cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Tuckman, Bruce W. 2000. *Manual de investigação em Educação. Como conceber e realizar o processo de investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Veras, R. P. 1994. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UNATI/UERJ.

Veras, R. P.; et al. Novos paradigmas do modelo assistencial do setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil.

Vieira, M. A. C. et cols., 1992. População de rua. Quem é, como vive, como é vista. São Paulo: Editora HUCITEC.

Walford, R.L. 1969. The immunological theory of aging. Stanford: Williams & Wilkins.

Walford, R.L. 1990. The major histocompatibility complex and aging in mammals. In C.E Finch, T.E. Johnson (Eds.), Molecular Biology of Aging. Nova York: Wiley-Liss.

Woodhead, A.D., Setlow, R.B., Grist, E. 1980. DNA repair and longevity in three species of cold-blooded vertebrates. *Exp. Gerontol.* 15.

6. Anexos

Anexo I – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

Anexo II – Inquérito por questionário

Anexo I – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

Apresentação

Entre os dias 6 e 8 de abril e, posteriormente, entre 20 e 24 de junho de 2005, foram realizadas em Paris, França, na sede da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - UNESCO, respectivamente, a Primeira e Segunda Reunião dos Peritos Governamentais de diferentes países membros daquele organismo para definir o texto final da futura Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. O Brasil foi representado pela Delegação oficial do país na UNESCO chefiada pelo Embaixador Antonio Augusto Dayrell de Lima, secundado pelo Ministro Luiz Alberto Figueiredo Machado e pelo Secretário Álvaro Luiz Vereda de Oliveira. Na ocasião, tive a honra de assessorar a representação brasileira como Delegado Oficial no Evento, designado pelo Presidente da República por meio de ato oficial.

Estas reuniões contaram com a participação de mais de 90 países e se caracterizaram, desde o início, por um grande divisor de posições entre os países ricos e pobres. As nações desenvolvidas, defendiam um documento que restringisse a bioética aos tópicos biomédico e biotecnológicos. O Brasil teve papel decisivo na ampliação do texto para os campos sanitário, social e ambiental. Com o apoio inestimável de todas as demais delegações latino-americanas presentes, secundadas pelos países africanos e pela Índia, o teor final da Declaração pode ser considerado como uma grande vitória das nações em desenvolvimento. Essa minuta da Declaração, cuidadosamente construída pelos países-membro das Nações Unidas foi, posteriormente, em 19 de outubro de 2005, levado à 33a. Sessão da Conferência Geral da UNESCO realizada também em Paris, onde foi aprovada por aclamação pela unanimidade dos 191 países componentes da Organização.

Pelo conteúdo da Declaração se pode perceber com clareza o acerto da bioética brasileira, por meio das ações desenvolvidas nos últimos anos pela SBB, quando a entidade decidiu aproximar decisivamente suas ações ao campo da saúde pública e à agenda social. A definição do tema oficial do Sexto Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, em 2002, já prenunciava uma significativa ampliação conceitual para a disciplina: Bioética, Poder e Injustiça.

O teor da Declaração muda profundamente agenda da bioética do Século XXI, democratizando-a e tornando-a mais aplicada e comprometida com as populações vulneráveis, as mais necessitadas. O Brasil e a América Latina mostraram ao mundo uma participa-

ção acadêmica, atualizada e ao mesmo tempo militante nos temas da bioética, com resultados práticos e concretos, como é o caso da presente Declaração, mais um instrumento à disposição da democracia no sentido do aperfeiçoamento da cidadania e dos direitos humanos universais.

Volnei Garrafa
Professor titular e coordenador da
Cátedra UNESCO de Bioética da UnB

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*

Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB).

Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado

Revisão: Volnei Garrafa

* Adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005 pela 33ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO

A Conferência Geral,

Consciente da capacidade única dos seres humanos de refletir sobre sua própria existência e sobre o seu meio ambiente; de perceber a injustiça; de evitar o perigo; de assumir responsabilidade; de buscar cooperação e de demonstrar o sentido moral que dá expressão a princípios éticos,

Refletindo sobre os rápidos avanços na ciência e na tecnologia, que progressivamente afetam nossa compreensão da vida e a vida em si, resultando em uma forte exigência de uma resposta global para as implicações éticas de tais desenvolvimentos,

