



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ENQUADRAMENTO BIOÉTICO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

Tese apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Doutor em Bioética

por

Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmiento

Instituto de Bioética

Julho, 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ENQUADRAMENTO BIOÉTICO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Bioética

Por Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmiento

Sob orientação de: Professor Doutor Daniel Serrão

Professora Doutora Maria João Monteiro

Instituto de Bioética

Julho, 2014

“O que o homem deixa quando morre – os seus escritos, os objectos culturais que criou, a memória da sua palavra, dos seus gestos ou do seu sorriso naqueles que com ele viveram, os filhos que gerou – tudo exprime uma realidade que está para além do corpo físico, de certo corpo físico que esse homem usou para viver o seu limitado tempo pessoal de ser homem”.

In “Viver, envelhecer e morrer com dignidade”

Daniel Serrão, 2010

A todos os Sêniores...

AGRADECIMENTOS

Uma aventura como esta é feita de vários contributos em que muitos participam, uns de forma mais direta, outros de forma menos direta, mas não menos importante, a todos quero agradecer.

Ao Professor Doutor Daniel Serrão, meu orientador, pelo seu exemplo e por SER...

À Professora Doutora Maria João Monteiro, minha co-orientadora, pelo carinho e por ESTAR...

Aos dois, agradeço pela presença e pelo apoio sempre incondicional, levando-me, não raras vezes, ao colo.

À Professora Doutora Ana Sofia Carvalho, pela compreensão, amparo e estímulo.

À população da minha terra, que indelevelmente me motivou sempre a saber mais para fazer melhor.

Aos profissionais do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa do Porto, Pólo da Foz, que me ensinaram muito e me motivaram sempre.

À Professora Isabel Cunha, pelo cuidado na revisão do texto.

À Teresa Carvalho, pela formatação do texto.

Ninguém faz nada sozinho...e eu também não, pelo que este trabalho é uma parceria com a vida, com o tempo, com o eu e com o vós, sendo que o vós foi muitíssimo mais importante que o eu. O “Vós” comporta os amigos...aqueles que são mais confidentes, os idosos...envolvidos no estudo e que vivenciam no seu dia a dia a vida ... os autores...que produziram as bases da pesquisa, os conhecidos e os desconhecidos... por me fazerem aquilo que sou, e Deus...que me alimenta...

A minha família - meu refúgio - é onde realmente eu sou...A ela, por tudo o que não lhe dei...desculpa...Pelo apoio que sempre tive...obrigada.

A todos, o meu muito obrigada.

RESUMO

O enquadramento bioético dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural e a temática do envelhecimento, em particular, constituem tema pertinente e atual, devido a toda a conjuntura relacionada com as políticas de saúde e a desertificação das regiões rurais. As alterações demográficas ocorridas no último século traduziram-se na modificação das pirâmides etárias, revelando uma população cada vez mais envelhecida e só. Considerando estas premissas, surgiu a formulação da questão central deste estudo, orientada para um conhecimento mais aprofundado do enquadramento bioético dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural e que tem como objetivos: (i) apresentar o retrato sociodemográfico da população idosa; (ii) caracterizar os recursos de saúde e sociais; (iii) caracterizar o processo de envelhecimento nas suas diferentes dimensões (saúde, psicológica, económica e social), no sentido da formulação de políticas ajustadas aos desafios, exigências e necessidades da população idosa; (iv) caracterizar a perceção sobre o estado de saúde; (v) avaliar a perceção da qualidade de vida e nos seus domínios; (vi) analisar a relação entre a perceção da qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, custos em cuidados de saúde e vivência de sentimentos de solidão.

Optámos por um estudo descritivo e correlacional com variáveis de natureza quantitativa, utilizando a escala de perceção da qualidade de vida (*WHOQOL-Bref*) e *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*.

Não se pretendendo efetuar generalizações, pelas particularidades da realização do estudo, mas enquadrar a perspetiva bioética nos cuidados de saúde a idosos em contexto rural, salientam-se os principais resultados: uma amostra maioritariamente feminina de idosos entre os 65 e 70 anos; casados (55,5%), sendo que 41,3% vivia só; com um baixo grau de instrução (60,2%); auferindo um rendimento mensal inferior a 500 euros (90,9%). Dos idosos inquiridos, predominam as doenças relacionadas com problemas osteoarticulares, 87,3% toma medicação, dos quais 92,4% do grupo farmacológico dos cardiovasculares e 91,8% dos analgésicos.

Embora os encargos com as consultas médicas sejam reduzidos, atendendo ao recurso aos cuidados de saúde do serviço nacional de saúde e à isenção decorrente de baixo rendimento, os custos com a medicação situam-se em 389 euros por ano.

Verificámos uma relação estatisticamente positiva em todos os domínios da qualidade de vida com o sexo, o estado civil, a idade, a instrução e o rendimento. O sexo feminino evidencia mais

sentimento de solidão e pior percepção de qualidade de vida; observámos que esta diminui com a idade e aumenta com o nível de instrução e com o rendimento; por outro lado, apurámos que sempre que aumentam os custos com a medicação, diminui a percepção da qualidade de vida.

À bioética interessa o homem e a sua qualidade de vida, à luz dos princípios como os de Beauchamp e Childress, a autonomia, a beneficência, a justiça, a não maleficência, mas outros também como a solidariedade, a equidade, acompanhando o homem no seu contexto e no seu tempo. É neste enquadramento que os cuidados de saúde e o direito à proteção da saúde dos mais idosos devem ser intersetoriais e intercooperantes, assentes no pressuposto de que uma visão holística da saúde é sempre conjugada com a dignidade da pessoa e com uma atitude mobilizadora da sociedade para a construção de uma cidadania social e política.

Torna-se imperativo redimensionar a práxis dos profissionais de saúde na implementação de programas e ações concretas que contemplem a especificidade de ser idoso em contexto rural, não descurando que cabe ao estado a responsabilidade de definir os grandes objetivos de uma política de proteção da saúde no respeito por uma sociedade plural e democrática que revitalize a solidariedade e a cidadania ativa, permanentemente articulada entre a situação operativa e a reflexão bioética.

Palavras chave: Ruralidade, Idosos, Bioética, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The bioethical framework of health care for the elderly in rural settings and the subject of aging, in particular, are a pertinent and current topic, due to the circumstances related to health policies and to the desertification of rural areas. The demographic changes from the last century have been reflected in the modification of the age pyramids, revealing an increasingly aging and lonely population. Based on these premises, the formulation of the central question of this study emerged, oriented to a deeper understanding of the bioethical framework of the health care for the elderly in rural settings and that aims at: (i) present the social and demographic portrait of the elderly population; (ii) characterise the health and social resources; (iii) characterise the aging process in its different dimensions (health, psychological, economical and social), towards the formulation of policies adjusted to the challenges, demands and needs of the elderly population; (iv) characterise the perception of the health condition; (v) assess the perception of quality of life and its domains; (vi) analyse the relation between the perception of the quality of life and socio demographic variables, health care expenses and the experience of feelings of loneliness.

A descriptive and correlational study with quantitative variables was chosen, using a scale of the perception of the quality of life (WHOQOL-Bref) and the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).

Not intending to generalise, due to the specificities of the study, but to contextualise the bioethical perspective of the health care for the elderly in rural settings, the following main results are highlighted: a sample of predominantly elderly women between 65 and 70 years old; married (55.5%), 41.3% living alone; with a low level of education (60.2%); earning a monthly income of less than 500 euros (90.9%). From the respondent elderly, the diseases related to osteoarticular problems are predominant, 87.3% takes medication, from which 92.4% are from the cardiovascular pharmacology group and 91.8% from analgesics.

Even though the expenses with medical consultations are reduced, because of the consultations of the health care national service and the exemption due to low income, the expenses with medication are about 389 euros per year.

A statistically positive relation was found between all the domains of the quality of life and the gender, marital status, age, education and income. The females show more feelings of loneliness and worst perception of the quality of life; which decreases with the age and increases with the

level of education and with the income; on the other hand, it was found that whenever the expenses with medication increase, the perception of the quality of life decreases.

To bioethics, it is important the human being and his/her quality of life, in the light of Beauchamp's and Childress's principles, autonomy, beneficence, justice, non-maleficence, but also others like solidarity, equity, accompanying the human being in his/her context and time. It is in this context that the health care and the right to health of the elderly must be intersectoral and inter-cooperative, based on the presupposition that a holistic vision of health is always dependent on the dignity of the person and on a mobilising attitude of the society towards the construction of a social and political citizenship.

It becomes imperative to reorganise the practice of the health care professionals in the implementation of concrete programmes and actions that consider the specificity of being elderly in a rural setting, not forgetting the state's responsibility of defining the major objectives of a health care policy in respect for a plural and democratic society which revitalises solidarity and an active citizenship, constantly coordinated between the operative situation and the bioethical reflection.

Keywords: Rurality, Elderly, Bioethics, Quality of Life.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------|----------|
| PENSAMENTO..... | iii |
| DEDICATÓRIA | v |
| AGRADECIMENTOS..... | vii |
| RESUMO..... | ix |
| ABSTRACT | xi |
| ÍNDICE DE TABELAS | xvii |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | xix |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS..... | xxi |
| INTRODUÇÃO | 1 |

CAPÍTULO I - RETRATO SOCIAL

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. RURALIDADE..... | 7 |
| 1.1. Para cá do Marão: a terra e o homem | 11 |
| 1.2. O concelho de Vila Real | 14 |
| 2. ENVELHECIMENTO - (BIO) ÉTICA POPULACIONAL | 21 |
| 2.1. O processo de envelhecimento..... | 24 |
| 2.2. Contextualização histórica do envelhecimento | 27 |
| 2.3. Envelhecimento e sociedade | 30 |
| 2.4. Envelhecimento demográfico | 33 |
| 2.4.1. O envelhecimento demográfico na Europa: tendências e perspetivas..... | 35 |
| 2.4.2. Envelhecimento demográfico em Portugal..... | 37 |
| 2.5. O princípio do respeito pela pessoa humana - imagem corporal | 43 |
| 3. A FAMÍLIA..... | 49 |
| 4.1. Estrutura e tipos de famílias | 51 |
| 4.2. Redes intergeracionais no espaço familiar..... | 53 |
| 4.3. Alterações da estrutura familiar ao longo dos tempos | 58 |
| 4.4. Família e saúde | 62 |
| 4. QUALIDADE DE VIDA | 70 |
| 5. NOTA CONCLUSIVA..... | 75 |

CAPÍTULO II - SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E RECURSOS DE SAÚDE

| | |
|------------------------------------------------------------|-----|
| 1. SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL | 79 |
| 2. RECURSOS DE SAÚDE DO CONCELHO DE VILA REAL | 86 |
| 3. NOTA CONCLUSIVA | 103 |

CAPÍTULO III - DETERMINANTES DE SAÚDE EM CONTEXTO RURAL

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE | 106 |
| 1.1. Perspetiva social da saúde - Breve análise histórica | 108 |
| 1.1.1. Da tecnologia às ações com base na comunidade..... | 111 |
| 1.1.2. Alma-Ata e os cuidados de saúde primários | 115 |
| 1.1.3. Processo e novas oportunidades dos determinantes..... | 120 |
| 1.2. Determinantes da saúde em Portugal | 124 |
| 1.3. Literacia | 134 |
| 2. NOTA CONCLUSIVA | 136 |

CAPÍTULO IV - BIOÉTICA

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. BIOÉTICA: BREVE REFERENCIAL HISTÓRICO | 140 |
| 2. BIOÉTICA E SAÚDE | 144 |
| 3. PRINCIPALISMO | 148 |
| 3.1. Método, justificação e verdade | 159 |
| 3.2. Ponderação de princípios na resolução de conflitos morais | 163 |
| 3.3. Insuficiências da principiologia tradicional | 165 |
| 3.4. As virtudes na teoria bioética principialista | 168 |
| 4. EQUIDADE COMO PRINCÍPIO FUNDAMENTAL | 172 |
| 5. JUSTIÇA, UNIVERSALIDADE, IGUALDADE | 175 |
| 6. FUNDAMENTOS ÉTICOS DA PRIORIZAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS | 183 |
| 7. ACESSIBILIDADE | 184 |
| 8. NOTA CONCLUSIVA | 186 |

CAPÍTULO V - METODOLOGIA

| | |
|------------------------------------------------------------|-----|
| 1. DESENHO DO ESTUDO EMPÍRICO | 189 |
| 1.1. Finalidade e objetivos | 191 |
| 1.2. Material e métodos | 194 |
| 1.2.1. Tipo de estudo | 194 |
| 1.2.2. Do universo de estudo à técnica de amostragem | 195 |
| 1.2.3. Instrumento de recolha de dados..... | 199 |
| 1.2.3.1. Pré-teste | 205 |
| 1.2.4. Procedimentos na recolha de dados | 206 |
| 1.2.5. Tratamento dos dados | 207 |

CAPÍTULO VI - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

| | |
|---------------------------------------------------------|-----|
| 1. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 211 |
| 1.1. Análise inferencial | 235 |

CAPÍTULO VII - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO/CONCLUSÕES

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 243 |
| 2. CONCLUSÕES | 250 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 261 |
| ANEXOS | 285 |
| Anexo A - Mini Mental State Examination | 287 |
| Anexo B - Questionário | 291 |
| Anexo C - Autorização da Comissão de Ética para realização do estudo | 305 |
| Anexo D - Pedido de colaboração das diferentes entidades | 309 |
| Anexo E - Autorização para aplicação da escala <i>WHOQOL-Bref</i> | 317 |
| Anexo F - Autorização para aplicação da escala <i>SHARE</i> | 321 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1. População residente segundo o Censos de 2011 | 18 |
| Tabela 2. População residente por freguesia, grupo etário e sexo | 19 |
| Tabela 3. Dimensão média das famílias segundo o Censos | 52 |
| Tabela 4. Profissionais de saúde do ACES Marão e Douro Norte..... | 89 |
| Tabela 5. Recursos humanos do CRI de Vila Real | 94 |
| Tabela 6. Distribuição da população abrangida pelo CHTMAD, EPE | 98 |
| Tabela 7. Grupos profissionais do CHTMAD, EPE | 99 |
| Tabela 8. Respostas sociais – concelho de Vila Real, 2011 | 100 |
| Tabela 9. Recursos humanos da Cruz Vermelha de Vila Real, 2011 | 101 |
| Tabela 10. Recursos humanos da RAN, 2011 | 102 |
| Tabela 11. Recursos humanos do Projeto Homem, 2011 | 103 |
| Tabela 12. População do concelho de Vila Real, por freguesia e idade..... | 196 |
| Tabela 13. Constituição da amostra por freguesia rural do concelho de Vila Real..... | 199 |
| Tabela 14. Síntese dos módulos do questionário <i>SHARE</i> | 203 |
| Tabela 15. Características sociodemográficas dos idosos residentes em contexto rural do concelho de Vila Real..... | 212 |
| Tabela 16. Estado de espírito referido pelos idosos | 215 |
| Tabela 17. Problemas de saúde, nos últimos seis meses, referidos pelos idosos | 218 |
| Tabela 18. Consumo semanal de medicamentos referido pelos idosos..... | 219 |
| Tabela 19. Encargos com tratamentos médicos referidos pelos idosos..... | 221 |
| Tabela 20. Razões para a realização de exames complementares referidas pelos idosos | 223 |
| Tabela 21. Valor médio anual do custo com serviços de saúde despendido pelos idosos..... | 224 |
| Tabela 22. Frequência de problemas emocionais referida pelos idosos..... | 227 |
| Tabela 23. Distribuição das respostas dos idosos quanto à perceção da QV - Domínio global | 229 |
| Tabela 24. Média e desvio padrão nos domínios avaliados e QVG..... | 230 |
| Tabela 25. Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios da QV e o domínio global | 230 |
| Tabela 26. Distribuição das respostas dos idosos quanto à perceção da QV - Domínio físico | 231 |
| Tabela 27. Distribuição das respostas dos idosos quanto à perceção da QV - Domínio psicológico | 232 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 28. Distribuição das respostas dos idosos quanto à percepção da QV - Domínio social..... | 233 |
| Tabela 29. Distribuição das respostas dos idosos quanto à percepção da QV - Domínio ambiental | 234 |
| Tabela 30. Percepção da QV e os seus domínios em função do sexo..... | 236 |
| Tabela 31. Percepção da QV em função do estado civil..... | 237 |
| Tabela 32. Correlação entre a QV e a idade..... | 237 |
| Tabela 33. Percepção da QV em função do nível de instrução | 238 |
| Tabela 34. Percepção da QV em função do rendimento mensal | 239 |
| Tabela 35. Percepção da QV em função dos gastos com medicamentos e consultas médicas.... | 239 |
| Tabela 36. Correlação entre os sentimentos de solidão e o sexo | 240 |
| Tabela 37. Percepção da QV em todos os domínios e sentimentos de solidão | 240 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1. Estrutura etária da população, 2010 e 2060..... | 36 |
| Figura 2. População residente em Portugal, 2011..... | 39 |
| Figura 3. População residente com idade igual ou superior a 65 anos..... | 40 |
| Figura 4. População com 65 e mais anos residente em Portugal continental, 2005-2040..... | 41 |
| Figura 5. Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população (%), Portugal, 1960-2050 | 41 |
| Figura 6. Índices de dependência, 2011 | 42 |
| Figura 7. Organigrama do ACES Douro I – Marão e Douro Norte..... | 89 |
| Figura 8. Particularidades do concelho de Vila Real, no que diz respeito aos CSP | 90 |
| Figura 9. Organigrama do CHTMAD, EPE | 96 |
| Figura 10. Determinantes da saúde..... | 131 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado
ARS - Administração Regional de Saúde
AVDs - Atividades de Vida Diária
CHTMAT - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
CMVR - Câmara Municipal de Vila Real
cols. - colaboradores
CRI - Centro de Respostas Integradas
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direção Geral da Saúde
DL - Decreto-Lei
DSS - Determinantes Sociais de Saúde
EPE - Entidade Pública Empresarial
HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
IDT - Instituto da Droga e Toxicodependência
INE - Instituto Nacional de Estatística
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
ISO - International Organization for Standardization
Km² - quilómetro quadrado
MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MSSS - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social
nº - número
NUT - Nomenclatura de Unidade Territorial para Fins Estatísticos
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPSS - Observatório Português do Sistema de Saúde
p. - página
QV - Qualidade de Vida
QVG - Qualidade de Vida Global
RAN - Recuperação de Alcoólicos e Narcóticos
RCCI - Rede de Cuidados Continuados Integrados

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SHARE - *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*
SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPSS - *Statistical Package for the Social Science*
SPTT - Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências
TAC - Tomografia Axial Computorizada
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE - União Europeia
UMCCI - Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UNICEF - United Nations Children's Fund
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF - Unidade de Saúde Familiar
USP - Unidade de Saúde Pública
WHO - World Health Organization
WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Assessment

INTRODUÇÃO

Na XI Conferência Ibero-Americana de Ministros da Saúde, em 2009, foi referido que apesar de terem passado 30 anos da Declaração de Alma-Ata (1978),

...a situação de saúde na maioria dos países ibero-americanos ainda não é satisfatória, razão pela qual uma parte importante da população não tem acesso a cuidados de saúde primários equitativos, inclusivos, universais, oportunos e transformadores, não valorizando a prevenção e a promoção da saúde através do fortalecimento de um sistema de saúde integrado, com activa participação comunitária. (Ministério da Saúde, 2009, p.79)

Segundo o relatório publicado em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os factos confirmam que sistemas de saúde orientados para os cuidados de saúde primários (CSP) obtêm melhores resultados, tanto a nível de efetividade como de eficiência (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Tendo em conta esse desiderato será oportuno considerar os seguintes aspetos: (i) o meio ambiente condiciona as características das populações e, por essa via, as necessidades específicas de cada população, pelo que se torna imperativo a criação de serviços de saúde baseados no princípio do acesso rápido (cuidados de proximidade), centrados na individualidade da pessoa (Starfield, 2007); (ii) as alterações demográficas no último século, que se traduziram na modificação e até, por vezes, na inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, colocaram desafios para os quais não estávamos preparados; (iii) as necessidades de saúde e, conseqüentemente, os modelos de prestação de cuidados sofreram significativas alterações nas últimas décadas, levantando, não raras vezes, dilemas éticos a diferentes níveis.

Na atual realidade portuguesa, vive-se:

...um panorama de necessidades que resulta essencialmente de três factores. O primeiro deles, o envelhecimento progressivo da população portuguesa, consequência do aumento da esperança média de vida à nascença. O segundo, as mudanças verificadas no perfil das patologias, com peso crescente das doenças

crónicas e degenerativas. E, por último, alterações sociológicas ocorridas, em particular, nas estruturas das famílias e nas redes informais de apoio comunitário. (Pignatelli, 2006)

Há 30 anos, a esperança média de vida dos portugueses rondava os 60 anos para os homens e os 72 para as mulheres. Hoje, situa-se nos 76,7 anos para os homens e ultrapassa os 82,8 para as mulheres. Segundo o Censos de 2011 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012), a taxa da população com 65 ou mais anos ronda os 19,1%. Esta evolução, que constitui um enorme ganho de saúde em Portugal, conduziu, no entanto, ao aumento de pessoas idosas na nossa sociedade. Em 2011, o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Segundo o último Censos, o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que, por cada 100 jovens, Portugal tem hoje 129 idosos. A agravar este quadro, as previsões demográficas indicam que Portugal será, em 2050, um dos países da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos (32%) (INE, 2012). Ainda segundo a mesma fonte, a evolução da população por municípios reforça o padrão já anteriormente verificado no intervalo intercensitário 1991-2001, assistindo-se à perda de população nos municípios do interior, em que 198 perderam população e apenas 45 tem índice de envelhecimento inferior a 100, sendo que no Censos de 2001 (INE, 2001), havia 85 municípios com índice de envelhecimento inferior a 100.

É, pois, reconhecida a importância da prestação de cuidados ao idoso, de preferência, no seio familiar; mas, hoje em dia, as famílias deparam-se com uma variedade de transformações sociais complexas e problemáticas que provocam dificuldades na prestação de cuidados sistemáticos ao idoso (Mah, Gonçalves & Garcia, 1999). Esta temática não é recente, pois já foi objeto de reflexão por diversos autores, nomeadamente Mah e cols. (1999), Imaginário (2004) e Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010), entre muitos outros.

Torna-se crucial conhecer a verdadeira dimensão dos problemas, obstáculos ou dificuldades com os quais as pessoas, em ambiente rural, se deparam no seu quotidiano domiciliário. Segundo Fonseca (2004), não existe consenso relativamente à definição de “idosos rurais”, sendo utilizada esta expressão em diversos contextos, nomeadamente em

idosos que residem em locais considerados não urbanos, onde a sua residência se encontra em localidades com menos de 2.500 habitantes, pelo que este constrangimento levanta, desde logo, grandes dificuldades em proceder a estudos que se debrucem sobre esta temática.

À medida que envelhecemos, as nossas capacidades de adaptação diminuem, tornando-nos mais sensíveis ao meio ambiente, podendo este ser um elemento facilitador ou uma barreira. O aprofundamento da dimensão desta problemática permite-nos conhecer a realidade, identificando as necessidades, prioridades e formas de intervenção adequadas à manutenção e promoção da qualidade de vida (QV). Assim, é importante munir as entidades e profissionais de um perfil de saúde, de forma a obterem dados concretos para a elaboração de estratégias que, orientadas pelos princípios da bioética, visem a promoção de cuidados em contexto rural, numa lógica de proximidade, nomeadamente no domicílio: (i) potenciando os laços intergeracionais; (ii) articulando com os CSP, numa lógica de confiança; (iii) promovendo valores e equidade de recursos. Tudo isto, de forma a manter, o maior tempo possível, a autonomia e produtividade dos idosos e a fixação das populações nas zonas rurais, cada vez mais desertificadas.

Nos últimos anos, foi implementada uma reforma dos CSP, que tem como finalidade contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados, tornando-os acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas das populações (Carlos, 2006), no entanto, ainda muito haverá a fazer, nomeadamente a nível da equidade.

A equidade é um conceito de muito difícil definição; relacionando-se com a ideia de respeito à igualdade de direitos de cada um, implica uma justa distribuição de serviços em função das necessidades evidenciadas, tendo em conta que algumas populações podem exigir mais recursos em relação àqueles que lhe seriam atribuídos se a divisão fosse realizada de uma forma aritmética (Kinman, 1999), diverge, pois de igualdade que implica uma justa distribuição. O conceito de justiça, enquanto equidade, implica que os critérios de distribuição sejam baseados nas necessidades individuais e na redução sistemática das diferenças. A adoção deste conceito evidencia prestação de cuidados diferentes para pessoas com necessidades diferentes (Missão para os Cuidados de Saúde

Primários [MCSP], 2006). A equidade poderá ser avaliada através de indicadores de saúde, nomeadamente na distribuição de recursos e no acesso em tempo útil à utilização dos cuidados de saúde.

Seria impossível construir uma solução definitiva para estes problemas sem tomarmos em consideração o estudo da percepção do idoso em contexto rural e sem investigar qual a posição do homem face à sua realidade no mundo, no contexto da bioética e da equidade na distribuição. Os constrangimentos maiores situam-se principalmente a nível da gestão dos recursos.

Temos hoje uma oportunidade sem precedentes de melhorar a saúde nas comunidades mais vulneráveis, agindo sobre as causas das desigualdades de saúde e doença. A mais importante dessas causas radica nas condições sociais nas quais as pessoas vivem, que são consideradas como determinantes de saúde. É necessário trazer para o debate político o conhecimento científico, rigoroso e mensurável, mas também é importante ter visão moral e ponderação ética.

A QV tem certamente um forte condicionalismo cultural, contudo, no limite, pode assumir-se que cada ser humano possa ter a sua, pelo que o conceito de QV impõe que seja feita uma interpretação de âmbito multidisciplinar e multidimensional. Para alguns autores (Neri, 2004; Ramos, 2001; Squire, 2005), a QV, para além de estar intimamente ligada à saúde, contém outros aspetos da vida da pessoa, como por exemplo, as relações familiares, o trabalho, a situação económica, a educação, a autoestima, a confiança e o reconhecimento dos seus pares...Estar bem consigo, ser feliz, não ter dor, ser valorizado pelos outros, ter disponibilidade para admirar a beleza, estar e sentir-se em paz, possuir determinados bens materiais, seriam certamente alguns dos aspetos apontados por qualquer indivíduo quando questionado sobre esta matéria.

Nesta abordagem, surgiu a formulação do objeto central deste estudo, equacionado a partir da perceção da qualidade de vida, tendo em conta que a preservação da vida humana se faz na promoção dos saberes transdisciplinares, conjugando a vida, o meio ambiente, bem como a responsabilidade do compromisso entre o presente e o futuro. Subscrevendo uma bioética que se pretende global, o presente estudo desenvolve-se na

população idosa residente contexto rural do concelho de Vila Real, e orienta-se pelos seguintes objetivos: (i) apresentar o retrato sociodemográfico da população idosa; (ii) caracterizar os recursos de saúde e sociais; (iii) caracterizar o processo de envelhecimento nas suas diferentes dimensões (saúde, psicológica, económica e social), no sentido da formulação de políticas ajustadas aos desafios, exigências e necessidades da população idosa; (iv) caracterizar a perceção sobre o estado de saúde; (v) avaliar a perceção da QV e nos seus domínios; (vi) analisar a relação entre a perceção da QV e variáveis sociodemográficas, gastos em cuidados de saúde e vivência de sentimentos de solidão.

A escolha deste tema está também relacionada com investimentos anteriores realizados nesta área de investigação, quer na área da saúde comunitária, quer na área da intervenção no sistema familiar e nas redes de suporte social. Tem como motivação a vontade de contribuir para chamar ao debate a problemática da justiça distributiva, da equidade e da acessibilidade na perspetiva do idoso, tendo em conta a sua leitura pessoal de QV, dando vez e voz àqueles que normalmente não a têm.

Enraizado numa perspetiva sistémica e holística, o estudo inclui uma revisão bibliográfica alargada onde: (i) procedemos a uma recolha bibliográfica dos diferentes domínios do conhecimento, propostos anteriormente, para construir o retrato social da população em estudo, “Quem somos e como vivemos”, e contextualizá-lo à luz do panorama nacional e europeu; pretendemos fazer um percurso sobre QV e os seus diferentes conceitos, identificar os recursos de saúde, a prestação de cuidados à população em contexto rural, designadamente no concelho de Vila Real, fazer um percurso a nível da definição e identificação dos determinantes de saúde; (ii) pretendemos fazer um breve percurso sobre a bioética, num estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados de saúde contextualizados no ambiente onde o idoso vive e se posiciona. Como ética aplicada, pretendemos analisar os argumentos a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a QV e o bem-estar dos seres humanos, vulneráveis em relação ao meio ambiente. Considerando o amplo campo de estudo da bioética, procuramos abordar as situações persistentes, que dizem respeito à equidade, universalidade e alocação, distribuição e controlo de recursos económicos e os direitos humanos, no que à justiça

distributiva diz respeito. É abordada a teoria Princialista de Beauchamp e Childress, a sua mais-valia e os seus constrangimentos, relacionando-a com a problemática em estudo; (iii) realizamos o enquadramento metodológico do estudo, com referência à justificação e objetivos, desenho do estudo, população/amostra, variáveis e sua operacionalização, instrumento de recolha de dados, pré-teste, procedimentos na recolha de dados e análise estatística; (iv) efetuamos a apresentação e discussão dos resultados da investigação e, por fim, elaboramos a proposta de intervenção e as principais conclusões.

CAPÍTULO I

RETRATO SOCIAL

Na origem de uma população com forte sentido de identidade, o concelho de Vila Real, tal como muitas regiões de Portugal, conheceu nas últimas décadas do século XX, um período de mudança muito intensa, sobretudo em consequência de fatores externos, como a emigração, a integração europeia e a abertura económica. Estas transformações estão na origem de alterações de comportamentos e da evolução das estruturas sociais, visíveis nos diversos setores e áreas da vida coletiva, na demografia, na saúde, na educação, no trabalho e nas relações entre as gerações e as regiões.

Sendo uma sociedade eminentemente rural, muitos transmontanos emigraram, a maior parte saiu das aldeias e foi viver para as cidades e para o litoral, deixando o campo despovoado.

A sociedade de consumo, a que chamamos globalização, induziu, com o comércio, a escola, a televisão e a cultura, à construção de uma sociedade onde todos parecem iguais. Porém, persistem diferenças muito acentuadas de poder económico, de geração e de região, tendo apenas ficado nas zonas rurais do interior os velhos, a agricultura de subsistência e o isolamento.

1. RURALIDADE

Atualmente, as imagens e as funcionalidades que sobressaem do espaço rural português são já bem diferentes das que predominaram até ao final do século XX. Em algumas localidades, essas imagens e funcionalidades mudaram tão rapidamente e tão profundamente que, perante elas, é impossível ficar-se indiferente. Outras, principalmente

no interior, reportam-nos para o isolamento de pessoas e desertificação, ficando apenas os idosos.

A discussão sobre ruralidade que os cientistas sociais empreenderam nos últimos anos constituiu-se, essencialmente, num esforço para superar as tradicionais concepções dicotómicas que definiam o rural em oposição ao urbano, atribuindo-lhe características como a baixa mobilidade e estratificação social e a dependência da agricultura, conforme preconizado pela clássica definição de Sorokin, Zimmerman e Galpin (1986) e também de Solari (2000).

Hoje em dia, dificilmente se concebe a inexistência de uma interação ativa e recíproca do rural com o urbano e vice-versa. Embora não exista acordo em relação ao modo de classificar e definir o conteúdo e a extensão da ruralidade, há consenso de que os processos sociais, as dinâmicas económicas (produtivas e tecnológicas) e os traços culturais que ocorrem no espaço rural são fluidos e permeáveis, de algum modo, integrados na sociedade contemporânea. Portanto, a ideia de associar o rural ao atraso, ao isolamento ou à tradição, e o urbano ao progresso, à integração e à modernidade, deixou de fazer sentido.

Atualmente, há a ideia comum de que: (i) a ruralidade é heterogénea e não está circunscrita a atividades agrícolas; (ii) os espaços territoriais são espaços pertinentes que permitem refletir sobre a articulação entre as escalas regionais, locais e a globalização; (iii) o desenvolvimento precisa ter em conta não apenas questões económicas, produtivas e tecnológicas, mas também culturais e ambientais; (iv) a mudança é um processo lento que deve, no entanto, traduzir-se em efeitos práticos, como melhorar as condições e a QV dos idosos envolvidos, permitindo a mobilização das instituições sociais e políticas.

É pertinente tomar em consideração que o desenvolvimento rural deve observar que:

...a transformação produtiva tem o propósito de articular competitiva e sustentavelmente a economia do território com mercados dinâmicos, o que supõe mudanças nos padrões de emprego e produção de um espaço rural determinado. O desenvolvimento institucional tem como objectivo estimular a concertação dos atores locais entre si e deles com os agentes externos relevantes, assim como modificar as regras formais e informais que reproduzem a exclusão dos pobres dos

processos e benefícios da transformação produtiva. (Schejtman & Berdegue, 2004, p.30)

Estes autores referem que o foco de atenção no domínio territorial pode contribuir para mudar as políticas e redimensionar a agenda do Estado na implementação de programas e ações de desenvolvimento rural tendentes a diminuir as desigualdades sociais, a pobreza rural e as dificuldades de acesso das populações que, não só estão isoladas, como são maioritariamente idosas. Além disso, a abordagem territorial do desenvolvimento rural destina-se a ampliar o entendimento da ruralidade para além da agricultura, valorizar a heterogeneidade dos territórios e melhorar a capacidade de inovação das iniciativas endógenas assentes na identidade, pretendendo-se uma atitude mais dinâmica, produzindo ações concertadas e complementares entre todos os intervenientes.

É neste pressuposto que se estabelece e fortalece entre a população rural um sentimento de pertença coletiva e de identificação, que serão a base da legitimação de valores e de cultura de entreajuda social e de vizinhança e ainda de responsabilização face aos outros ou à sociedade (*accountability*). Esta perspetiva dá enfoque às ações de desenvolvimento e intercooperação a partir das necessidades percecionadas pelos envolvidos, tendo em conta os seus próprios referenciais, o que confere ao processo um carácter ético e um comprometimento da própria comunidade.

O sociólogo brasileiro Abramovay (2006), define que:

...os territórios não são simplesmente um conjunto neutro de fatores naturais e de dotações humanas capazes de determinar as opções de localização das empresas e dos trabalhadores: eles constituem-se por laços informais, por modalidades não mercantis de interação construídas ao longo do tempo e que moldam uma certa personalidade e, portanto, uma das fontes da própria identidade dos indivíduos e dos grupos sociais. (p.3)

O que nos faz estar convictos de que algo poderá ser alterado é o facto de que a ruralidade, a territorialidade e o desenvolvimento são temas que têm sofrido tentativas de atualização e alteração não apenas no domínio académico, onde a busca pela renovação dos focos de atenção é quase uma constante, mas também a nível da implementação na prática de todos os processos inerentes à teoria. O que chama a atenção é o facto de que

os domínios da política, na esfera institucional e organizacional, e o domínio das práticas sociais, também procuram novas referências que orientem os seus modos de agir e fazer.

Escobar (2001) refere que, tanto a fenomenologia como a ontologia, duas poderosas perspetivas epistemológicas das ciências humanas, tratam da relação dos indivíduos com o seu lugar, no espaço. Mas neste paradigma, a questão central das relações entre os humanos e os territórios passa pela construção das identidades e da criação de códigos e normas que criam elos sociais entre indivíduos que ocupam determinado espaço e comungam entre si valores e sentimentos de pertença a um grupo. O território, portanto, deixa de ser apenas a delimitação do espaço físico ocupado e usado e passa a ser uma referência cultural que se manifesta através da identidade dos indivíduos em relação ao espaço que ocupam e usam (Sayago, Tartaruga, Oliveira & Echeverri, 2006).

Para a população rural, a agricultura de subsistência traduz uma questão de segurança e de cooperação intergeracional, condicionando a satisfação das condições de vida, uma vez que as comunidades rurais estão direta e indiretamente inseridas na sociedade rural. A agricultura familiar é entendida como agricultura de subsistência, formada pelas famílias nucleares que recorrem principalmente ao seu agregado familiar para as atividades de produção e que beneficiam dos resultados decorrentes dessa atividade. Têm como estratégia principal a satisfação das necessidades alimentares do agregado familiar.

A valorização dos recursos específicos das zonas rurais, no âmbito de uma estratégia de potenciação dos recursos organizacionais e humanos dos meios rurais, pertinente e adaptada ao contexto local, afirma-se cada vez mais como uma condição obrigatória para a sua transformação socioeconómica, através da participação e da colegialidade. Assim procura-se incentivar as populações rurais para a solução dos seus próprios problemas, estimula-se a utilização de estratégias de desenvolvimento que combinem o *upgrade* dos recursos humanos da população (evitando o êxodo rural), com a criação de oportunidades da sua efetiva utilização produtiva, bem como a aproximação dos serviços públicos às populações de modo a garantir a celeridade, a desburocratização e a adequação dos recursos e decisões à realidade contextualizada a nível local.

Está esgotado o modelo de eficiência que se dedicou a alimentar o mercado de trabalho de trabalhadores por contra de outrem. Esse modelo, a manter-se como está, só continuará a produzir cada vez mais desigualdades e exclusão e agravará a perda de autossuficiência económica dos indivíduos e das famílias, tornando-as mais frágeis e dependentes. O descrédito crescente e continuado dos meios rurais facilitou a desresponsabilização do papel social das famílias e dos cidadãos em relação aos seus principais deveres de cidadania. A atual predominância do contexto económico sobre o contexto social levou a população jovem a emigrar, quer para os grandes centros urbanos quer para o estrangeiro, deixando nas aldeias as populações mais idosas. Essa alteração dos agregados familiares e o envelhecimento das populações criaram dilemas éticos que podem e devem ser analisados, nomeadamente a nível social, económico, e de saúde, num contexto multidisciplinar, integrado e inclusivo; numa palavra, a nível bioético.