Reconhecendo que questões éticas suscitadas pelos rápidos avanços na ciência e suas aplicações tecnológicas devem ser examinadas com o devido respeito à dignidade da pessoa humana e no cumprimento e respeito universais pelos direitos humanos e liberdades fundamentais,

Deliberando ser necessário e oportuno que a comunidade internacional declare princípios universais que proporcionarão uma base para a resposta da humanidade aos sempre crescentes dilemas e controvérsias que a ciência e a tecnologia apresentam à espécie humana e ao meio ambiente,

Recordando a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948, a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, adotada pela Conferência Geral da UNESCO, em 11 de Novembro de 1997 e a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, adotada pela Conferência Geral da UNESCO em 16 de Outubro de 2003,

Recordando o Pacto Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos Eco-

nômicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 16 de Dezembro de 1966, a Convenção Internacional das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, de 21 de Dezembro de 1965, a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de 18 de Dezembro de 1979, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre a Diversidade Biológica, de 5 de Junho de 1992, os Parâmetros Normativos sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidades, adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1993, a Convenção de OIT (n.º 169) referente a Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, de 27 de Junho de 1989, o Tratado Internacional sobre Recursos Genéticos Vegetais para a Alimentação e a Agricultura, adotado pela Conferência da FAO em 3 de Novembro de 2001 e que entrou em vigor em 29 de Junho de 2004, a Recomendação da UNESCO sobre a Importância dos Pesquisadores Científicos, de 20 de Novembro de 1974, a Declaração da UNESCO sobre Raça e Preconceito Racial, de 27 de Novembro de 1978, a Declaração da UNESCO sobre as Responsabilidades das Gerações Presentes para com as Gerações Futuras, de 12 de Novembro de 1997, a Declaração Universal da UNESCO sobre a Diversidade Cultural, de 2 de Novembro de 2001, o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) anexo ao Acordo de Marraqueche, que estabelece a Organização Mundial do Comércio, que entrou em vigor em 1 de Janeiro de 1995, a Declaração de Doha sobre o Acordo de TRIPS e a Saúde Pública, de 14 de Novembro de 2001, e outros instrumentos internacionais relevantes adotados pela Organização das Nações Unidas e pelas agências especializadas do sistema da Organização das Nações Unidas, em particular a Organização para a Alimentação e a Agricultura da Organização das Nações Unidas (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS),

Observando, ainda, instrumentos internacionais e regionais no campo da bioética, incluindo a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano com respeito às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina do Conselho da Europa, adotada em 1997 e que entrou em vigor em 1999 e seus protocolos adicionais, bem como legislação e regulamentações nacionais no campo da bioética, códigos internacionais e regionais de conduta, diretrizes e outros textos no campo da bioética, tais como a Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial, sobre Princípios Éticos para a Pesquisa Biomédica Envolvendo Sujeitos Humanos, adotada em 1964 e emendada em 1975, 1989, 1993, 1996, 2000 e 2002, e as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas, adotadas em 1982 e emendadas em 1993 e 2002;

Reconhecendo que a presente Declaração deve ser interpretada de modo con-

sistente com a legislação doméstica e o direito internacional, em conformidade com as regras sobre direitos humanos;

Tendo presente a Constituição da UNESCO, adotada em 16 de Novembro de 1945,

Considerando o papel da UNESCO na identificação de princípios universais baseados em valores éticos compartilhados para o desenvolvimento científico e tecnológico e a transformação social, de modo a identificar os desafios emergentes em ciência e tecnologia, levando em conta a responsabilidade da geração presente para com as gerações futuras e que as questões da bioética, que necessariamente possuem uma dimensão internacional, devem ser tratadas como um todo, inspirando-se nos princípios já estabelecidos pela Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos e pela Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos e levando em conta não somente o atual contexto científico, mas também desenvolvimentos futuros,

Consciente de que os seres humanos são parte integrante da biosfera, com um papel importante na proteção um do outro e das demais formas de vida, em particular dos animais,

Reconhecendo, com base na liberdade da ciência e da pesquisa, que os desenvolvimentos científicos e tecnológicos têm sido e podem ser de grande benefício para a humanidade *inter alia* no aumento da expectativa e na melhoria da qualidade de vida, e enfatizando que tais desenvolvimentos devem sempre buscar promover o bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades e da humanidade como um todo no reconhecimento da dignidade da pessoa humana e no respeito universal e observância dos direitos humanos e das liberdades fundamentais,

Reconhecendo que a saúde não depende unicamente dos desenvolvimentos decorrentes das pesquisas científicas e tecnológicas, mas também de factores psico-sociais e culturais,

Reconhecendo, ainda, que decisões sobre questões éticas na medicina, nas ciências da vida e nas tecnologias associadas podem ter impacto sobre indivíduos, famílias, grupos ou comunidades e sobre a humanidade como um todo,

Tendo presente que a diversidade cultural, como fonte de intercâmbio, inovação e criatividade, é necessária aos seres humanos e, nesse sentido, constitui patrimônio comum da humanidade, enfatizando, contudo, que esta não pode ser invocada à custa dos direitos humanos e das liberdades fundamentais,

Tendo igualmente presente que a identidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais,

Reconhecendo que condutas científicas e tecnológicas antiéticas já produziram impacto específico em comunidades indígenas e locais,

Convencida de que a sensibilidade moral e a reflexão ética devem ser parte integrante do processo de desenvolvimento científico e tecnológico e de que a bioética deve

desempenhar um papel predominante nas escolhas que precisam ser feitas sobre as questões que emergem de tal desenvolvimento,

Considerando o desejo de desenvolver novos enfoques relacionados à responsabilidade social de modo a assegurar que o progresso da ciência e da tecnologia contribua para a justiça, a equidade e para o interesse da humanidade,

Reconhecendo que conceder atenção à posição das mulheres é uma forma importante de avaliar as realidades sociais e alcançar equidade,

Dando ênfase à necessidade de reforçar a cooperação internacional no campo da bioética, levando particularmente em consideração as necessidades específicas dos países em desenvolvimento, das comunidades indígenas e das populações vulneráveis,

Considerando que todos os seres humanos, sem distinção, devem se beneficiar dos mesmos elevados padrões éticos na medicina e nas pesquisas em ciências da vida,

Proclama os princípios a seguir e adota a presente Declaração.

DISPOSIÇÕES GERAIS Artigo 1 – Escopo

a) A Declaração trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais.

b) A presente Declaração é dirigida aos Estados. Quando apropriado e pertinente, ela também oferece orientação para decisões ou práticas de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas.

Artigo 2 – Objetivos

Os objetivos desta Declaração são:

- (i) prover uma estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação de sua legislação, políticas ou outros instrumentos no campo da bioética;
- (ii) orientar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas;
- (iii) promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos;
- (iv) reconhecer a importância da liberdade da pesquisa científica e os benefícios resultantes dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, evidenciando, ao mesmo tempo, a necessidade de que tais pesquisas e desenvolvimentos ocorram conforme os princípios éticos dispostos nesta Declaração e respeitem a dignidade humana, os direitos humanos

e as liberdades fundamentais;

(v) promover o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre questões bioéticas entre todos os interessados e na sociedade como um todo;

(vi) promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos e a participação nos benefícios, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento;

(vii) salvaguardar e promover os interesses das gerações presentes e futuras; e

(viii) ressaltar a importância da biodiversidade e sua conservação como uma preocupação comum da humanidade.

PRINCÍPIOS

Conforme a presente Declaração, nas decisões tomadas ou práticas desenvolvidas por aqueles a quem ela é dirigida, devem ser respeitados os princípios a seguir.

Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos

a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade.

b) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

Artigo 4 – Benefício e Dano

Os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas.

Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

Artigo 6 – Consentimento

a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

b) A pesquisa científica só deve ser realizada com o prévio, livre, expresso e esclarecido consentimento do indivíduo envolvido. A informação deve ser adequada, fornecida de uma forma compreensível e incluir os procedimentos para a retirada do consentimento. O

consentimento pode ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer hora e por qualquer razão, sem acarretar qualquer desvantagem ou preconceito. Exceções a este princípio somente devem ocorrer quando em conformidade com os padrões éticos e legais adotados pelos Estados, consistentes com as provisões da presente Declaração, particularmente com o Artigo 27 e c) Em casos específicos de pesquisas desenvolvidas em um grupo de indivíduos ou comunidade, um consentimento adicional dos representantes legais do grupo ou comunidade envolvida pode ser buscado. Em nenhum caso, o consentimento coletivo da comunidade ou o consentimento de um líder da comunidade ou outra autoridade deve substituir o consentimento informado individual. com os direitos humanos.