1.1. Para cá do Marão: a terra e o homem

Os distritos de Vila Real e Bragança, com os vinte e seis concelhos, formam a antiga província de Trás-os-Montes, tal como foi demarcada, pela primeira vez, em 1796. Num documento desse ano, da autoria de Columbano Pinto Ribeiro de Castro, pode ler-se “...denomina-se assim por lhe ficar a província do Minho ao ocidente de trás da serra do Marão, que a divide por esta parte...” (Parafita & Fernandes, 2007, p.13). Nessa época, a referida província era limitada a norte e a este pela Espanha, a sul pelo rio Douro e a oeste pela província do Minho.

A região apresenta um relevo bastante variado, com vales profundos a alternar com grandes extensões de planaltos e serras. Situa-se a nordeste de Portugal, isolada da influência atlântica das linhas planálticas e montanhosas, o que torna o seu clima muito frio no inverno e extraordinariamente quente no verão, daí resultando a expressão popular “nove meses de inverno e três de inferno”.

Os contrastes das paisagens com as serras imponentes, os rios e as ribeiras, os pequenos pinhais e os campos agrícolas cada vez mais abandonados, configuram todo um espaço natural rude e agreste. Região de tradições seculares que lhe conferem uma firme

identidade cultural, tem o Homem como o seu maior património. A hospitalidade, muito bem traduzida na expressão “Entre...Quem é?” e não “...Quem é?...Entre...”, a frontalidade e grandeza de carácter, o elevado sentido de responsabilidade e a enorme capacidade de entrega ao trabalho, são alguns dos traços que identificam o povo transmontano (Parafita & Fernandes, 2007).

Esta região, mercê do isolamento em que permaneceu ao longo dos séculos, para o qual contribuíram fortemente as barreiras naturais que a separam do resto do país, tem conseguido preservar os traços essenciais da sua cultura tradicional mas também tem ficado esquecida do desenvolvimento e muito despovoada, embora nos últimos anos, a renovação da rede viária (IP4, A24) tenha contribuído para aliviar esse isolamento.

As mudanças estruturais das economias e sociedades (mutações tecnológicas, transformações do mercado de trabalho, fragilização das estruturas familiares, tendências para a fragmentação social, evolução dos fenómenos migratórios, mutações nos sistemas de valor), influenciam a zona nordeste de Portugal, uma zona essencialmente rural e com características muito próprias, onde se encontram marcas de um passado de isolamento que teima em permanecer. A frequência com que as pessoas estabelecem relações sociais e de vizinhança é bastante significativa, pois a maior parte dos homens e mulheres, maioritariamente idosos, conversam e relacionam-se funcionalmente todos os dias quer com vizinhos quer com amigos ou familiares.

Na verdade, o idoso transmontano, como bom artífice que é, foi construindo a sua personalidade através da experiência, da sua cultura específica e do trabalho árduo de sol a sol. Foi-se fazendo ao longo da vida e das dificuldades por que passou. Ao lutar, no seu dia a dia, tende a humanizar-se, isto é, tornar-se mais “pessoa”.

O transmontano, Homem de grande personalidade, continua com a obrigação de trabalhar, procurando o que o espera e o que lhe poderá ser exigido enquanto membro da sociedade. É importante que ele reconheça as suas potencialidades e que a sociedade as reconheça também, e lhe dê a oportunidade de ser e de se tornar útil, sempre.

A emigração para países europeus, ou simplesmente para as grandes cidades, deixou muitas aldeias vazias, os campos tratados apenas por velhos conscientes do declínio, tristes por verem as terras cultivadas diminuírem todos os anos de tamanho, e os fogos consumirem impiedosamente as suas matas. Os transmontanos sentem que algo se perdeu pelos caminhos do progresso. É muito fácil ouvir um qualquer idoso transmontano dizer que antes havia muita miséria, agora há grandes estradas, o que é bom, mas as pessoas não se conhecem, os filhos emigram, os netos não querem nada com as suas origens.

Não é por acaso que Miguel Torga (1999), um dos muitos transmontanos ilustres, dizia que os verdadeiros valores morais eram vividos na província. A urbe era vista como a profanação dos mesmos. O seu trasmontanismo estava arreigado no mais profundo da sua mente, do seu coração e da sua alma, quando diz:

Este Trás-os-Montes da minha alma! Atravessa-se o Marão, entra-se logo no paraíso! Pelo menos vê-se Nosso Senhor Jesus Cristo em carne e osso, e anda-se com ele de camioneta. Guia o gateiras...Em Constantim bebe um copo de vinho tinto para à noite ter sangue no Calvário. Tudo como nos Evangelhos, porque diz: este é o meu sangue...E anda a gente lá por baixo a ser livre-pensador!. (p.66)

Miguel Torga, via toda a panóplia de alargamento dos horizontes com uma mescla de satisfação e nostalgia. Falando da chegada do homem à lua, disse:

O homem desceu na Lua. Ensacado num fato espacial e de foguetão no rabo, tanto teimou que conseguiu pôr os pés de fora da terra...Que monótonas e desconsoladoras aventuras nos restam no mundo! Primeiro, comandadas por computadores; depois, em vez de sonhos de arredondamentos de fraternidade, propósitos objectivos de alargamento da solidão.... (1999, p.1060)

Por outro lado, exalta o povo transmontano, ao referir:

Moldados na ideia de uma civilização única esquecemo-nos de que há outras civilizações paralelas à nossa, com perfeições inatingíveis por nós, mormente no domínio da ética. Ora viver no convívio destes semelhantes é mais uma lição de disciplina humana e de civismo que se aprende...Morar alguns dias dentro de uma aldeia que não intriga, que não rouba, que tem do vizinho um conceito fraterno...é ficar ligado a uma dívida que não se apaga nos jornais mas sim na ara da consciência. (1999, p.366)

A população idosa torna-se cada vez mais vulnerável e ameaçada pela perda dos laços sociais, que acompanha os processos de exclusão social, ou seja, não só têm uma pobreza monetária como também, e sobretudo, se encontram excluídos em diferentes âmbitos:

emprego, saúde, habitação, proteção social a vários níveis, proteção familiar, entre outros. Por tudo isto, pode falar-se num tipo alargado de exclusão multidimensional, âmbito fulcral no domínio da Bioética.

1.2. O concelho de Vila Real

Vila Real situa-se a cerca de 450 metros de altitude, sobre a margem direita do rio Corgo, um dos afluentes do Douro. Localiza-se num planalto rodeado de altas montanhas, das quais se podem destacar as serras do Marão e do Alvão. Fica, aproximadamente, a 85 quilómetros, em linha reta, do oceano atlântico, a oeste; a 15 quilómetros do rio Douro, que lhe corre a sul e, para norte, fica a cerca de 65 quilómetros da fronteira com a Galiza, Espanha. A cidade de Vila Real é sede de concelho, capital de distrito e, com a reestruturação do país em NUTs¹, passou a pertencer à NUT III Douro².

O concelho é constituído por 30 freguesias³, três das quais são urbanas⁴, sendo as restantes 27 consideradas rurais⁵. A população residente do concelho ronda os 51.850 habitantes, para uma área de cerca de 378,5 km² (INE, 2012).

¹ NUT – Nomenclatura de unidade territorial para fins estatísticos (Decreto-Lei [DL] n.º 244/2002 de 05 de novembro).

² NUT III Douro – Caracteriza-se esta região como sendo uma área “periférica relativamente aos centros de maior dinamismo económico e social” e que se caracteriza por “escassez de acessos, de meios de comunicação e de centros de emprego diversificado”. É uma área onde o despovoamento tem vindo a sentir-se fortemente sobretudo a partir da década de 60, quando a população jovem e activa procurou novas paragens (litoral português e países da Europa Ocidental), em busca de um futuro melhor (Medeiros, 2005, p.101).

³ Abaças, Adoufe, Andrães, Arroios, Borbela, Campeã, Constantim, Ermida, Folhadela, Guiães, Justes, Lames, Lamas de Ôlo, Lordelo, Mateus, Mondrões, Mouços, Nogueira, Nossa Senhora da Conceição (urbana), Parada de Cunhos, São Miguel da Pena, Quintã, São Dinis (urbana), São Pedro (urbana), São Tomé do Castelo, Torgueda, Vale de Nogueiras, Vila Cova, Vila Marim e Vilarinho da Samardã.

⁴ Subsecção estatística que contempla um dos seguintes requisitos: 1) tipificada como “solo urbano” de acordo com os critérios de planeamento dos Planos Municipais de Ordenamento do Território; 2) integra uma secção com densidade populacional superior a 500 habitantes por Km²; 3) integra um lugar com população residente igual ou superior a 5000 habitantes (Deliberação n.º 2717/2009, de 09 setembro).

⁵ Espaço de ocupação predominantemente rural. Subsecção estatisticamente tipificada como “solo não urbano”, de acordo com os critérios de planeamento assumidos nos Planos Municipais do Ordenamento do Território, que contempla o conjunto dos seguintes requisitos: 1) não foi incluída previamente na categoria de espaço urbano ou semiurbano; 2) tem densidade populacional igual ou inferior a 100 habitantes por Km²; 3) não integra um lugar com população residente igual ou superior a 2000 habitantes (Deliberação n.º 2717/2009, de 09 setembro).

Espaço semiurbano, espaço de ocupação predominantemente rural. Subsecção estatisticamente tipificada como “solo não urbano”, de acordo com os critérios de planeamento assumidos nos Planos Municipais do Ordenamento do Território, que contempla o conjunto dos seguintes requisitos: 1) tem densidade populacional superior a 100 habitantes por Km² e igual ou inferior a 500 habitantes por Km²; 2) integra um lugar com população residente igual ou superior a 2000 habitantes e inferior a 5000 habitantes (Deliberação n.º 2717/2009, de 09 setembro).

Sem prejuízo da feição urbana da cidade, o concelho mantém características rurais bem marcadas. Dois tipos de paisagem dominam: a zona mais montanhosa, separada pela terra verdejante e fértil do Vale da Campeã e, para o sul, com a proximidade do Douro, os vinhedos em socalco. Por toda a parte existem linhas de água que irrigam a área do concelho, com destaque para o rio Corgo, que atravessa a cidade de Vila Real num estreito mas profundo vale⁶.

Numa região que revela indícios de ter sido habitada desde o Paleolítico, os vestígios de povoamentos posteriores, como o Santuário Rupestre de Panoias, demonstram a presença dos romanos na região, mas os tempos que se seguiram, durante as invasões bárbaras e sobretudo muçulmanas, impuseram um despovoamento gradual que só terminou com a aproximação do século XII, com a outorga, em 1096, do foral de Constantim de Panoias, pelo Conde D. Henrique. Em 1289, por foral de D. Dinis, é fundada a localidade de Vila Real de Panoias, que viria a transformar-se na cidade de hoje (Câmara Municipal de Vila Real [CMVR], 2013).

O êxito da povoação então fundada, comprova-se com a evolução do número de moradores: dos cerca de 480 habitantes em 1530, Vila Real passa a ter, aproximadamente, 3.600 em 1795; em 1991 a população era de 13.809 habitantes, e em 2006, a população residente era de 24.130. Este crescimento deve-se, em grande parte, a uma localização geográfica privilegiada, entre o litoral e o interior, com ligações ao Porto, Chaves, Bragança e terras do sul. São concelhos limítrofes do concelho de Vila Real os concelhos de Amarante, Mondim de Basto, Peso da Régua, Ribeira de Pena, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar (CMVR, 2013). A cidade de Vila Real dista do Porto (centro urbano mais próximo com mais de 500 mil habitantes), aproximadamente, 100 quilómetros. O concelho de Vila Real continuou a aumentar a sua população, conforme podemos verificar pelos diferentes Censos: em 1991, havia 46.150 habitantes; em 2001, havia no concelho 49.957 indivíduos na população residente e, em 2011, a população era de 51.850 (INE, 2012).

⁶ Retirado de http://www.cm_vilareal.pt, em 28 fevereiro de 2013.

Nos séculos XVII e XVIII, Vila Real consolida a designação de “Corte de Trás-os-Montes”, que havia ganho com a presença dos nobres que aqui se fixaram por influência da Casa dos Marqueses de Vila Real, presença ainda hoje visível nas inúmeras pedras-de-armas que atestam os títulos de nobreza dos seus proprietários (CMVR, 2013).

Como povoação mais importante em Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real adquiriu o estatuto de capital de província e, no século XX, década de 20, viu reconhecido o seu peso económico, demográfico e administrativo com dois atos de grande relevo: a criação da Diocese, em 20 de abril de 1922, e a elevação a cidade em 20 de julho de 1925 (CMVR, 2013).

Apesar de Vila Real viver atualmente uma fase de crescente desenvolvimento, a nível industrial, comercial e dos serviços, com relevo para a saúde, o ensino e o turismo, a expressão do abandono e da solidão está bem patente nesta região, revelada pela diminuição progressiva de residentes nas zonas rurais. Consequentemente, a paisagem humanizada foi sofrendo alterações. Também as relações interpessoais e intergeracionais se alteraram profundamente, refletindo-se impiedosamente na população idosa que aí reside, e que é, como se sabe, de longe maioritária. O crescente número de idosos é um aspeto cada vez mais preocupante, uma vez que se encontram sós, em virtude dos seus filhos se encontrarem emigrados. É, por isso, importante desenvolver novas formas de sociabilidade e de lazer, redefinindo as relações com a família e os parentes.

A necessidade de cuidados permanentes, a começar por uma alimentação equilibrada, seguindo-se os cuidados de saúde e, sobretudo, a necessidade de convívio que estes idosos sentem, tornam imperativo a existência de estruturas de apoio dirigidas a esta faixa etária, no âmbito de proximidade.

Prevê-se um aumento da cobertura do atendimento aos idosos e, por essa via, uma diminuição do isolamento, o que está de acordo com a reestruturação dos CSP que foram reconhecidos como sendo o pilar central do sistema de saúde “os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados

na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (DL nº 28/2008, de 22 de fevereiro, p.1182).

Verifica-se que a reconfiguração dos centros de saúde obedece a um duplo movimento: por um lado, a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionam maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna; e, por outro lado, a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos CSP, que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população (Nunes & Rego, 2002).

A população idosa e isolada necessita que as instituições concretizem de forma eficiente o serviço de proximidade à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, garantindo “a cobertura dos cuidados de saúde primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, minimizando as atuais assimetrias de acesso e cobertura de natureza regional ou social e apostando na prevenção” (Despacho nº 13795/2012, de 24 de outubro, p.34974).

As orientações estratégicas para um envelhecimento ativo privilegiam, nesta fase do ciclo vital, a intervenção a diferentes níveis:

A família, capacitando-a para a prestação de cuidados informais, os lares de idosos, capacitando-os para a manutenção da funcionalidade, autonomia e independência; os centros de saúde e hospitais, promovendo a identificação de critérios de fragilidade e de cuidados antecipatórios; as unidades de cuidados continuados integrados, promovendo a prestação de cuidados curativos, paliativos, de reabilitação e de recuperação globais em internamento, em ambulatório e no domicílio. (Direção Geral da Saúde [DGS], 2004a, p.8)

No Plano Nacional de Saúde de 2011-2016, no capítulo IV, verifica-se a importância que é dada aos diferentes ciclos de vida e da forma de promover um contexto favorável à saúde para os diferentes ciclos de vida. Considera que a saúde dos seniores se deve desenvolver “no contexto familiar, nos locais de trabalho e lazer, na comunidade, nas instituições de acolhimento” (DGS, 2011, p.8).

Todo este conjunto de diretrizes e legislação possibilitarão, à partida, a indução de uma série de efeitos, direta ou indiretamente previstos, no âmbito das condições e qualidade de vida, da reestruturação familiar, das imagens e identidade, da capacidade de relacionamento com as instituições, da integração comunitária. No entanto, é importante que a nível regional e local os efeitos práticos se façam sentir de forma efetiva. As vivências individuais realizam-se em contextos sociais, laborais, institucionais ou outros, promotores da saúde e protetores da doença (Dahlgren & Whitehead, 2007) e constituem-se como ambiente salutogénico. Cada contexto possui também um potencial de risco para a saúde, que deve ser adequadamente reconhecido e minimizado (DGS, 2011).

A identificação de critérios de vulnerabilidade, próprios deste grupo social, com características específicas, relacionadas com a região onde a vida não é fácil e o isolamento ainda é uma realidade, é essencial para prever cuidados antecipatórios, por forma a contribuir para a identificação de alguns fatores de vulnerabilidade que possam ser alterados no concreto e favorecer a integração e participação dos idosos na tomada de decisão sobre os seus próprios destinos.

A nível demográfico e contextualizando Vila Real no panorama da região norte e de Portugal, verifica-se que Vila Real tem 18,1% de idosos, o que é ligeiramente superior à zona norte com 17,5%, mas inferior à percentagem nacional que é de 19,1% (INE, 2012).

Em 2011, e tendo em conta a referência a nível nacional, podemos verificar (Tabela 1) que havia, em números absolutos, 2.010.064 indivíduos com 65 ou mais anos em Portugal, sendo que, no continente, era de 1.937.788, na região norte de 631.439 e no concelho de Vila Real de 9.384 indivíduos (INE, 2012).

Tabela 1.

População residente segundo o Censos de 2011

| | 2011 | | | | Total |
|--------------------|---------|---------|---------|----------------|----------|
| | 0-14 | 15-24 | 25-64 | 65 e mais anos | |
| Portugal | 1572329 | 1147315 | 5832470 | 2010064 | 10562178 |
| Continente | 1484120 | 1079493 | 5546220 | 1937788 | 10047621 |
| Região Norte | 557233 | 425876 | 2075134 | 631439 | 3689682 |
| Concelho Vila Real | 7714 | 5639 | 29156 | 9341 | 51850 |

Fonte: INE (2012)

Vila Real tem trinta freguesias (Tabela 2), das quais três são urbanas, com agregados populacionais muito pouco uniformes e muito dispersos do centro da freguesia.

Tabela 2.

População residente por freguesia, grupo etário e sexo

| Freguesias | Em 2011 | | | | | | População residente - variação entre 2001 e 2011 (%) | | | | |
|----------------------|---------|-------|----------------|-------|-------|------|------------------------------------------------------|----------------|--------|-------|--------|
| | Total | | Grupos etários | | | | Var. Total | Grupos etários | | | |
| | HM | H | 0-14 | 15-24 | 25-64 | ≥65 | | 0-14 | 15-24 | 25-64 | ≥65 |
| Vila Real | 51850 | 24670 | 7714 | 5639 | 29156 | 9341 | 3,79 | -4,47 | -24,97 | 9,48 | 20,76 |
| Abaças | 965 | 465 | 126 | 93 | 492 | 254 | -10,15 | -10,64 | -45,29 | - | -1,17 |
| Adoufe | 2155 | 1044 | 351 | 259 | 1161 | 384 | 4,26 | -3,57 | -22,22 | 9,53 | 23,87 |
| Andrães | 1389 | 656 | 178 | 171 | 774 | 266 | -8,07 | -28,51 | -23,66 | 2,52 | -6,01 |
| Arroios | 1117 | 540 | 170 | 137 | 640 | 170 | 16,96 | 1,80 | -9,87 | 23,0 | 46,55 |
| Borbela | 2652 | 1257 | 395 | 282 | 1506 | 469 | 3,72 | -6,62 | -22,31 | 6,36 | 32,11 |
| Campeã | 1375 | 641 | 138 | 140 | 686 | 411 | -15,49 | -37,84 | -32,37 | - | -0,24 |
| Constantim | 1020 | 470 | 147 | 133 | 594 | 146 | 5,05 | -7,55 | -14,74 | 13,7 | 8,96 |
| Ermida | 419 | 197 | 32 | 48 | 229 | 110 | -23,26 | -57,89 | -40,00 | - | 0,00 |
| Folhadela | 2261 | 1037 | 322 | 284 | 1224 | 431 | 19,19 | 11,81 | 9,65 | 22,1 | 23,85 |
| Guiães | 478 | 234 | 52 | 62 | 257 | 107 | -18,29 | -48,00 | -37,37 | - | 1,90 |
| Justes | 333 | 167 | 23 | 28 | 157 | 125 | -22,92 | -46,51 | -44,00 | - | -3,10 |
| Lamares | 351 | 172 | 55 | 25 | 196 | 75 | -16,23 | 12,24 | -63,77 | - | -5,06 |
| Lamas de Olo | 109 | 43 | 8 | 8 | 52 | 41 | -38,42 | -61,90 | -72,41 | - | -16,33 |
| Lordelo | 3169 | 1562 | 535 | 355 | 1869 | 410 | 9,81 | -1,29 | -29,56 | 21,8 | 33,99 |
| Mateus | 3400 | 1624 | 624 | 351 | 2024 | 401 | 33,60 | 28,40 | 8,33 | 38,5 | 46,35 |
| Mondrões | 1065 | 524 | 153 | 120 | 555 | 237 | -8,11 | -22,34 | -27,27 | - | 12,86 |
| Mouços | 3051 | 1494 | 483 | 300 | 1683 | 585 | 4,99 | 2,55 | -38,14 | 12,7 | 28,01 |
| Nogueira | 545 | 258 | 59 | 54 | 272 | 160 | -23,02 | -47,79 | -50,00 | - | 15,11 |
| N. Srª Conceição | 8885 | 4221 | 1484 | 905 | 5297 | 1199 | 13,24 | 7,85 | -15,58 | 15,2 | 49,88 |
| Parada de Cunhos | 1939 | 943 | 303 | 258 | 1108 | 270 | 8,38 | -8,73 | 4,88 | 11,6 | 23,29 |
| Pena | 483 | 226 | 60 | 40 | 249 | 134 | -10,56 | -22,08 | -53,49 | - | 22,94 |
| Quintã | 174 | 80 | 16 | 25 | 95 | 38 | 17,57 | -40,74 | 108,33 | 18,7 | 31,03 |
| São Dinis | 3937 | 1855 | 556 | 452 | 2231 | 698 | 1,73 | -10,03 | -25,78 | 5,63 | 31,45 |
| São Pedro | 4766 | 2188 | 649 | 439 | 2752 | 926 | 7,78 | 29,28 | -39,86 | 16,0 | 13,20 |
| São Tomé do Castelo | 950 | 442 | 119 | 87 | 477 | 267 | -4,04 | -11,85 | -39,58 | 2,80 | 8,10 |
| Torgueda | 1382 | 660 | 170 | 168 | 730 | 314 | -12,70 | -34,36 | -33,86 | - | 18,05 |
| Vale de Nogueiras | 836 | 395 | 115 | 111 | 410 | 200 | -17,31 | -37,16 | -26,00 | - | 0,00 |
| Vila Cova | 162 | 75 | 8 | 15 | 81 | 58 | -32,22 | -68,00 | -58,33 | - | -13,43 |
| Vila Marim | 1742 | 843 | 268 | 202 | 949 | 323 | 3,08 | -4,96 | -23,77 | 4,29 | 38,63 |
| Vilarinho de Samardã | 740 | 357 | 115 | 87 | 406 | 132 | -8,30 | -22,30 | -35,56 | 6,56 | -7,69 |

Fonte: INE (2012)

Pela descrição feita das diferentes freguesias de Vila Real, poderemos facilmente constatar que não é uniforme a distribuição das inúmeras localidades, nem a nível de população nem a nível geográfico, sendo difícil uma análise comparativa, mas

verificando-se em todas o envelhecimento evidente da população e o “esvaziamento” de população em idade ativa.

Da importância dos níveis de atuação do mercado, tanto ao nível local como regional, não há muitos estudos, apenas alguns no âmbito da antropologia e da sociologia, com estudos centrados sobre uma aldeia ou uma freguesia. Relativamente à história local, ou mesmo regional, há ainda tudo a esperar, dada a inexistência, entre nós, de uma tradição de estudos de comunidade teoricamente orientados para problemas de âmbito nacional.

O concelho de Vila Real é marcadamente rural, embora a sua sede seja eminentemente urbana. A norte, uma agricultura de montanha, assente na produção extensiva de gado bovino e/ou na policultura voltada para o auto consumo e, a sul, a monocultura da vinha para produção de vinho do Porto, assente em explorações fortemente capitalizadas e também numa agricultura familiar de pequena escala. Paralelamente, existem algumas localidades que, pela sua proximidade, são produtoras de hortícolas e alfobres para abastecimento do mercado local de Vila Real e mercados vizinhos.

Relativamente à economia do concelho, verifica-se, tal como a nível nacional, a quebra da importância da família como unidade de produção orientada para a autossubsistência familiar, o reforço da especialização ocupacional, a integração das várias regiões económicas no espaço nacional. Os campos são cada vez menos trabalhados, restando apenas os idosos para as atividades agrícolas; por outro lado, o aparecimento das grandes superfícies nas cidades vai fazendo face às necessidades do dia a dia, não raras vezes com produtos importados.

A coesão territorial faz-se pelo empenho de todos no reforço dos serviços e bens essenciais nas regiões mais carenciadas, nomeadamente nas localidades das diferentes freguesias rurais deste concelho que é Vila Real. Os bens e serviços essenciais para as populações encontram-se consagrados no artigo 36º da Carta dos Direitos Fundamentais, que coloca o cidadão individual no cerne das prioridades da UE, onde se “ reconhece e respeita o acesso a serviços de interesse económico geral tal como previsto nas legislações e práticas nacionais, de acordo com os Tratados, a fim de promover a coesão social e territorial da União” (UE, 2010, p.399).

Historicamente, o mundo rural destaca-se por se organizar em torno de uma tetralogia de aspetos bem conhecida: (i) a sua função principal é a produção de alimentos; (ii) a sua atividade dominante é a agricultura e a pecuária; (iii) o grupo social de referência é a família camponesa, com modos de vida, valores e comportamentos muito próprios; (iv) o estilo de paisagem existente reflete a conquista do equilíbrio entre as características naturais e o tipo de atividades humanas desenvolvidas.

Sendo a baixa densidade populacional e relacional um dos principais problemas de grande parte das zonas rurais, importa referir aqui, por uma questão de equidade, o fator relacionado com as condições de acesso a infraestruturas, equipamentos, serviços e competências cujo grau de especialização é incompatível com uma localização rural ou, no mínimo, com os tradicionais padrões dispersos de distribuição geográfica. Este aspeto é tanto mais importante quanto, neste momento, já se coloca em relação a equipamentos relativamente banais, como por exemplo, as escolas do 1º ciclo, os cuidados de saúde, as acessibilidades, entre muitos outros.

Neste contexto, falar nas condicionantes acima enumeradas, implica uma atenção particular a todas as iniciativas que favoreçam o estabelecimento de redes individuais e institucionais, a mobilidade de pessoas, bens e conhecimentos e o desenvolvimento de soluções locais para a diminuição de iniquidades, questões estruturantes no contexto da bioética.

2. ENVELHECIMENTO - (BIO) ÉTICA POPULACIONAL

A bioética terá, certamente, na sua origem questões de índole populacional, e foi nestes dilemas colocados às pessoas, impelidos pelos diferentes movimentos demográficos e sociais, que Potter e Hellegers focaram a sua atenção.

Potter, estava particularmente preocupado com a explosão demográfica que se seguiu à segunda guerra mundial, e que ficou conhecida como o fenómeno do *Baby-boom*. Para este autor, o controlo do crescimento demográfico era determinante para o equilíbrio ecológico e, assim, para a sobrevivência do homem. A sua perspetiva sobre as populações

humanas era essencialmente biológica e especificamente ecológica (Neves & Osswald, 2007).

Por outro lado, Hellegers estava interessado, essencialmente, no impacto de algumas transformações populacionais na prática diária da atividade clínica. Para o autor, o fenómeno do envelhecimento que estava a acontecer, devido essencialmente à melhoria das condições de vida e dos cuidados de saúde em particular, bem como a inversão da taxa de natalidade, colocaria, a curto prazo, dilemas éticos que urgia analisar. A sua reflexão sobre a população humana era de cariz eminentemente social e tinha como preocupação a evolução dos cuidados médicos, de forma a dar resposta às novas exigências que se colocariam à sociedade (Neves & Osswald, 2007).

É, pois, nos anos 70, que a demografia se afirma plenamente como uma ciência social e humana. Os principais fatores que condicionam a sucessão das várias fases demográficas são formalmente os mesmos que determinam o desencadear da bioética, ou seja, fatores científicos e sociais, estando assim fundamentada a importância e o empenho que a bioética mantém nas transformações demográficas.

A inédita capacidade de controlar a fecundidade humana, a par do revolucionário poder de prolongar a vida do homem, mantém-se hoje como problemáticas complexas do ponto de vista ético, sem que tão pouco tivesse sido estabelecido ou procurado o moderno equilíbrio demográfico.

Os problemas demográficos agravam-se devido a um acentuado decréscimo das taxas de natalidade, ao envelhecimento relativo e em valor absoluto da população e a um número de óbitos superior ao dos nascimentos, determinante da impossibilidade de se garantir a substituição das gerações.

Enquanto assistimos ao grave e acentuado problema do envelhecimento da população, com a inédita inversão da pirâmide demográfica, a população mundial continua a aumentar, mantendo viva a preocupação originária de Potter (impacto da sustentabilidade no planeta com o aumento da população mundial que, embora não seja uniforme, tem nos países subdesenvolvidos um grande impulso). As decisões a implementar para reverter

esta situação não são neutras do ponto de vista axiológico e, por isso, exigem uma reflexão (bio) ética.

Muitos prodígios da biomedicina afetam diferentemente as numerosas pessoas sobre as quais se exercem, ao mesmo tempo que convergem todos eles, no seu conjunto, para o aumento da expectativa de vida. É neste contexto que suscitam também uma pluralidade significativa de questões relacionadas com o fim da vida, as quais têm vindo a ganhar relevância à medida que a população idosa vai aumentando. (Neves & Osswald, 2007, p.244)

Algumas das questões suscitadas particularmente pelo envelhecimento da população, são fundamentalmente debatidas no plano social, da ação da comunidade, através das suas diferentes instituições, em relação aos seus membros mais idosos que, como tal, têm necessidades particulares. Neste âmbito, ganha destaque o acompanhamento e o cuidado dos mais velhos, através da ação da assistência social, não apenas na atenção às frequentes situações de doença mas, em geral, às dificuldades específicas do quotidiano dos mais idosos, que se referem frequentemente a problemas de locomoção, isolamento, solidão e de índole económica.

É do conhecimento comum que a situação de vida de muitos idosos é ainda hoje bastante insatisfatória, se não mesmo dramática, em alguns casos.

Socialmente, e no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projecta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como das condições e circunstâncias que envolvem a velhice, pela perturbação que causam, uma vez que negam o processo de desenvolvimento. (Martins & Rodrigues, 2004, p.250)

Há modelos comuns de cuidados que carecem ser revistos e, sobretudo, em cada uma das atitudes tomadas em relação aos idosos, importa identificar os valores que estão efetivamente a ser adotados e promovidos na nossa sociedade e apreciar a sua legitimidade ética.

Há obrigação legal, exigível em tribunal, de pensão de alimentos dos filhos em relação aos pais sem condições de subsistência. Mas são raros os casos julgados nos tribunais portugueses. Se, por um lado, os filhos têm, indubitavelmente, o dever de cuidar dos seus pais, este cuidado, enquanto obrigatoriedade, dirige-se efetivamente apenas à sua consciência e sentido de responsabilidade. Por isso:

...o actual envelhecimento da população coloca-nos de facto perante dois diferentes tipos de desafios. Um primeiro que se reporta aos graves problemas humanos que o envelhecimento implica, ... e um segundo que se prende com a necessidade de contrariar esta tendência, o que apenas pode ser feito, ética e eficazmente, promovendo a natalidade. (Neves & Osswald, 2007, p.249)

2.1. O processo de envelhecimento

Os estudos epidemiológicos revelam que a velocidade do declínio varia consideravelmente, consoante os órgãos, sendo a dos tecidos elásticos muito rápida e a do cérebro muito mais lenta.

O envelhecimento constitui-se como um estadio “natural” que se manifesta na fase final da vida do ser humano. Sendo um processo que se desenvolve gradualmente e de forma contínua, não se revela, no entanto, igualmente em todas as pessoas: alguns envelhecem quase sem a perda de capacidades, deficiências e doenças, e outros não. O envelhecimento não é apenas um fenómeno biológico, relaciona-se também com o percurso pessoal e social de vida. O nível de instrução e as condições económicas, estão entre os fatores que influenciam socialmente o envelhecimento. Logo, a forma como se envelhece e a maior ou menor valorização que é dada a esse processo depende mais das sociedades humanas do que da natureza. Consoante as épocas e as culturas e, conseqüentemente, consoante os modos de vida e evolução científica, assim varia o modo como envelhecemos.

Existem diferenças de envelhecimento das células, dos tecidos, órgãos e aparelhos, mas, apesar das assimetrias, o homem envelhece como um todo. É um processo irreversível, pois vive-se, logo envelhece-se. Assim, a velhice é um processo e não um acontecimento. “Nascer, é começar a envelhecer, seguindo-se uma evolução geneticamente programada” (Fernandes, 2002, p.23). Este processo é influenciado por fatores intrínsecos, inerentes ao próprio indivíduo, e fatores extrínsecos, inerentes ao meio ambiente.

As representações sociais ocorrem devido à interrelação entre atores sociais, o fenómeno e o contexto que os rodeia (Araújo, Coutinho & Santos, 2006).

O fator idade só parcialmente reflete o processo de envelhecimento nas diferentes fases da vida. “A idade é uma variável vazia, na medida em que é apenas um índice da passagem do tempo” (Araújo et al., 2006, p.34).

São sobretudo as perdas de papéis, as crises, as múltiplas situações de stresse, a doença, a fadiga, o desenraizamento e outros traumatismos, que dificultam a capacidade de adaptação das pessoas idosas. Não nos esqueçamos que as perdas afetam o ser humano, do nascimento até à morte: “Há uma perda cada vez que uma situação é vivenciada como um insucesso, uma separação, uma privação afectando o seu status, os seus papéis, os seus objectivos ou os seus sonhos e ilusões” (Fernandes, 2002, p.23).

Para além das alterações cognitivas e físicas, com as quais muitos idosos têm que se confrontar, as inúmeras perdas económicas e sociais podem influenciar a componente psicológica do idoso. Estas perdas, quer previstas quer imprevistas, são em geral múltiplas: é a perda de vigor, capacidade funcional, do cônjuge, filhos, amigos, saúde; é a perda de elos sociais, de atividade profissional devido à reforma ou doença, do papel na família, do lar, entre outras. Nas sociedades atuais, há ainda a tendência para associar a pessoa idosa ao declínio físico, às rugas, aos cabelos brancos, à dependência e à doença (Vaz, 2008). É fundamental valorizar os sentimentos de perda nos idosos, pois muitas vezes suscitam sintomatologia depressiva, como ansiedade, reações psicossomáticas, afastamento e descompromisso.

Todo o indivíduo tem a capacidade de se adaptar; porém, nem sempre se adapta bem e com facilidade, dado que “o nível de adaptação de uma pessoa é um ponto em constante mudança constituído por estímulos focais, contextuais e residuais, que representam o padrão individual e ao qual pode responder de forma adaptativa normal” (Blue, Brubaker, Papazian & Riester, 1989, p.260).

Muitas das adaptações que os idosos têm que experimentar representam verdadeiras crises. Estas perturbam o seu estilo de vida, constituem agressões à sua integridade física e psicológica e, por vezes, interferem com a sua autoestima, tendo que apelar a recursos não habituais. A boa adaptação depende essencialmente do grau de atividade, do estado de saúde e situação financeira, entre outros fatores. “A idade avançada, mau estado de

saúde física ou mental, baixo nível económico, origem étnica diferente da do grupo dominante, sexo (principalmente o feminino), estatuto socioeconómico fraco e o isolamento, são factores que tornam mais difícil a adaptação à velhice” (Fernandes, 2002, p.42).

A ação sobre o envelhecimento dos fatores ligados ao meio é ainda pouco conhecida. Sabe-se, contudo, que os idosos têm que recorrer a todos os meios à sua disposição para controlar o ambiente físico, psicológico e social. De qualquer forma, poderemos dizer que o ambiente é um fator importante a ter em conta na problemática das pessoas idosas: “Se elas se sentirem em perigo, refugiam-se para a segurança de um mundo interior, entram em regressão e a sua saúde pode ser afectada” (Figueiredo, 2007, p.90), tornando-se uma sobrecarga quando ainda têm potencial ativo para a dinâmica social, tão importante para a boa agregação de recursos intergeracionais, absolutamente fundamentais para o equilíbrio social.

Figueiredo (2007) afirma que “...‘as sociedades têm agora o luxo de envelhecer’ –, mas as consequências para as nações, governos e indivíduos, constituem um motivo de preocupação presente um pouco por todo o mundo” (p.91). Nas sociedades desenvolvidas, o crescimento do tempo de vida decorreu de uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde, de uma substancial evolução do conhecimento médico, das técnicas de diagnóstico e do desenvolvimento da indústria farmacêutica, acrescentando-se ainda o desenvolvimento económico e social, cujos impactos benéficos na saúde das populações são já factos adquiridos (Fernandes, 2007).

O aumento demográfico no mundo, principalmente nos países subdesenvolvidos, é uma realidade. Dependendo hoje o crescimento demográfico de uma autorregulação social, o problema torna-se agora em toda a sua extensão eminentemente e inevitavelmente ético.

Situações demográficas graves, como são o envelhecimento da população e o seu crescimento mundial, exigem tomadas de decisão ponderadas e a implementação de ações equilibradas que considerem conjuntamente os interesses individuais e os da comunidade.

2.2. Contextualização histórica do envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno que ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa; no entanto, a forma como se envelhece e a maior ou menor valorização que é dada a esse processo depende mais das sociedades humanas do que da natureza. Conforme as épocas e as culturas e, conseqüentemente, consoante os modos de vida e os meios científicos e tecnológicos, assim varia a forma como envelhecemos. Em sociedades mais conservadoras e tradicionalistas, o conhecimento e a experiência dos mais velhos são enaltecidos, enquanto em sociedades em que se cultiva a beleza, a vitalidade, a juventude ou o materialismo, a velhice é sinónimo de incapacidade e rejeição.