Artigo 7 – Indivíduos sem a Capacidade para Consentir

Em conformidade com a legislação, proteção especial deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento:

- a) a autorização para pesquisa e prática médica deve ser obtida no melhor interesse do indivíduo envolvido e de acordo com a legislação nacional. Não obstante, o indivíduo afetado deve ser envolvido, na medida do possível, tanto no processo de decisão sobre consentimento assim como sua retirada;
- b) a pesquisa só deve ser realizada para o benefício direto à saúde do indivíduo envolvido, estando sujeita à autorização e às condições de proteção prescritas pela legislação e caso não haja nenhuma alternativa de pesquisa de eficácia comparável que possa incluir sujeitos de pesquisa com capacidade para fornecer consentimento. Pesquisas sem potencial benefício direto à saúde só devem ser realizadas excepcionalmente, com a maior restrição, expondo o indivíduo apenas a risco e desconforto mínimos e quando se espera que a pesquisa contribua com o benefício à saúde de outros indivíduos na mesma categoria, sendo sujeitas às condições prescritas por lei e compatíveis com a proteção dos direitos humanos do indivíduo. A recusa de tais indivíduos em participar de pesquisas deve ser respeitada.

Artigo 8 – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.

Artigo 9 – Privacidade e Confidencialidade

A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos.

Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade

A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa.

Artigo 11 – Não-Discriminação e Não-Estigmatização

Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais.

Artigo 12 – Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo

A importância da diversidade cultural e do pluralismo deve receber a devida consideração. Todavia, tais considerações não devem ser invocadas para violar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais nem os princípios dispostos nesta Declaração, ou para limitar seu escopo.

Artigo 13 – Solidariedade e Cooperação

A solidariedade entre os seres humanos e cooperação internacional para este fim devem ser estimuladas.

Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde

- a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.
- b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:
- (i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;
 - (ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade;
 - (iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
 - (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e
 - (v) a redução da pobreza e do analfabetismo.

Artigo 15 – Compartilhamento de Benefícios

- a) Os benefícios resultantes de qualquer pesquisa científica e suas aplicações devem ser compartilhados com a sociedade como um todo e, no âmbito da comunidade internacional, em especial com países em desenvolvimento. Para dar efeito a esse princípio, os benefícios podem assumir quaisquer das seguintes formas:
- (i) ajuda especial e sustentável e reconhecimento aos indivíduos e grupos que tenham participado de uma pesquisa;
 - (ii) acesso a cuidados de saúde de qualidade;
 - (iii) oferta de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas ou de produtos resultantes da pesquisa;
 - (iv) apoio a serviços de saúde;
 - (v) acesso ao conhecimento científico e tecnológico;
 - (vi) facilidades para geração de capacidade em pesquisa; e
 - (vii) outras formas de benefício coerentes com os princípios dispostos na presente Declaração.
- b) Os benefícios não devem constituir indução inadequada para estimular a participação

em pesquisa.

Artigo 16 – Proteção das Gerações Futuras

O impacto das ciências da vida sobre gerações futuras, incluindo sobre sua constituição genética, deve ser devidamente considerado.

Artigo 17 – Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade

Devida atenção deve ser dada à inter-relação de seres humanos com outras formas de vida, à importância do acesso e utilização adequada de recursos biológicos e genéticos, ao respeito pelo conhecimento tradicional e ao papel dos seres humanos na proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.

APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS

Artigo 18 – Tomada de Decisão e o Tratamento de Questões Bioéticas

- a) Devem ser promovidos o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular na explicitação de todos os conflitos de interesse e no devido compartilhamento do conhecimento. Todo esforço deve ser feito para a utilização do melhor conhecimento científico e metodologia disponíveis no tratamento e constante revisão das questões bioéticas.
- b) Os indivíduos e profissionais envolvidos e a sociedade como um todo devem estar incluídos regularmente num processo comum de diálogo.
- c) Deve-se promover oportunidades para o debate público pluralista, buscando-se a manifestação de todas as opiniões relevantes.

Artigo 19 – Comitês de Ética

Comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas devem ser instituídos, mantidos e apoiados em nível adequado com o fim de:

- (i) avaliar questões éticas, legais, científicas e sociais relevantes relacionadas a projetos de pesquisa envolvendo seres humanos;
- (ii) prestar aconselhamento sobre problemas éticos em situações clínicas;
- (iii) avaliar os desenvolvimentos científicos e tecnológicos, formular recomendações e contribuir para a elaboração de diretrizes sobre temas inseridos no âmbito da presente Declaração; e
- (iv) promover o debate, a educação, a conscientização do público e o engajamento com a bioética.