O estudo das sociedades antigas revelou que a atitude face aos velhos variou consoante o contexto económico. “Homens que se mantinham vigorosos mesmo na senectude parecem ter tido mais consideração social que os que apresentavam as fraquezas e mazelas peculiares do envelhecimento” (Leme, 2002, p.506).

Valores culturais arraigados enaltecem o potencial da juventude, em detrimento da velhice, interpretada como um misto de improdutividade e decadência. Face a esta atitude negativa, por parte da sociedade em relação ao idoso, que o leva a negar a sua própria idade cronológica, cometem-se os mais aberrantes atropelos à imagem e ao conceito de velhice. De certa forma, surpreende não o quadro atual, mas sim a rapidez com que ele se desencadeou, pois até há algumas décadas, a geração mais velha mantinha uma posição de absoluta autoridade sobre a mais nova. Por outro lado, as alterações funcionais próprias do envelhecimento, associadas à maior prevalência das doenças crónicas, podem levar à deterioração da habilidade de manutenção da independência, pois “à medida que os anos avançam, acentuam-se as perdas face aos ganhos, podendo o indivíduo, no entanto, compensar as perdas decorrentes das limitações do organismo com o recurso à cultura ou através de um arranjo do ambiente que lhe permita atenuar ou mesmo tornar insignificantes essas limitações” (Fonseca, 2008, p.199). É este o motivo pelo qual as pessoas idosas são, em número e intensidade, proporcionalmente mais dependentes que os jovens.

Apesar de toda a variedade de avanços científicos para aumentar a esperança de vida com o objetivo final de alcançar o maior número de anos possível, pode chegar-se à conclusão que é melhor dar mais vida aos anos que anos à vida. Todos concordam que o envelhecimento da população “...é uma aspiração natural de qualquer sociedade e, depois desta desenvolver continuamente esforços no sentido de prolongar a vida humana, então deve oferecer as condições adequadas aos idosos para viver com bem-estar. É um importante desafio que se coloca a toda a sociedade” (Natário, 1992, p.55). As repercussões sociais, económicas e éticas e os serviços de saúde e ação social obrigaram a repensar a “velhice” e a estabelecer consensos em várias áreas, nomeadamente a adoção de estratégias adequadas para prolongar a vida e manter o bem-estar dos idosos.

Na nossa sociedade, os idosos já não têm um papel para desempenhar. É terrível para eles, que se sentem postos de parte, mas é também deplorável para os jovens que são privados de uma influência indispensável ao seu próprio desenvolvimento, e é deplorável ainda para a coletividade que fica como que amputada. Todos correm sem terem tempo para refletir nos problemas de conjunto até que, um dia, bruscamente, estes trabalhadores empenhados caem no vazio.

O primeiro impacto do envelhecimento é a perda dos seus papéis sociais e o vazio experimentado por não encontrar novas funções. Quanta angústia, decepção e sofrimento! Ao mesmo tempo, quanto potencial desperdiçado! O que é extremamente empobrecedor para a própria sociedade pois, a valorização do conhecimento e da experiência dos idosos pode variar na dependência direta do montante de conhecimentos e cultura e da disponibilidade de meios alternativos de transmissão dos mesmos atendendo ao seu estatuto económico e social (Leme, 2002).

A nossa sociedade confere centralidade ao valor do trabalho profissional que atribui o estatuto das pessoas na sociedade e lhes justifica o salário e, na prática, o acesso aos direitos sociais. Apesar de serem declarados universais, o direito à saúde e à habitação, são condicionados pelo valor monetário a despender.

A sociedade tem de compreender que a integração social dos idosos é o caminho para lhes reduzir a dependência, preservar a autoconfiança e contribuir de forma positiva para a sua

prosperidade. É um problema que está em discussão na nossa sociedade: “Fomentar medidas que voltem a colocar os idosos na cúpula dos agregados familiares, onde se entrecruzam três ou mais gerações, é permitir que as crianças e adolescentes encontrem referências aos valores universais na fase de construção da personalidade e da modelação do carácter” (Fernandes, 2002, p.31).

Poder-se-ia pensar que o problema é sobretudo económico, que bastaria multiplicar as obras sociais em favor dos idosos e aumentar a pensão dos reformados para tudo estar resolvido. Claro que é necessário, mas não seria mais que uma terapia de emergência e não etiológica. É evidente que são necessárias reformas sociais, tal como a alocação de recursos suficientes para uma vida pós laboral tranquila; porém, para que tais políticas sejam fecundas, impõe-se ao mesmo tempo uma alteração profunda da mentalidade pública.

A competência técnica de cada indivíduo é importante ao bom êxito profissional, mas quando se alcança a reforma, as pessoas apercebem-se de que não sabem do que falar, que falta a ligação com os que estão ainda no ativo e que se esqueceram da linguagem pessoal. É então que o idoso descobre até que ponto está condicionado por uma civilização despersonalizada. Outrora, o contacto entre as idades estabelecia-se na rua, porque se andava tranquilamente a pé, as pessoas cumprimentavam-se, davam dois dedos de conversa. Um idoso conhecia as crianças com quem se cruzava e falava-lhes dos pais que tinha conhecido quando eles eram pequeninos. Evocava recordações e assim fazia sentir à criança este laço vivo entre o passado e o presente. Hoje, os mais diversos perigos não permitem que os idosos e as crianças vagueiem livremente pelas ruas. As pessoas “empilham-se nas ruas, em massas aglutinadas e silenciosas, numa promiscuidade de corpos e numa ausência de almas” (Tounier, 1981, p.70). Vivem isoladas de todos e de tudo, em instituições ou em sua casa, num tempo marcado pelo alheamento, à espera da morte anunciada, pois a vida passa a constituir-se como um peso e o corpo como um tormento.

Ao longo da vida, as redes sociais dos indivíduos mudam de acordo com os contextos familiares, de trabalho e de vizinhança, entre outros; acontecimentos como a reforma, a morte dos pares, a mudança de casa etc., são susceptíveis de

alterar profundamente essas redes, desagregando-as e/ou reorganizando-as, em todo o caso modificando-as e, nessa medida, facilitando ou dificultando a manutenção da saúde. (Fonseca, 2008, p.205)

A adaptação do idoso passa por um conjunto de interações que assegura a sua continuidade funcional mesmo perante situações potencialmente adversas, o que demonstra a capacidade de resiliência de cada indivíduo.

2.3. Envelhecimento e sociedade

As novas questões ligadas ao envelhecimento realçam a necessidade de substituição do modelo de ciclo de vida tradicional, dividido em três fases bastante distintas: educação, trabalho e reforma. A questão que envolve o envelhecimento e as pessoas idosas exige uma reconceptualização, uma reforma da gestão da idade. O envelhecimento tem suscitado a curiosidade científica dos investigadores. Como tal, as propostas para explicar o seu processo têm aumentado ano após ano. Não existe um consenso sobre o que se chama de velhice. Para a definir, teremos que considerar três perspetivas diferentes: (i) a idade oficial, que consta no cartão de cidadão; (ii) a idade biológica, que depende do estado orgânico e funcional do corpo de acordo com as características de cada idade; (iii) a idade psicológica, que pode não ser compatível nem com a idade civil nem com o estado orgânico, dependendo da unicidade de cada indivíduo em particular.

O processo de “optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a QV à medida que as pessoas envelhecem” (World Health Organization [WHO], 2002a, p.12), bem como a definição de envelhecimento ativo adotada pela OMS, no fim da década de 90, estabelecem uma clara relação entre as oportunidades de saúde e a QV atingível pelas pessoas no seu processo de envelhecimento e têm por base permitir aos idosos permanecerem integrados e motivados na vida laboral e social; porque parece ser a solução encontrada, torna-se indispensável difundir e implementar as medidas propostas pela OMS. É, pois, cada vez mais necessário adaptar a idade da reforma ao prolongamento da vida de forma saudável, adaptar os postos de trabalho, modificando regras e práticas em matéria de emprego, assegurar modalidades de trabalho mais flexíveis, incluindo a passagem gradual para a reforma, maximizar as suas potencialidades, melhorar os

ambientes de trabalho para tornar uma vida ativa mais longa e também eliminar atitudes e práticas de discriminação.

Esta fase da vida encerra o que se aprendeu e viveu, o que se fez e foi alcançado, o que se sofreu e suportou.

João Paulo II designava a velhice como “um dom e um privilégio, não apenas porque nem todos têm a sorte de a atingir, mas sobretudo porque a experiência e a sabedoria que a mesma proporciona permitem um melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro” (Serrania, 1990, p.35). Tal definição remete-nos para uma perspectiva dinâmica da vida, onde o homem está imerso no tempo: nasce, vive e morre. Há um modo correto e um modo errado de envelhecer, e a atitude dos outros em relação ao idoso depende de como este se compreende a si próprio e de como vive.

Porque as divisões cronológicas da vida humana não são absolutas e não correspondem sempre às etapas de processo de envelhecimento natural, tal como já foi referido anteriormente, a velhice não se define apenas pela cronologia (Arantes, 2003). San Martin e Pastor (1990), referem ainda, a influência das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas, pelo que se podem observar diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica, porque o processo de envelhecimento, geralmente, é muito pessoal e cada indivíduo ao envelhecer pode apresentar alterações a diferentes níveis e graus, já que certas funções e capacidades decaem mais rapidamente que outras.

Por isso, é comum dizer-se que o envelhecimento está, em simultâneo, sob a influência do genoma e do meio ambiente, sem que se possa atribuir, com certeza, um peso específico a cada um destes dois fatores, pois cada um deles tem um peso imenso.

A maioria das pessoas não se prepara para envelhecer; uma forte razão para esta recusa é a imagem negativa e pejorativa associada ao velho e à velhice. Muitos consideram que o velho é um estorvo, alguém sem dignidade, sem direitos e sem utilidade. A imagem que

os meios de comunicação social difundem tradicionalmente é a de uma pessoa curvada (submissa), de bengala, quase cega, surda e claramente caduca.

No entanto, a velhice também é vida, pelo que quem envelhece de forma adequada torna-se capaz de entender a vida no seu todo. Como já não antevê propriamente um futuro, volta o seu olhar para o passado, percebe as conexões entre os acontecimentos, percebe as correlações mútuas entre tendências e realizações, conquistas e renúncias, alegrias e dores, e vê como se origina essa maravilhosa estrutura a que damos o nome de «vida humana».

É preciso recriar uma vida nova, o que pode ser excelente, mas exige preparação, adaptação e procura de novos interesses e novos relacionamentos. É que, como se exprime um autor conhecido, “quanto mais honestamente o idoso assumir a sua velhice, quanto mais profunda a compreensão que tiver do seu sentido, e quanto mais rendida a sua submissão à verdade, tanto mais autêntica e valiosa será essa fase da sua vida” (Guardini, 1990, p.86).

Só envelhece tranquilamente quem assume interiormente o seu envelhecimento. Mas o mais frequente é que as pessoas não aceitem o seu envelhecimento e se limitem a suportá-lo. Não podem eliminar o facto de terem setenta anos e não cinquenta ou trinta; ou de as suas forças já não lhes permitirem subir escadas a correr, mas apenas a passos lentos; ou ainda, o facto de a sua pele já não ser lisa, mas cheia de rugas.

A chave do problema do envelhecimento consiste em que o homem aceite envelhecer e que compreenda e realize o seu sentido. Importa acrescentar, porém, que o papel da sociedade também é fundamental, uma vez que deve reconhecer a velhice com retidão e benevolência. “Numa perspectiva preventiva, revela-se importante actuar sobre os estilos de vida (educação para a saúde, por exemplo) e sobre o contexto de vida do idoso (optimizando o seu ambiente residencial) ...” (Fonseca, 2008, p.214), mas só isso não é suficiente, pelo que também é importante, simultaneamente, “o reforço da capacidade de coping, tendo em vista amortecer ao máximo o impacto das fontes de stresse, e dos recursos disponíveis para lidar com problemas significativos” (Fonseca, 2008, p.215). Observa-se, hoje, por toda a parte, uma concepção que somente considera a vida jovem

como humanamente valiosa, ao passo que a velhice é vista como um “estorvo” decrepito e inútil, tal como já foi referido anteriormente.

Não é legítimo que consideremos apenas o Estado como responsável pelas modificações que devem ser empreendidas a nível social, no que se refere à terceira idade. Cada um de nós, individualmente, e o nosso grupo de “pares”, também faz parte desta sociedade em que vivemos e que tanto criticamos. A cooperação pode ser entendida como um “trabalho conjunto com determinado fim, mas cuja natureza do vínculo ou dos atributos do trabalho dos actores não é valorizada” e a aliança como “união, ou acordo para cooperar... entre as partes actantes” (Dinis, 2006, p.57), o que, neste contexto, faz todo o sentido e potencia a ação. Estes dois conceitos devem estar presentes numa relação de parceria, pois deve haver uma partilha de informação e de poder entre os dois atores desta relação: os idosos e o conjunto das entidades responsáveis (Dinis, 2006). Isso pode ser considerado como um “processo social de reconhecimento, promoção e desenvolvimento das pessoas para conhecerem as suas próprias necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários de forma a sentir um maior controlo das suas próprias vidas” (Dinis, 2006, p.58). Essa cooperação envolveria o núcleo familiar, o local de trabalho, as relações de vizinhança, de forma a potenciar a cooperação interpares, aumentando a autonomia e a equidade. Assim, talvez conseguíssemos fazer alguma coisa de positivo e, eventualmente, a sociedade, no seu todo, poderia ser bastante melhor.

2.4. Envelhecimento demográfico

Desde tempos perdidos no passado, que a problemática do envelhecimento tem sido assunto do âmbito filosófico, tal como se pode comprovar quando Platão refere que toda a filosofia era uma meditação relacionada com a morte. As terapias propostas eram, e foram através dos tempos, alicerçadas em crenças mágicas e obscuras e reduzidas a elixires de juventude que visavam suprimir os efeitos do curso da idade (Gyll, 1998).

Existe uma grande dificuldade em encontrar indicadores que, simultaneamente, integrem as diferentes dimensões que compõem e condicionam a realidade social de um qualquer grupo populacional. De facto, o fenómeno da exclusão social “sublinha o aspecto

multidimensional e multiforme da pobreza, que não se reduz a uma falta de recursos” (Clavel, 2005, p.25).

Centrando a nossa atenção na problemática do envelhecimento, cujo termo foi utilizado pela primeira vez no século XX, no contexto de um estudo apresentado em 1928 por Alfred Sauvy (Hortelão, 2003), consideramos que o envelhecimento da população mundial é uma evidência e os fatores desta tendência estão associados aos progressos humanos atingidos no século XX, desde logo a nível científico, industrial e higieno-sanitário (diminuição da taxa de mortalidade infantil, melhor alimentação, educação).

Em Portugal, é na década de 50, com o pioneiro José Reis Jr., que começam a surgir as primeiras preocupações geriátricas.

O aumento da longevidade e dos aspetos a ela inerentes fazem do fenómeno envelhecimento uma questão de estudo atual, que merece uma reflexão mais aprofundada do ponto de vista da saúde (Carrilho & Patrício, 2010; Costa, 1999).

É amplamente reconhecido que a esperança de vida aumentou. Hoje, a maioria das pessoas vive até mais tarde do que há vinte ou trinta anos: “a vida humana prolongou-se no decurso das últimas décadas, em consequência não só dos progressos da medicina, mas também das transformações económicas, sociais e tecnológicas que vieram propiciar uma melhoria geral no bem-estar das pessoas” (Brito, 2002, p.15).

É, por isso, importante repensar-se o atual sistema de assistência social e de saúde:

...em toda a sua amplitude, em todo o seu trajecto, de modo pluridisciplinar e interdisciplinar, criando uma verdadeira política de envelhecimento, um plano gerontológico nacional, da família, habitação, do mercado de trabalho, ocupação dos tempos livres, do apoio domiciliário e outras formas assistenciais dirigidas às necessidades dos idosos. (Fernandes, 2002, p.15)

De acordo com o INE (2012), nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projetando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de três idosos por cada jovem.

2.4.1. O envelhecimento demográfico na Europa: tendências e perspectivas

É sobretudo a partir da segunda metade do século XX que o problema do envelhecimento se coloca com mais acuidade, essencialmente nas sociedades mais desenvolvidas. Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1999, os indivíduos com menos de 15 anos representavam 31% da população mundial e com mais de 65 anos representavam 7% dessa mesma população. “No mesmo contexto, a UE apresentava 17% de jovens e 16% de idosos, revelando-se...um espaço particularmente envelhecido a nível mundial” (Rosa, 2000, p.439).

Projeções demográficas do Eurostat (2013), indicam que em 2060, na UE, a idade média da população estabilize nos 47,6 anos. Em 2010, a idade média da população europeia era muito similar à portuguesa, com 40,9 e 40,7 anos, respetivamente. O país que liderava em 2010 a maior média de idades da UE era a Alemanha, com 44,2 anos (Eurostat, 2013).

O envelhecimento da população decorre de várias tendências demográficas simultâneas, conforme se pode constatar através dos dados recolhidos no Eurostat (2013): (i) o número médio de filhos por mulher é 1,56 em 2007 e 1,59 em 2009 na UE-27, enquanto o limiar de renovação das gerações é 2,1, sendo que a UE prevê para 2030 uma taxa de 1,6; (ii) o declínio da fecundidade (*baby crash*) seguiu-se ao “baby-boom” que está na origem da grande parte das pessoas dos 45-65 anos na população europeia, o que coloca alguns problemas em termos de financiamento das reformas; (iii) a esperança de vida aumentou, tendo-se cifrado, em 2009, em 79,7 anos, sendo 76,7 anos para os homens e 82,6 anos para as mulheres, e poderá ainda aumentar até 2050, fazendo assim aumentar a proporção de pessoas com idades de 80 e 90 anos, pessoas essas que estão frequentemente em situação de fragilidade; (iv) a imigração (40 milhões em 2050 segundo as projeções do Eurostat) poderia compensar os efeitos da baixa fecundidade e do prolongamento do tempo de vida. Estas tendências reduzirão ligeiramente a população total da UE, que ficará igualmente muito mais idosa. O número de europeus em idade ativa (15 aos 64 anos) por idosos (65 ou mais anos) na UE-27 foi de 3,8⁷ (Pordata, 2012), em 2010. O Eurostat prevê ainda que continuará a diminuir até 2050, e a taxa de dependência deverá

⁷ Valor provisório com quebra de série (Pordata, 2012).

duplicar, atingindo 51% em 2050, sendo que a taxa de dependência de idosos em 2010 foi de 26,0%⁸ (Pordata, 2012). A esta mudança demográfica não serão alheias as alterações sociais profundas (proteção social, alojamento e trabalho) em todos os países afetados pelo desafio do envelhecimento da população (Comissão Europeia, 2006).

A proporção de pessoas “muito idosas”, com 80 ou mais anos, está também a aumentar, sendo na UE de 4,7%. Países como a Alemanha apresentam uma população muito envelhecida, com uma proporção de pessoas com mais de 80 anos superior a 5% (Eurostat, 2012). As previsões incluem transformações que se caracterizarão por um envelhecimento global, tal como facilmente podemos analisar pela sobreposição das pirâmides etárias de 2010 e 2060 (Santana & Costa, 2012). Esta análise evidencia o envelhecimento da população com clara diminuição da população ativa (entre os 15 e os 64 anos) e aumento da população com mais de 65 anos, particularmente no sexo feminino (Figura 1).

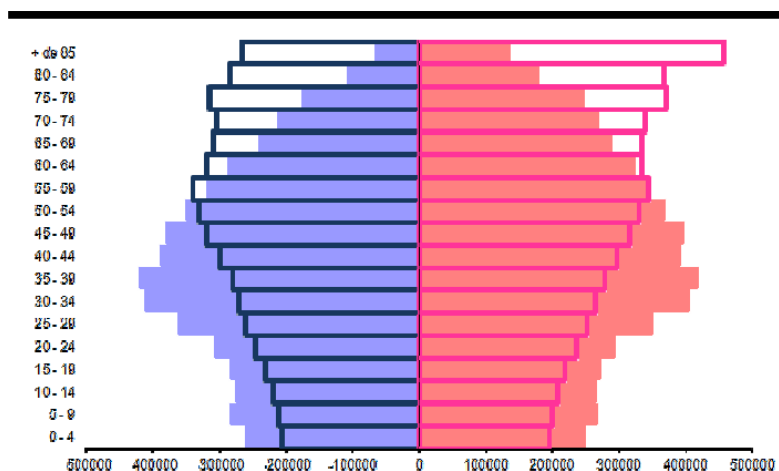


Figura 1. Estrutura etária da população, 2010 e 2060
(Santana & Costa, 2012)

O Eurostat (2013) prevê que, em 2060, a esperança média de vida nas mulheres seja de 89 anos e nos homens seja 84,9 anos.

⁸ Valor provisório (Pordata, 2012).

Conforme se constata através das notícias que todos os dias recebemos nas nossas casas, a amplitude das transformações demográficas verificadas e as que se perspetivam, obrigam os diversos governos dos Estados-Membros a refletir e a modificar as suas práticas, procurando alternativas para a sustentabilidade do sistema social. Já começaram a agir nomeadamente no domínio dos sistemas públicos de pensões ou da modernização da proteção social e permitindo ou mesmo potenciando a motivação dos idosos em permanecerem na vida laboral e social. Finalmente, uma melhor adaptação dos serviços de saúde, assim como uma estratégia preventiva em matéria de doenças crónicas, poderão reduzir para metade as despesas públicas de saúde e dos cuidados de dependência.

Valorizar o trabalho implica, também, lutar contra os preconceitos discriminatórios relativos aos cidadãos idosos e promover uma verdadeira política de saúde pública à escala europeia (luta contra o tabagismo, o alcoolismo e a obesidade), a fim de reduzir as diferenças de esperança de vida (diretamente ligadas ao nível de vida e ao grau de educação), para garantir uma proteção social adequada e a equidade entre as gerações (Comissão Europeia, 2006).

O envelhecimento da população e a falta de nascimentos não são realidades exclusivamente europeias. Trata-se de uma tendência generalizada entre os países ricos e desenvolvidos. Do grupo dos países mais ricos do mundo, apenas os Estados Unidos tem uma taxa de fecundidade capaz de manter a população estável que, somada ao fluxo de imigrantes, garante o crescimento do número de americanos.

Menos trabalhadores, significa menor produção de riqueza, menos gente para consumir e, por consequência, menos contribuintes para o Estado poder manter o sistema de previdência, já sobrecarregado pelo elevado número de aposentados.

2.4.2. Envelhecimento demográfico em Portugal

Portugal, de acordo com o Censos de 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma

esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Em 2050, prevê-se que se acentue a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos (INE, 2012).

Portugal regista, em 2011, um índice de longevidade de 79,20 (80,57 para as mulheres e 74,0 para os homens), prevendo as projeções para 2050, um aumento significativo deste índice, já que as pessoas poderão viver, em média, 81 anos (84,1 as mulheres e 77,9 os homens) (INE, 2012).

Significativa, ainda, é a previsão da esperança média de vida para aqueles que atingirem os 80 anos. Em 2050, dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, passar-se-á para 10,2 e, dos 5,9 anos para os homens passar-se-á para os 7,3. Notória é, também, a presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo (42%) (INE, 2012). Em quase todos os países, a tendência é para o número de mulheres viúvas superar o dos homens (Veras, 2003). Dados publicados pelas Nações Unidas apontam, ainda, para a existência, em Portugal, de 300 pessoas com 100 ou mais anos, prevendo-se que, em 2025, esse número ascenda aos 1.800 e, em 2050, atinja 6.400 pessoas (Beard et al., 2012).

De acordo com o Censos de 2011, verificou-se em Portugal um ligeiro crescimento da população em relação a 2001, tendo crescido a população residente em 1,9% (INE, 2012).

De acordo com os números divulgados pelo INE, em 2011 havia mais 206.061 pessoas a residir em Portugal, 188.652 das quais imigrantes. Apenas 17.409 pessoas (8% do crescimento de 206.061 numa década), são resultado do saldo natural entre nascimentos e mortes (INE, 2012).

Entre a população residente em Portugal, 52% são mulheres, com um registo censitário de 5.515.578, e 48% são homens, com um valor de 5.046.600.

Quanto ao crescimento por regiões, o Algarve foi a região do país em que a população mais cresceu na década entre 2001 e 2011, com um aumento populacional de 14,1%. Entre as regiões que também cresceram em termos populacionais, Lisboa regista um

aumento de 6%, a região autónoma da Madeira de 9% e a região autónoma dos Açores de 2%. O norte é a única região a apresentar uma estabilização da população, com um crescimento ligeiro de 0,1%. Já o centro e o Alentejo perderam população, registando quebras de 1% e 2,5%, respetivamente (INE, 2012).

Os resultados definitivos do Censos de 2011 alertam ainda para o aumento do risco de desertificação do interior, com 50% da população concentrada em apenas 33 dos 308 municípios que compõem o mapa nacional, e maioritariamente localizados na região da grande Lisboa, grande Porto e Algarve. Lisboa é o município mais populoso, com quase 550 mil habitantes, mas perdeu população em relação a 2001, ou seja, 3%, que equivale a cerca de 17 mil pessoas. Na lista dos cinco municípios mais populosos do país seguem-se Sintra, com 377.835 residentes, Vila Nova de Gaia, com 302.295, Porto, com 237.591, e Cascais, com 206.479. O Porto, apesar da quarta posição na lista de municípios mais populosos, perdeu quase 10% de residentes em relação a 2001. Por outro lado, Cascais foi dos que registou um dos maiores crescimentos absolutos, com um aumento de 35.796 habitantes numa década (INE, 2012). Em 2011, 198 municípios perderam população, contra 171 em 2001, sendo as zonas do interior as mais afetadas, como representado na Figura 2.

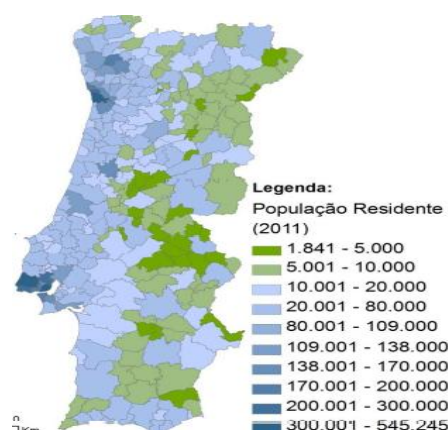


Figura 2. População residente em Portugal, 2011
(Santana & Costa, 2012)

Portugal, tem 2.023.000 idosos, ou seja, 19% da população. São cada vez mais os que vivem na solidão; 400.964 idosos (20%) estão completamente sozinhos e 804.577 (40%)

vivem com outros idosos. Na região norte, apesar de se observarem taxas de crescimento efetivo positivas ao longo de toda a década, estas têm vindo a decrescer em resultado do declínio quer do crescimento natural, quer do migratório.

Nas regiões do interior norte, essa evidência é muito significativa devido ao êxodo da população ativa para as grandes cidades, situação que se agravou em 28%, nos últimos anos. Esta conjuntura tem grande relevância no interior do país como se pode visualizar na Figura 3.

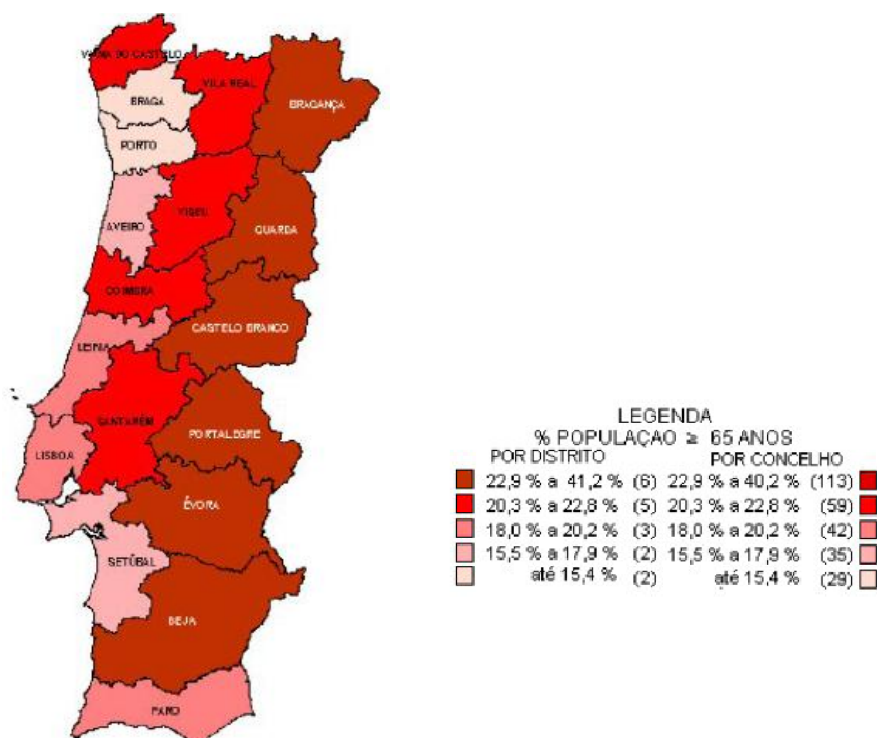


Figura 3. População residente com idade igual ou superior a 65 anos
(Ministério da Solidariedade e da Segurança Social [MSSS], 2011)

A distribuição da população idosa em Portugal segue também a tendência da UE, prevendo-se um aumento de 0,3% ao ano, atingindo, em 2040, 2.687.046 (28,8%) da população total residente em Portugal (Figura 4).

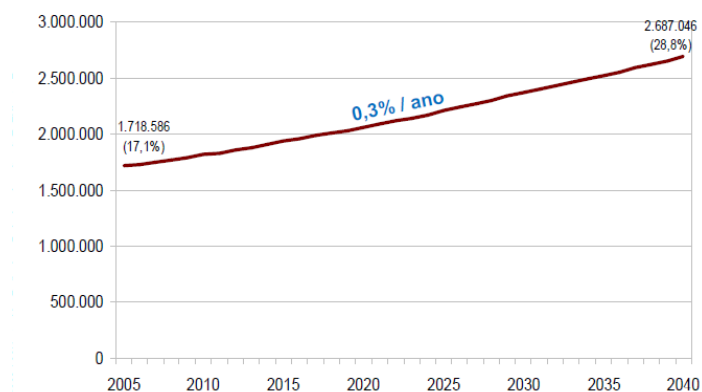


Figura 4. População com 65 e mais anos, residente em Portugal continental, 2005-2040 (Santana & Costa, 2012)

A expectativa de vida humana nas sociedades antigas era extremamente reduzida em relação à atualidade, devido aos problemas de saúde pública, das doenças endémicas e epidémicas e da violência, sendo extremamente raro que as pessoas sobrevivessem até à velhice. Hoje, e com a expectativa de uma maior longevidade, a realidade diz que as pessoas viverão cada vez até mais tarde e a reposição das gerações será cada vez mais difícil, provocando o desequilíbrio observado na Figura 5.

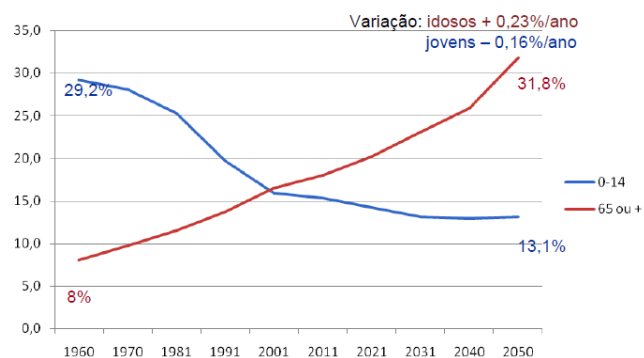


Figura 5. Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população (%), Portugal, 1960-2050 (Santana & Costa, 2012)

A “retangularização”⁹ das curvas de sobrevivência provém dos progressos da medicina preventiva e curativa, da alimentação, higiene, vestuário, do conforto moderno e, sobretudo, da facilidade de acesso às vantagens oferecidas pela sociedade industrializada e, antes de mais, aos cuidados médicos. O índice de envelhecimento situa-se em 127,8%, em 2011, comparativamente a 102,2%, em 2001. O índice de longevidade era, em 2001, de 42,2%, ficando em 2011 em 48,6%. Aumentou o nível de dependência dos idosos (28,8% em 2011 e 24,6% em 2001) e diminuiu o índice de dependência dos jovens (22,6% em 2011 e 24,0% em 2001), sendo o índice de dependência total de 51,4% em 2011 e 48,6 em 2001 (Figura 6).

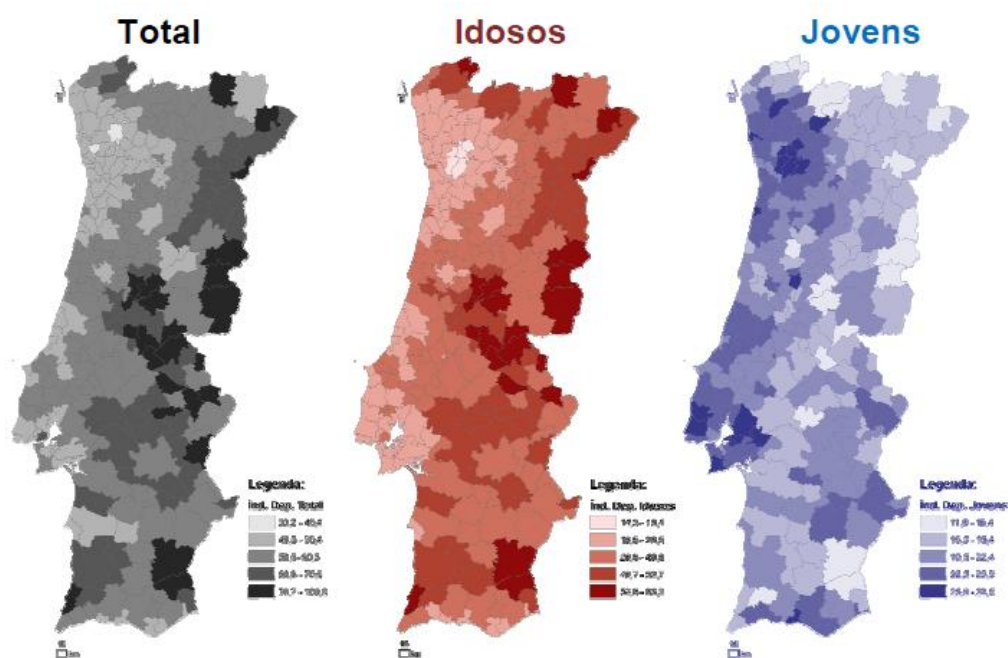


Figura 6. Índices de dependência, 2011
(Santana & Costa, 2012)

A crescente percentagem de idosos no perfil etário dos povos, é vista sob uma perspetiva negativa e como motivo de preocupação, mas o verdadeiro problema residirá antes no facto do idoso já não desempenhar nenhum papel efetivo no todo social. Se o próprio

⁹ Ao longo do século XX, quase triplicou a duração média da vida e, em simultâneo, reduziu-se a um terço a fecundidade. De uma pirâmide de base alargada e vértice estreito, correspondente a uma população jovem, no início do século passado, passou-se no final do século a uma imagem rectangular, pela diminuição quantitativa do número de indivíduos jovens – crianças e adultos (envelhecimento da base) e em simultâneo pelo aumento do número de idosos (envelhecimento no vértice) (www.ine.pt, acedido em fevereiro 2013).

idoso não adquire consciência do seu sentido de vida, pouco adiantam a gerontologia médica e todos os cuidados sociais. Sem essa consciência, efetivamente, a única coisa que se promove é prolongar a vida biológica do indivíduo, sendo que ele se transforma num peso para si próprio, para a família e para a sociedade.

2.5. O princípio do respeito pela pessoa humana - imagem corporal

À medida que se envelhece, os sentidos tornam-se menos apurados, os membros menos ágeis, os órgãos mais vulneráveis, logo, é uma idade em que se observa uma maior fragilidade do corpo. O idoso distancia-se do mundo, da economia e da sua própria família. Torna-se, por isso, importante aprofundar o conhecimento sobre o envelhecimento humano e a sua psicologia, para interpretar corretamente as “ações de defesa” de muitos idosos, dado que não se prepararam para este longo tempo da existência, reagindo negativamente porque não aceitam a sua nova condição e as respetivas consequências (Fonseca, 2008).

É frequente que, a partir de uma certa idade, a pessoa se sinta só, pois é nesta altura que os filhos estão em plena idade ativa sem grande disponibilidade para os pais, e acrescentando-se a este facto, não raras vezes, a morte do cônjuge. Esta situação pode evoluir para uma solidão triste, fria e mesmo ressentida e pode até acontecer afastar-se, intencionalmente, de tudo e de todos. Ter confiança em si mesmo, empenhar-se em atividades de que gosta, dialogar frequentemente com as outras gerações, tornar-se útil aos outros de formas variadíssimas, será uma boa forma de diminuir ou mesmo colmatar muitos desses problemas.

Muitas vezes, os idosos tentam retardar o mais possível esta fase da vida das mais variadas formas, pois eles próprios têm uma conceção negativa do que é ser velho, associando-o ao fim da vida. A negação da idade cronológica já não se faz por via discursiva nem se encontra socialmente limitada à população feminina, mas por práticas sociais de uso geral, onde a identidade das pessoas, referenciada à cultura juvenil (vestuário, autoapresentação, linguagem, lazeres, manutenção e desporto), tenta sobrepor-se à idade cronológica ou reduzi-la à categoria de máscara na interação social.

Nas sociedades antigas, o corpo do homem encontrava-se mergulhado no cosmos, na natureza, na comunidade onde não há uma separação absoluta com o mundo dos mortos (Jana, 1995). Hoje, o corpo está marcado por toda uma evolução técnica: somos confrontados com um corpo manipulado, um corpo feito à medida dos nossos interesses, dos nossos medos e das nossas fantasias. Para além da necessidade compulsiva de negar o envelhecimento, com o imperativo de aparentar a contínua juventude, o recurso à cirurgia estética significa muitas vezes a crise dos indivíduos. Tal desejo reflete, essencialmente, a necessidade que o indivíduo tem de modificar o olhar sobre si próprio e de construir a imagem que os outros têm dele, com o fim de se sentir “bem” novamente; não raramente sem obter os resultados esperados.