Artigo 20 – Avaliação e Gerenciamento de Riscos

Deve-se promover a avaliação e o gerenciamento adequado de riscos relacionados à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas.

Artigo 21 – Práticas Transnacionais

- a) Os Estados, as instituições públicas e privadas, e os profissionais associados a atividades transnacionais devem empreender esforços para assegurar que qualquer atividade no escopo da presente Declaração que seja desenvolvida, financiada ou conduzida de algum modo, no todo ou em parte, em diferentes Estados, seja coerente com os princípios

da presente Declaração.

b) Quando a pesquisa for empreendida ou conduzida em um ou mais Estados [Estado(s) hospedeiro(s)] e financiada por fonte de outro Estado, tal pesquisa deve ser objeto de um nível adequado de revisão ética no(s) Estado(s) hospedeiro(s) e no Estado no qual o financiador está localizado. Esta revisão deve ser baseada em padrões éticos e legais consistentes com os princípios estabelecidos na presente Declaração.

c) Pesquisa transnacional em saúde deve responder às necessidades dos países hospedeiros e deve ser reconhecida sua importância na contribuição para a redução de problemas de saúde globais urgentes.

d) Na negociação de acordos para pesquisa, devem ser estabelecidos os termos da colaboração e a concordância sobre os benefícios da pesquisa com igual participação de todas as partes na negociação.

e) Os Estados devem tomar medidas adequadas, em níveis nacional e internacional, para combater o bioterrorismo e o tráfico ilícito de órgãos, tecidos, amostras, recursos genéticos e materiais genéticos.

PROMOÇÃO DA DECLARAÇÃO

Artigo 22 – Papel dos Estados

a) Os Estados devem tomar todas as medidas adequadas de caráter legislativo, administrativo ou de qualquer outra natureza, de modo a implementar os princípios estabelecidos na presente Declaração e em conformidade com o direito internacional e com os direitos humanos. Tais medidas devem ser apoiadas por ações nas esferas da educação, formação e informação ao público.

b) Os Estados devem estimular o estabelecimento de comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas, conforme o disposto no Artigo 19.

Artigo 23 – Informação, Formação e Educação em Bioética

a) De modo a promover os princípios estabelecidos na presente Declaração e alcançar uma melhor compreensão das implicações éticas dos avanços científicos e tecnológicos, em especial para os jovens, os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre bioética.

b) Os Estados deve estimular a participação de organizações intergovernamentais, internacionais e regionais e de organizações não- governamentais internacionais, regionais e nacionais neste esforço.

Artigo 24 – Cooperação Internacional

a) Os Estados devem promover a disseminação internacional da informação científica e estimular a livre circulação e o compartilhamento do conhecimento científico e tecnológico.

b) Ao abrigo da cooperação internacional, os Estados devem promover a cooperação cul-

tural e científica e estabelecer acordos bilaterais e multilaterais que possibilitem aos países em desenvolvimento construir capacidade de participação na geração e compartilhamento do conhecimento científico, do know-how relacionado e dos benefícios decorrentes.

c) Os Estados devem respeitar e promover a solidariedade entre Estados, bem como entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades, com atenção especial para aqueles tornados vulneráveis por doença ou incapacidade ou por outras condições individuais, sociais ou ambientais e aqueles indivíduos com maior limitação de recursos.

Artigo 25 – Ação de Acompanhamento pela UNESCO

a) A UNESCO promoverá e disseminará os princípios da presente Declaração. Para tanto, a UNESCO buscará apoio e assistência do Comité Intergovernamental de Bioética (IGBC) e do Comité Internacional de Bioética (IBC).

b) A UNESCO reafirmará seu compromisso em tratar de bioética e em promover a colaboração entre o IGBC e o IBC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Artigo 26 – Inter-relação e Complementaridade dos Princípios

A presente Declaração deve ser considerada em sua totalidade e seus princípios devem ser compreendidos como complementares e inter-relacionados. Cada princípio deve ser interpretado no contexto dos demais, de forma pertinente e adequada a cada circunstância.