O corpo é mais do que a massa muscular que o constitui. A percepção que cada indivíduo tem dessa massa muscular e, ainda, da que os outros têm constitui a interligação entre corpo, personalidade e autoimagem.

Entralgo (2003), por exemplo, formula uma teoria atual do corpo humano em oposição e como superação do dualismo clássico: corpo/alma, centrando-se na percepção do próprio corpo, pois para ele essa percepção condiciona e formata toda a vida psíquica do indivíduo.

A imagem do corpo para o indivíduo não é um facto imediato. Resulta, isso sim, de uma construção feita pelo indivíduo quando em interrelação com o mundo. A imagem do corpo não reflete apenas a existência do indivíduo, mas percebe a sua própria individualidade, pois aquela massa muscular, com aquelas características físicas, pertence individualmente a alguém, sem necessidade de se fazer grandes e demorados raciocínios. Quando o indivíduo olha para o espelho, percebe a si próprio com toda a sua história, a sua imagem corporal, as suas relações com os outros dentro da sua cultura e da sua posição social. Essa percepção aprende-se, constrói-se e reconstrói-se consoante a idade e as situações da vida. Constrói-se na infância, reconstrói-se na adolescência com a ajuda do grupo em que estão inseridos e volta a reconstruir-se na velhice com as alterações decorrentes da diminuição da elasticidade do organismo.

Os cabelos embranquecem e tornam-se mais ralos, também os pêlos embranquecem embora proliferem em certos lugares – como por exemplo, no queixo das velhas. A pele enrugase em consequência da desidratação e as perdas

de elasticidade do tecido dérmico subjacente. Caem os dentes. A perda dos dentes provoca um encurtamento da parte inferior do rosto, de tal maneira que o nariz, que se alonga verticalmente por causa da atrofia dos seus tecidos elásticos, se aproxima do queixo. A proliferação senil da pele traz um engrossamento das pálpebras superiores, enquanto se formam papos sob os olhos; o lábio superior minga e o lóbulo da orelha aumenta. Também o esqueleto se modifica. A atrofia muscular e a esclerose das articulações acarretam problemas de locomoção. O esqueleto sofre processo de osteoporose. (Mercadante, 2005, p.74)

O corpo, enquanto organismo vivo, procura o equilíbrio, não de si consigo mesmo, mas de si com o meio em que habita. A relação interpessoal que os indivíduos estabelecem entre si varia com o tempo e a cultura, com a idade e o sexo, ou seja, com o indivíduo e com o meio, sendo que diverge significativamente nas zonas rurais profundas do interior, onde a conciliação do indivíduo com as alterações orgânicas do seu corpo decorrentes do envelhecimento, se processa de uma forma mais harmoniosa. A população residente vai envelhecendo junta e as referências da juventude são cada vez mais escassas.

Efetivamente, o indivíduo e aquilo que ele poderá vir a ser, tem um carácter social, isto é, depende das circunstâncias em que o processo decorre. Neste âmbito, é muito importante considerar a ruralidade, a QV, a ecologia, o significado e a vivência individual e coletiva como, por exemplo, o envelhecimento e a morte.

Esta convicção parece ser corroborada por Giordan (1999), quando assegura: “o nosso carácter, a maneira de nos comportarmos, nada tem a ver com a genética, ou muito pouco e de uma forma muito indirecta” (p.112). Por conseguinte, podemos considerar que o contacto com os pais, irmãos, amigos, colegas, vizinhos, tudo o que nos rodeia, forma, a pouco e pouco, o nosso carácter e a nossa personalidade.

Centrando a nossa atenção na faixa etária do idoso, é sabido que a satisfação que este possa sentir depende, em grande medida, de uma imagem positiva de si mesmo, imagem esta que resulta da perceção da capacidade de consecução dos seus objetivos pessoais e da manutenção de uma interação social adequada que considere as trocas interpessoais como uma espécie de fim em si mesmo. O homem não vive nunca num estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, o seu estatuto é-lhe imposto pela sociedade a que pertence.

Cada um de nós tem pessoas conhecidas que envelhecem “bem” e outras que ganham um “ar velho” mais ou menos precocemente. A maioria dos idosos não consegue desempenhar uma vida ativa, mesmo com uma saúde muito boa. Com a autoimagem fragilizada, lamenta a perda da força e beleza da juventude, da destreza e da disposição, que já se desvaneceram no tempo. Enquanto pessoas e grupo social, não sentem um estímulo que as impulsiona a ir ao encontro do seu papel na comunidade, expressam a sua pena perante a vitalidade e o entusiasmo perdidos, irreversíveis, e sentem-se presos a vários tipos de limitações.

Em contrapartida, são conhecidos desde há muito os desempenhos notáveis de um grande número de pessoas que já ultrapassaram a idade da reforma. Há mesmo quem assegure que “nos Estados Unidos, este fenómeno é amplamente reconhecido e a maior parte das universidades e instituições introduziram a reforma facultativa que, contrariamente à reforma obrigatória, limita o desperdício considerável de energia investida na formação” (Ladislav, 1994, p.112). Na nossa sociedade, institucionalmente, o jovem terá que aprender, e só aprender; o profissional terá que trabalhar, e recuperar forças para dar continuidade à sua atividade; mas o reformado terá apenas que viver, pouco mais tendo que a memória do seu trabalho para estruturar e preencher a imensidão do tempo livre.

Torna-se, pois, necessário conferir ao conceito de “percurso de vida”, não apenas o conteúdo sequencial de fases institucionalmente definidas por monopólios culturais, mas um grau de flexibilidade e reversibilidade que devolvesse vida ao aproveitamento de todas as potencialidades de desenvolvimento humano e social, de forma a que o idoso se torne útil e, mais importante ainda, se sinta útil (Fonseca, Paúl, Martins & Amado 2005). A vida ativa exige um certo conformismo: é absolutamente necessário fazer o jogo da sociedade sob pena de por ela ser rejeitado; é preciso viver esta personagem convencional que a sociedade nos impõe. Mas, depois chegará a hora da libertação deste condicionamento social, quando reencontrarmos a nossa espontaneidade, a nossa origem, quando nos tornarmos nós próprios. Poderá dizer-se que a idade da reforma servirá para compreender inteligentemente o sentido da vida individual e o nosso real papel na sociedade.

Associada à fase da velhice parece estar a inversão de papéis. “O indivíduo que era competente, bem sucedido e independente, pode tornar-se dependente e impotente para enfrentar a relação, quer com a família, quer com a sociedade em que se encontra inserido” (Fernandes, 2002, p.26). A satisfação na vida, as atitudes de contentamento, as fontes de sociabilidade, o *status* social e a autoimagem, são algumas das áreas com que o reformado precisa lidar na construção do seu universo simbólico e com que pode redefinir o mundo das suas relações sociais, sendo provável que nem todas apresentem iguais condições da adaptação.

No mundo de hoje, o grupo social dos reformados e dos idosos terá um lugar notável e de grande importância, com objetivos sociais relevantes a realizar. Quantos velhos se aborrecem porque não sabem o que fazer, deixando-se andar, sem tentar encontrar alguma coisa de interesse? O aborrecimento e o cismar transformam-se e cicatrizam-se em regressão e assim torna-se impossível qualquer rejuvenescimento. Esta convicção ganha relevo com as declarações a seguir enunciadas:

A ampliação da esperança de vida confere ao reformado um horizonte de vida em aberto, da ordem de 10 a 15 anos, tão grande ou mais que o tempo utilizado na sua preparação para o ciclo de vida consagrado ao trabalho. A idade de reforma tem vindo a ser antecipada, quer através de esquemas aparentemente voluntários quer através de esquemas compulsivos, no sentido de permitir a reestruturação do mercado de trabalho fortemente pressionado pelas gerações mais jovens. A idade de entrada no mercado de trabalho, por força do alongamento da escolarização, veio a dar-se em fases etárias cada vez mais altas. (Esteves, 1994, p.122)

Quando se faz referência à forma de ocupação do tempo de lazer, parece querer sugerir-se que se trata de matar o tempo sem demasiados aborrecimentos. Cultivar-se é coisa bem diferente: é desenvolver-se, é progredir, é contribuir para o progresso da humanidade, é descobrir um sentido para a vida que sobrevive à paragem da atividade profissional.

Os idosos do futuro serão muito diferentes, pois serão os homens que hoje na flor da idade, com o desenvolvimento das viagens, o aumento dos lazeres, o programa quotidiano dos meios de comunicação, os cursos para adultos e muitas outras novidades, despertarão para muitos interesses que os não deixará cair na passividade dos nossos reformados. Falar sobre lazer é falar sobre a forma mais primitiva, do ponto de vista evolutivo, do «fazer humano» e que persiste durante toda a vida: “As actividades de exploração, de

fantasia, de imaginação, desporto, criatividade, são todas parte da experiência humana do lazer” (Ferrari, 2000, p.98).

A inatividade imposta a partir de uma determinada idade não é consequência de uma fatalidade natural, de uma incapacidade ligada a um determinado número de anos vividos, mas simplesmente de uma opção social. Esta inutilidade forçada exerce sobre o reformado, um impacto tanto mais profundo quanto mais exclusiva e intensamente se tenha dado à sua profissão e quanto menor seja a sua cultura extra-profissional. A vida anterior do idoso, ainda que monótona, estava ocupada.

Para que, com o decorrer dos anos, possamos conservar um certo grau de maturidade intelectual, é necessário que nos preparemos para a velhice que a sociedade nos impõe, e que as nossas preocupações e atividades estejam abertas aos problemas que afetam a nossa época. Na terceira idade, com a reforma, há uma possibilidade para a prática do lazer decorrente de disponibilidade maior do tempo livre nesse período. Contudo, o reformado necessita de ser educado para a ocupação dos tempos livres, entendendo-o como forma de descanso, de distração e de desenvolvimento pessoal.

O envelhecimento, enquanto processo interativo numa destas formas de participação social (atividades sociais voluntárias, comunitárias...), tem evidenciado mudanças consideráveis no comportamento de pessoas que, após a reforma, se mostravam apáticas, implicantes, resistentes ou até agressivas no seu relacionamento interpessoal (Ferrari, 2000).

A prática do lazer deve ser entendida como expressão e desenvolvimento pessoal num vasto grupo social, onde emergem, como realmente significativos, o direito à escolha e o exercício da liberdade de opção. As deficiências físicas das pessoas idosas (movimentos mais lentos e mais difíceis, decréscimo da visão e da audição) incitam a repensar a construção dos alojamentos, pois é importante manter os idosos ativos e integrados na sua família e sociedade (Ladislav, 1994).

A renúncia à ação é causa de stresse, de depressão e, portanto, de envelhecimento. A atividade deve, no entanto, transferir-se cada vez mais do campo físico, para o intelectual.

Os que já estão reformados devem construir para si mesmos uma nova imagem, não cedendo à tentação de se tornarem pessoas passivas, servis, silenciosas, resignadas, pois já diz o ditado popular “parar é morrer”.

3. A FAMÍLIA

Considerámos pertinente, numa primeira fase, analisar as origens da família, para desta forma podermos entender e melhor interiorizar o seu fundamento.

O conceito de família foi evoluindo ao longo dos tempos, assim como nas funções, enquanto sistema, e nas funções de cada indivíduo que a compõe. As transformações que ocorrem são devidas às mudanças socioculturais e tecnológicas, cujas variáveis ambientais, sociais, económicas, culturais, políticas e/ou religiosas, têm vindo a determinar as distintas estruturas e composições da família.

Profissionais de diferentes áreas têm focado a família como seu objeto de estudo, a partir da constatação de que ela desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e manutenção da saúde e no equilíbrio emocional dos seus membros. A complexidade dos fatores que interferem na sua manutenção e perpetuação, requerem que se tenha o cuidado de compreender o seu conceito, tendo em conta o contexto histórico, a área do conhecimento e as suas especificidades. Tendo como referência esses/estes pressupostos, o primeiro passo a ser dado, para que possamos conhecer a realidade e as necessidades da família, para a realização de um trabalho coerente, será uma reflexão sobre os conceitos e conceções de família. O conceito de família pode ser considerado até certo ponto subjetivo, pois depende de quem o define e do contexto social, político e familiar em que está inserido; emerge, portanto, numa grande subjetividade

Apesar da família ser uma instituição universal e de todos termos uma ideia de família, temos dificuldade em dar uma definição. A palavra família estabelece associação com outros termos, como sejam o casamento, os filhos, a casa ou parentesco e, na realidade, esses são elementos que parecem suportar muitas definições. Murdock (1949), define família como sendo o grupo social caracterizado por residência em comum, cooperação

económica e reprodução. Esse grupo, inclui adultos de ambos os sexos, dois dos quais, pelo menos, mantêm uma relação socialmente aprovada, e uma ou mais crianças dos adultos que coabitam com relacionamento sexual, sejam dos próprios ou adotadas.

Embora muitas famílias atuais pudessem caber nesta definição, temos que ter presente, igualmente, que a família tem evoluído na sua estrutura, dando origem a novas formas de família presentes hoje em dia nas sociedades de tipo ocidental. Como muitas referências à família são do tipo demográfico, convém recordar a definição do INE (2012), que define família como o “conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e têm relações de parentesco (de facto e de direito) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento” (p.547).

Primordialmente, a família definida por Elsen (2002), é um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, formando um modelo explicativo de saúde/doença, através do qual a família desenvolve a sua dinâmica de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença dos seus elementos. Esta autora considera a família como uma unidade de pessoas em interação, um sistema semiaberto, com uma história natural composta por vários estádios, sendo que a cada um deles correspondem tarefas específicas por parte das famílias.

A família pode, ainda, ser considerada, simultaneamente, como espaço físico, relacional e simbólico, reconhecido universalmente como espaço privilegiado de construção individual e de reprodução social. Como refere Rice (2004), “numa definição mais lata a unidade familiar representa um grupo de indivíduos que vivem juntos ou em íntimo contacto, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que deles dependem e uns aos outros” (p.49).

A partir de diferentes conceções de família, entendemo-la como um sistema inserido numa diversidade de contextos e constituído por pessoas que compartilham sentimentos e valores formando laços de interesse, solidariedade e reciprocidade, com especificidade e funcionamento próprios. Os conceitos podem ser diversos, mas um ponto comum é que a

união dos membros de uma família, com ou sem laços consanguíneos, se dá a partir da intimidade, do respeito mútuo, da amizade, da troca e do enriquecimento conjunto.

A família contemporânea é, ao mesmo tempo e paradoxalmente, relacional e individualista. É na “tensão entre estes dois pólos que se constroem e se desfazem os laços familiares contemporâneos, onde cada um busca a fórmula mágica que lhe permita ser livre junto; onde o ideal é a alternância entre eu sozinho e um eu com” (Singly, 2000, p.14).

O desenvolvimento dos estudos sobre a família, em Portugal, inscreve-se na história da sociologia portuguesa, que emergiu ao longo dos anos 60, num contexto económico e social particular: o da reorientação do processo de industrialização e da abertura progressiva ao investimento estrangeiro; o das guerras coloniais; o da estagnação das sociedades rurais, dando origem ao abandono dos campos em direção às cidades e à emigração maciça para a Europa.

Nas últimas décadas, muito se tem falado da “crise na família”, tentando justificar a baixa natalidade, o aumento da esperança de vida e, conseqüentemente, o crescente aumento da população com 65 ou mais anos. Além disso, essa crise também tende a ser justificada pelo declínio do casamento e banalização das separações. Mas alguns autores apontam “o surgimento de outros modelos familiares, de novas relações entre os sexos, numa perspectiva igualitária, mediante maior controle da natalidade, e a inserção massiva da mulher no mercado de trabalho” (Peixoto & Cicchelli, 2000, p.9), como fatores que possam justificar essa “crise” e, de igual modo, possam refletir a variedade de formas familiares: uma instituição que, nos últimos 50 anos, modificou as suas dimensões, organizou-se de forma diversa, alterou e diversificou os papéis de género e interações conjugais e viveu segundo novos valores (Relvas & Alarcão, 2002; Wall, 1993).

4.1. Estrutura e tipos de famílias

O número médio de pessoas da família tem vindo a diminuir progressivamente, conforme podemos constatar na Tabela 3.

Tabela 3.

Dimensão média das famílias segundo o Censos

| | 1960 | 1981 | 2001 | 2011 |
|------------------|------|------|------|------|
| Portugal | 3,7 | 3,3 | 2,8 | 2,6 |
| Norte | 4,1 | 3,8 | 3,0 | 2,7 |
| Vila Real | 4,0 | 3,7 | 3,0 | 2,7 |

Fonte: INE (2012)

As causas são conhecidas e estão relacionadas essencialmente com a queda da natalidade. Se examinarmos os vários tipos de família, de acordo com o último Censos (INE, 2012), verificamos que 50% dos casais têm filhos, 21% são famílias unipessoais e 15% famílias monoparentais.

As famílias unipessoais são constituídas essencialmente por pessoas solteiras, divorciadas ou viúvas, sendo que a maior parte das pessoas é viúva e predominantemente mulher. Isso explica-se, porque os homens viúvos têm maior tendência para voltar a casar, sendo ainda a esperança média de vida das mulheres maior, o que se conjuga para uma nova realidade sociodemográfica, na medida em que 39,5% das pessoas que vivem sós, são de facto mulheres idosas.

A evolução da composição da família, em Portugal, tem vindo a evidenciar, como noutros países da Europa Comunitária, uma situação de envelhecimento demográfico da população, plasmado em alguns dados estatísticos (INE, 2012): (i) o número de pessoas com mais de 65 anos atinge 2.010.064; (ii) já em 2001, os idosos com mais de 65 anos eram 1.693.493, representando uma variação de 18,69% da população portuguesa com mais de 65 anos; (iii) em 2001, o total de indivíduos com 65 anos ou mais que viviam sós ou com outros do mesmo grupo etário era de 1.199.324.

Em Vila Real, em 2011, havia 9.341 pessoas residentes com 65 anos ou mais, sendo que 5.219 viviam sós ou com outro do mesmo grupo etário. Dos 29.943 alojamentos familiares de Vila Real, 3415 são de pessoas com 65 anos ou mais que vivem sós; há ainda 1.679 alojamentos onde pelo menos um residente tem 65 anos ou mais, o que representa um envelhecimento evidente (INE, 2012).

A taxa de nupcialidade tem vindo a diminuir desde a década de setenta; os casamentos civis e outras formas de viver a conjugalidade, como as uniões de facto, vão proliferando. A frequência de divórcios tem aumentado. Todos estes fatores vão ter implicações no quadro de uma das funções da família, que é atuar como agente propulsor da sua própria saúde, visto que é a primeira responsável pelos cuidados de saúde, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor prover as necessidades básicas de cada um dos seus membros (Elsen & Patrício, 1986).