Artigo 27 – Limitações à Aplicação dos Princípios

Se a aplicação dos princípios da presente Declaração tiver que ser limitada, tal limitação deve ocorrer em conformidade com a legislação, incluindo a legislação referente aos interesses de segurança pública para a investigação, constatação e acusação por crimes, para a proteção da saúde pública ou para a proteção dos direitos e liberdades de terceiros. Quaisquer dessas legislações devem ser consistentes com a legislação internacional sobre direitos humanos.

Artigo 28 – Recusa a Atos Contrários aos Direitos Humanos, às Liberdades Fundamentais e Dignidade Humana

Nada nesta Declaração pode ser interpretado como podendo ser invocado por qualquer Estado, grupo ou indivíduo, para justificar envolvimento em qualquer atividade ou prática de atos contrários aos direitos humanos, às liberdades fundamentais e à dignidade humana.

Anexo II – Inquérito por questionário**Faculdade de Medicina da Universidade do Porto****Serviço de Bioética e Ética Médica****VI Mestrado em Bioética | Pré-teste**

Este inquérito destina-se a um estudo académico, realizado no âmbito do Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e cumpre com todos os pressupostos éticos relacionados com um trabalho deste tipo. Os dados são confidenciais e a sua participação é livre. Todas as respostas a este questionário serão anónimas e confidenciais, e serão utilizadas apenas para fins estatísticos, no âmbito deste Mestrado.

Por favor dê apenas uma única resposta para cada pergunta, excepto quando for explicitamente sugerido o contrário. Se tiver dificuldades na leitura e/ou escrita, solicite ajuda.

Marque um X na sua resposta. ☒

A – Factores Pessoais

1. Sexo:

- a) Masculino
- b) Feminino

2. Idade:

- a) Menor que 60 anos
- b) Entre 60 e 70 anos
- c) Entre 71 e 80 anos
- d) Superior a 81 anos
- e) Não sabe

3. Religião:

- a) Católica
- b) Protestante
- c) Outra
- d) Nenhuma

4. Estado Civil:

- a) Casado(a)
- b) Solteiro(a)
- c) Divorciado(a)
- d) Viúvo(a)
- e) União de facto

5. Rendimento:

- a) Menos de SMN
- b) Entre SMN e 500€
- c) De 501€ a 1000€
- d) Mais de 1000€

6. Residência/localidade (antes da institucionalização): _____

7. Naturalidade: _____

8. Nacionalidade: _____

9. Escolaridade:

- a) Não frequentou a escola
- b) 4.^a classe incompleta
- c) 4.^a classe
- d) 2.^o ciclo completo (6.^o ano)
- e) 3.^o ciclo completo (9.^o ano)
- f) Secundário (12.^o Ano)
- g) Ensino superior
- h) Outros _____

B – Envolvente

1. Familiares vivos:

- a) Cônjuge
- b) Filhos. Quantos? _____
- c) Irmãos. Quantos? _____
- d) Sobrinhos. Quantos? _____
- e) Outros. Quais? _____

2. Onde morava antes de se mudar para o lar e com quem

	Sozinho(a)	Cônjuge companheiro(a)	Filho(s)	Outros familia- res	Outros _____
a) Habitação própria					
b) Habitação arrendada					
c) Habitação familiar					
d) Outro. Qual?					

3. Tempo de permanência no Lar:

- a) Menos de 1 ano[
- b) De [1 a 3 anos[
- c) De [3 a 5 anos]
- d) Mais de 5 anos

4. Motivo de internamento (assinale tudo em que concorda) :

- a) Idade avançada
- b) Estado de Saúde – dificuldade em se auto cuidar
- c) Isolamento
- d) Falta de recursos financeiros
- e) Falta de apoios sociais
- f) Falta de família
- g) Preferência em viver no lar, embora tenha família
- h) Habitação sem condições
- i) Outro. Qual? _____

5. Iniciativa do internamento:

- a) Própria
- b) Familiares
- c) Amigos
- d) Técnicos da Acção Social
- e) Outro. Quem? _____

6. Considera que a maioria dos profissionais do lar se preocupa consigo?

- a) Muito
- b) Suficiente
- c) Pouco

7. Como considera as suas relações com os outros residentes?

- a) Muito boa
- b) Boa
- c) Razoável
- d) Má
- e) Muito má

8. Como considera a sua relação com o pessoal do lar?

- a) Muito boa
- b) Boa
- c) Razoável
- d) Má
- e) Muito má

9. Considera que a sua família se preocupa consigo?

- a) Muito
- b) Suficiente
- c) Pouco

10. Já foi vítima de alguma situação de discriminação por parte dos profissionais do lar?

a) Sim

b) Não

Se respondeu Não à pergunta 10, passe para a questão 15.**11. Quantas vezes é que isso aconteceu e por quem?**

	Pessoal auxiliar	Médico/enfermeiro	Assistente social	Director técnico	Outro. Qual?
a) 1 vez					
b) 2 a 4 vezes					
c) Mais de 5 vezes					

12. Foi de que forma? (assinale tudo em que concorda)

a) Através de expressões verbais

b) Ameaçado com violência física

c) Violência psicológica

d) Ignorado deliberadamente

e) Importunado sexualmente

e) Outro tipo de discriminação. Qual? _

13. Apresentou algum tipo de protesto/queixa?

a) Sim

b) Não

14. Se respondeu não na P13, isso foi porque (assinale tudo em que concorda):

a) O que aconteceu não foi suficientemente importante para se queixar

b) Não sabia como apresentar queixa

c) Receio de represálias.

d) Considerou que não o tomariam a sério

f) Por outra(s) razão(s). Qual/quais: _____

15. Considera que a sua individualidade e privacidade é respeitada (quarto, correio, recados, telefonemas, ...)?

a) Muito

b) Suficiente

c) Pouco

16. É sempre informado(a) e esclarecido(a) sobre os cuidados que lhe são prestados (médicos e outros)?

a) Sempre

b) Suficiente

c) Pouco

17. Considera que a sua vontade influencia os cuidados que lhe são prestados?

a) Muito

b) Pouco

c) Nada

18. Considera a sua alimentação adequada aos seus hábitos alimentares e gostos pessoais, cumprindo as prescrições médicas?

a) Muito

b) Pouco

c) Nada

19. Como avalia os cuidados de higiene e asseio pessoal?

a) Muito boa

b) Boa

c) Razoável

d) Má

e) Muito má

20. Como avalia o conforto?

- a) Muito bom
 b) Bom
 c) Razoável
 d) Mau
 e) Muito mau

21. Recebe visitas?

- a) Sim
 b) Não

22. Se respondeu Sim à pergunta 21, responda, de quem recebe visitas?

	Todos os dias	Todas as semanas	Quinzenalmente	Mensalmente	2 vezes ao ano	1 vez ao ano
a) Cônjuge						
b) Filhos						
c) Amigos						
f) Outros. Quais:						

23. Com que frequência sai do lar?

- a) Todos os dias
 b) Todas as semanas
 c) Quinzenalmente
 d) Mensalmente
 e) 2 vezes ao ano
 f) 1 vez ao ano
 g) Nunca

24. Destino das saídas do lar:

- a) Visitar Família
 b) Visitar Amigos
 c) Fazer Passeios

- d) Ida ao médico
- e) Outro. Qual? _____

25. Como ocupa o seu tempo (assinale tudo em que concorda):

	Muito	Pouco	Nunca
a) Ler			
b) Ver televisão			
c) Ouvir música			
d) Passear			
e) Fazer jardinagem			
f) Fazer horticultura			
g) Fazer tricot			
h) Actividades de grupo (jogos)			
i) Conversar com amigos			
j) Fazer exercício físico/movimentos			
l) Outro. Qual?			

26. Como se sente na Instituição (assinale tudo em que concorda):

	Sim	Não
a) Feliz		
b) Acompanhado		
c) Compreendido		
d) Respeitado		
e) Abandonado		
f) Isolado		
g) A margem – excluído		
h) Só		
i) Outro. Qual?		

27. Concorda que a Instituição poderia fazer algo para melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida:

- a) Muito
- b) Suficiente
- c) Pouco

28. Se respondeu afirmativamente na alínea anterior, de que forma?:

- a) Assistência e cuidado
- b) Apoio emocional
- c) Apoio espiritual
- d) Actividades de lazer e animação
- e) Flexibilização dos horários das visitas
- f) Autonomia
- g) Privacidade/intimidade
- h) Relacionamento social

29. Qual o seu projecto de vida?

- a) Ter saúde
- b) Sair do lar
- c) Morrer
- d) Outro

Muito obrigado por ter aceite colaborar.