Os trabalhos de Le Play, tal como os de Descamps, sobre a família, realizados nos anos 50 e 60, inscreviam-se num discurso político, social e literário, que sublinhava os contrastes demográficos, geográficos, económicos e sociais entre regiões (Wall, 1993).

A rotura com as regras institucionalizadas, a facilidade na obtenção do divórcio, a transformação da natureza da união conjugal e a baixa na taxa de fecundidade, são sinónimos de manifestações atuais de um novo estilo de vida, em que se observa frequentemente a existência de famílias monoparentais e reconstituídas, verificando-se uma maior tolerância por parte da sociedade à existência de variadas formas de viver e de existir de cada um, não exigindo obrigatoriedade sobre o modelo de família nuclear tradicional, visualizando-se, assim, um número cada vez maior de outros tipos de lares e famílias. Assim, não são apenas os laços parentais que definem o conceito de rede familiar, são também os laços sentimentais entre as pessoas, a proximidade geográfica, a coabitação na mesma residência ou mesmo a utilização de redes de apoio (Stanhope & Lancaster, 1999).

4.2. Redes intergeracionais no espaço familiar

A autoridade, a estabilidade e a vida de relações no seio da família constituem os fundamentos da liberdade, da segurança e da fraternidade no seio da sociedade. A família, comunidade onde, desde a infância, se podem aprender os valores e o uso da liberdade, constitui o lugar privilegiado de aprendizagem e fomento das relações de cooperação entre os homens. A vida da família é a iniciação na vida em sociedade, influencia a sociedade e é influenciada por esta. Desta interação deve resultar um

equilíbrio que confira estabilidade, realização pessoal de todos os seus membros e abertura a outras famílias e à sociedade em geral. A família representa e manifesta valores éticos e culturais de solidariedade, educação e convivência, essenciais para a humanidade, e as suas responsabilidades implicam um contributo ativo para o progresso e bem-estar de toda a comunidade.

As funções sociais e culturais da família são muito relevantes. Se outrora, a família teve um papel muito importante na instrução e educação das crianças, nos nossos dias, grande parte destas funções é confiada à escola e aos vários movimentos educativos ou de tempos livres que se ocupam dos jovens. Mas o papel da família permanece indispensável, sendo fundamental os pais reconhecerem a importância desses laços. O papel da mãe e do pai permanece indispensável, pois é no meio da família que a criança faz as aprendizagens sociais que permanecem ao longo da sua existência (Leandro, 2001).

Estudos feitos em Portugal no domínio familiar, têm constituído uma valiosa aproximação a uma realidade tão complexa como é a das relações familiares, que têm uma expressão multidimensional, procurando evitar reducionismos deformistas. Segundo Viegas, Guerreiro, Lobo, Torres e Wall (1998) e Torres (1999), é desde os anos 70 que se operam profundas transformações na família portuguesa, que irão ter repercussões na saúde e na doença, bem como na prestação de cuidados de saúde aos seus elementos.

Para melhor podermos compreender estas mudanças, importa referir que elas têm sido, ao longo dos tempos, um sinónimo de segurança e proteção, em qualquer tipo de sociedade, contra as agressões exteriores. É, no entanto, importante referir que “o termo família é pouco específico e utilizado para identificar situações bastantes diversificadas” (Pimentel, 2001, p.83).

Ao longo das últimas décadas, a família tem vindo a sofrer grandes transformações ao nível da sua estrutura. Se, antigamente, era espaço privilegiado de solidariedade intergeracional, devido ao seu modelo de família alargada, hoje, está cada vez mais circunscrita a duas gerações (família nuclear). No modelo familiar alargado, a família garantia a proteção aos seus membros mais velhos até ao fim da vida, enquanto no

modelo de família nuclear, as pessoas idosas encontram-se muitas vezes sós, em casal, isoladas ou mesmo em instituições, nos últimos anos da sua vida.

No sentido mais imediato e em todas as épocas e sociedades, a família estabelece um sistema de parentesco fundado sobre os laços de aliança, no caso dos cônjuges, e dos laços de sangue, no que se refere aos ascendentes e aos descendentes. Em sentido restrito, trata-se de um grupo formado pelos ascendentes e descendentes, no caso da família nuclear. De qualquer maneira, trata-se de um conjunto de pessoas que partilham o mesmo espaço de vida e que se querem unidas para o melhor e para o pior. São, contudo, a organização, as suas funções e a distribuição dos papéis no interior deste grupo que têm variado ao longo dos tempos e dos contextos sociais (Leandro, 1995).

O modelo único de família está hoje posto em causa. Há autores que falam de um novo modelo familiar com características diferentes do tradicional. Toffler (1984), enumera duas “vagas” culturais que geraram outros tantos modelos de família e adverte para uma terceira “vaga” a constituir-se. A “Primeira vaga”, ou família tradicional, teria começado nos primórdios da humanidade e ter-se-ia estendido até ao século XVII. Classifica-se de tradicional, pois era na tradição multissecular que ela assumia os valores. Pode também chamar-se patriarcal por via da autoridade exercida pelo *pater-familias*, verdadeiro presidente, responsável e dono de todo o clã. A “Segunda vaga”, ou família nuclear, cujo nome provém da sua estrutura, dado que é constituída por duas ou três pessoas, surgiu no século XVII e chegou até aos nossos dias. Na sua base, encontra-se a cultura urbano-industrial, com o fenómeno que lhe anda associado: o urbanismo. A “Terceira vaga”, começa agora a consolidar-se na nossa sociedade, existindo em coabitação com a família nuclear. É constituída por formas atípicas, radicalmente diferentes dos modelos anteriores, tais como pessoas que vivem sós, por opção pessoal, casais que renunciam a ter filhos, famílias uno ou monoparentais, famílias agregadas, comunas, entre outras.

Das alterações enunciadas, resultaram algumas transformações que vieram a refletir-se de forma mais negativa junto das crianças e das pessoas idosas, situando-se a mudança mais significativa ao nível dos idosos, nomeadamente a solidariedade familiar. Outrora, a saída dos filhos para casar não os desresponsabilizava face ao envelhecimento, doença e

necessidades dos seus pais. Hoje, uma grande parte dessa responsabilidade passou para o Estado e outros organismos de solidariedade. A crescente participação da mulher no mercado de trabalho e na vida pública, o aumento do número de divórcios, a diminuição da taxa de fecundidade, o aumento das uniões de facto e o aumento de nascimentos fora do casamento, contribuíram para quebrar a “harmonia familiar” existente e dar origem a novos conceitos de família (Leandro, 2001).

A explicação para o aparecimento dos novos modelos de organização familiar, como são as famílias monoparentais, as famílias reconstruídas e os pares homossexuais, radica na crescente autonomia e liberdade individual no plano da vida privada e leva-nos à constatação de que se operam mudanças estruturais e socioeconómicas na sociedade portuguesa.

Atualmente, a família, por tudo o que foi referido anteriormente e ainda pela precariedade do emprego para muitos, pelas dificuldades na obtenção de uma habitação adequada às suas necessidades e pela insuficiência de apoios à retaguarda, vê-se confrontada com inúmeros constrangimentos para criar os seus filhos. Tais circunstâncias podem ser atenuadas ou agravadas, dependendo do facto de fazerem ou não parte do agregado familiar uma ou mais pessoas idosas, com menor ou maior grau de dependência.

A interdependência afetiva e a manutenção do bem-estar familiar são dois elementos essenciais à continuidade familiar. Os pais estão muito dependentes da afeição dos seus filhos e esforçam-se por os ajudar, o que muitas vezes dá um maior sentido à sua vida. As trocas são, de um modo geral, mais intensas de pais para filhos do que no sentido inverso.

O consenso a respeito da satisfação e gratificação que a família transmite é quase absoluto entre novos e velhos, mulheres e homens, no campo e na cidade, em ricos e pobres, instruídos ou analfabetos, católicos praticantes ou ateus. Suporte, por excelência, da realização afectiva do indivíduo, a família é sentida e desejada, como verdadeira e única amarra que o prende à sociedade. (Pimentel, 2001, p.81)

Um eventual jogo de interesses subjacente e a possível ausência de normas que permitam determinar quem, na rede de parentesco, tem o dever de cuidar, levam frequentemente a conflitos. “Enquanto se trata de pequenas ajudas que não põem em causa os modos de vida dos indivíduos, não se verificam grandes dilemas, quando implicam uma maior

sobrecarga, coloca-se a questão de como repartir os encargos” (Pimentel, 2001, p.91). A opinião e a vontade do idoso são frequentemente ignoradas, o que lhe cria um mal-estar e um sentimento de incapacidade e de dependência face aos que o rodeiam.

A família e as alterações de comportamentos ao nível das relações familiares constituem um dos eixos problemáticos da emergência do problema social da velhice. A situação de reforma promove ou uma acentuação das relações familiares ou o isolamento.

Lentamente, a par com a emergência de sistemas de reforma inicia-se um processo de transferência de responsabilidades dos filhos para a sociedade, mais concretamente para o Estado, o trabalhador e a entidade empregadora, através de compromissos que adquirem formas variadas. Os filhos vão ficando dispensados do dever sagrado de cuidar dos pais. E, gradualmente, vão-se modificando a natureza e a intensidade dos laços que unem tradicionalmente as gerações. (Fernandes, 1997, p.14)

Os papéis dentro da vida familiar adquirem outra importância num contexto de reforma. Com os sistemas de reforma e a sua gradual generalização, a segurança na velhice deixa de ser um atributo exclusivo dos filhos. Geraram-se condições sociais que os descomprometeram do encargo dos seus pais. O declínio numérico e social das empresas familiares indica o desaparecimento de uma conceção inseparavelmente económica e moral da família, passando a haver “a criação dos seguros sociais que tendem, por um lado, a fazer sair da esfera familiar privada o encargo económico dos pais idosos que se tornam então pessoas idosas sustentadas por sistemas de reforma obrigatória” (Fernandes, 1997, p.12).

O tipo de solidariedade que se estabelece entre pais e filhos depende não só do capital económico e emocional detido pelos primeiros, como também da trajetória social percorrida pelos segundos.

O espectro da desresponsabilização familiar é uma constante no discurso público das instituições de ação social e remete para um modelo ideal, intemporal e harmonioso de coabitação intergeracional. A família é considerada o lugar natural da pessoa humana. Nela, efetivamente, somos mais naturais, mais nós mesmos, conhecidos, sem máscaras sociais, pelos nossos defeitos e pelas nossas qualidades. Por isso, podemos observar no idoso uma dependência familiar que o torna particularmente suscetível a mudanças e

alterações no seu domicílio. Conhecer a família é, de alguma maneira, conhecer o passado e o presente dos nossos idosos, e assim poder projetar um futuro mais digno num ambiente harmonioso. Nessa linha de pensamento, inscreve-se o que afirmou o Papa João Paulo II, na sua carta aos idosos: “para além de uma clara exigência psicológica do ancião, o lugar mais natural para viver a condição de ancianidade continua a ser aquele ambiente onde ele é ‘de casa’, entre parentes, conhecidos e amigos, e onde pode prestar ainda algum serviço” (João Paulo II, 2000, p.13). O ideal é, pois, que o idoso fique na família, com a garantia de ajudas sociais eficazes, relativamente às necessidades crescentes que supõem a idade ou a doença.

4.3. Alterações da estrutura familiar ao longo dos tempos

A palavra “família” deriva do latim *familia*, e apareceu em Roma derivado de *famulus*, que quer dizer servidor (Leandro, 2001). Na sua aceção antiga, a família designava em Roma o conjunto de pessoas (parentes e domésticos) e bens patrimoniais que viviam e estavam sob a autoridade do *pater familias*. O significado da palavra “família” tem evoluído ao longo da história, e os diversos modelos variam com as culturas (por exemplo, matriarcal, patriarcal, poligâmica, nuclear).

Existe um polimorfismo da família descrito por sociólogos, historiadores e antropólogos, segundo o sistema de classificação ou tipologia diferentes. Embora o conceito seja importante, interessa perceber que inspirou diversas ciências como a sociologia, a medicina, a história, a antropologia, a demografia, a estatística, que em muito contribuíram para a construção deste objeto sociológico. A tradição, a religião, a cultura, o contexto político, económico e social, determinam um número elevado de parâmetros, cuja complexidade dificulta uma definição clara da instituição “família”, tal como já foi amplamente referido.

Na sociedade atual, há uma variedade de formas de vida familiar e a reflexão sobre este assunto, incide não só nas estruturas mas também nas funções, nos papéis, nas representações e nas relações. A estrutura de uma família representa as posições ocupadas pelos indivíduos envolvidos dentro da unidade familiar de uma forma regular, com

ocorrência de interações e relações. Em todas as famílias, cada membro ocupa uma determinada posição ou tem um determinado estatuto, como por exemplo, marido, esposa, filho, irmão... e, por isso, cada membro da família ocupa, habitualmente, várias posições em simultâneo (Segalan, 1999).

Os indivíduos são orientados por papéis, obrigações e direitos que estão associados a uma dada posição na família ou grupo social. Os fatores sociais e culturais que influenciam o desempenho de um papel implicam padrões de mudança social, ambiguidades, contradições, modificações e alternativas nas definições correntes de papel. Por outro lado, todas as famílias têm certas funções que são desempenhadas para manter a integridade da sua unidade e dar resposta às suas necessidades e às expectativas da sociedade. De entre elas, destacam-se as funções de geradora de afeto, proporcionadora de segurança, aceitação pessoal, satisfação, sentimento de utilidade, estabilidade e socialização, e promotora da continuidade das relações. A estas, acrescenta-se uma função básica da família, que é a de proteger a saúde dos seus membros dando apoio e resposta às suas necessidades básicas, perpassando todo o ciclo vital da família (Leandro, 2001).

Nos tempos mais remotos, a família era visualizada num contexto alargado, ou seja, a vida ativa da pessoa era ocupada com a criação dos filhos, sendo organizada de acordo com esta atividade. Era a mulher, o elemento central desta função e a sua identidade era determinada essencialmente pelas suas funções de mãe e esposa (Carter & McGoldrich, 1995).

Referenciando Collière (1999), esta diz que “às mulheres competem todos os cuidados que se realizam à volta de tudo o que cresce e se desenvolve...” (p.40). No entanto, ao analisar-se o seu papel no contexto atual, verifica-se uma realidade distinta. As mulheres mudaram radicalmente a face do tradicional ciclo de vida familiar. O casamento, feito numa etapa mais tardia, a opção de conceber menos filhos (ou mesmo a de os não ter) e a carreira profissional, a par com a vida matrimonial, marcam significativamente a mudança nos padrões do ciclo de vida. A rígida distribuição dos papéis de acordo com o sexo, em que à mulher cabia tudo o que fosse doméstico, sendo o homem

responsabilizado pelo encargo económico, resultava numa diferenciação de territórios e de poderes entre os cônjuges, que hoje se tem desvanecido, implicando uma reorganização de espaços, mudanças de costumes e de poderes (Segalan, 1999).

A. P. Gil (1999), defende a ideia da existência de uma especialização de cuidados informais à pessoa dependente. A família direta (cônjuge e filhos) envolve-se mais em tarefas de longa duração (apoio técnico na assistência à doença e ajuda nas tarefas diárias) e intimidade; os amigos constituem importantes fontes de suporte afetivo e emocional, e os vizinhos envolvem-se em tarefas curtas e com maior proximidade geográfica (ajudas nas compras ou nos transportes e em situações de emergência, como na doença).

A sociedade e a família são produto de forças sociais, económicas e culturais comuns. Daí que, embora o fenómeno familiar seja universal, assuma configurações muito diferentes e diversas, de acordo com a sociedade onde se inscreve (Segalen, 1999).

Embora a família ocidental, tanto no passado como no presente, se mostre de forma diversificada quanto à sua estrutura, considera-se que a industrialização e a urbanização foram processos decisivos para a afirmação da família nuclear, nos séculos XIX e XX. A educação, a saúde e a solidariedade social ficam, desta forma, concentradas no casal (Leandro, 1998).

O ritmo de vida e de trabalho das sociedades europeias atuais, concretamente a portuguesa, tem implicações sociais na organização e funcionamento familiar e, de certa forma, pressupõe uma desvinculação relativamente às estruturas familiares mais antigas. Contudo, isto não significa que as redes de solidariedade social deixem de existir mas, por diversas dificuldades, tais como a distância geográfica e a constante valorização do bem-estar individual, alteram-se. Por outro lado, Leandro (1998) salienta que:

...o ingresso da mulher no mercado de trabalho profissionalizado, proporcionando-lhe o acesso ao salário, provoca deste modo uma brecha nas fronteiras entre o espaço doméstico e, ao invés, abre-lhe novas perspectivas no espaço público e no universo das suas relações sociais e aspirações. Estão, assim, dados os primeiros passos no seu processo de construção da autonomia e da individualização. Simultaneamente, o acesso à escolarização, vai permitir a formação de novos elementos cognitivos que permitem pensar-se e situar-se

diferentemente em relação à família, à saúde, à doença, ao trabalho, à sociedade, à religião, aos valores tradicionais e da modernidade contemporânea. (p.46)

No entanto, a família continua a ser procurada pela generalidade dos indivíduos que fazem dela um espaço fundamental de partilha e de vida.

Leandro (1998), refere que “apesar da família investir cada vez mais na sua privacidade, no afectivo e no emocional, e parecer ocupar-se cada vez menos dos idosos, esta não rompeu de modo algum as relações com o parentesco” (p.56). Para Saraceno (1997), a família encerra duas dimensões distintas, mas que convivem entre si, por um lado, a intimidade e afetividade, espaço de autenticidade, solidariedade e privacidade, por outro, a opressão, a obrigação, a violência e o egoísmo. A crescente importância da vida privada teria como consequência o afastamento da comunidade local e do viver sob o constante olhar da vizinhança. Todavia, o controlo da família passa agora, também, para o Estado e suas instituições. Assim, vamos ao encontro do pensamento de Durkheim que refere que a família, privatizando-se, é simultaneamente cada vez mais dependente das instituições públicas e das influências externas (Leandro, 1998; Segalen, 1999).

Assim sendo, não é viável analisar a família de forma linear, em termos de consanguinidade e/ou de coabitação, pois ela ultrapassa os critérios objetivos da propriedade, da descendência, ou mero refúgio privado, para ocupar o centro da vida pública, com vínculos à sociedade, à religião e à política da comunidade.

A família, ainda que por vezes em situação de conflito, aparece como elemento fundamental e um espaço onde se desenvolve o inter-reconhecimento e a própria identidade. A família, é sinónimo de segurança e engloba alguns aspetos importantes como a pertença, a função e a relação afetiva. É na família que os indivíduos conseguem encontrar e reconstruir as principais componentes da sua identidade. Neste sentido, pode referir-se que os sentimentos e a qualidade das relações revestem uma importância crucial, especialmente na presença de uma determinada doença e, principalmente, se esta apresentar um cariz crónico.

4.4. Família e saúde

Nos dias de hoje, uma questão cada vez mais conhecida pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral é a de que a saúde e a doença se inscrevem na relação profissional de saúde e doente, bem como no contexto social e familiar.

No que se refere à relação entre a família e a saúde, nos séculos XX e XXI surgem muitas contradições dialéticas, que exigem um grande esforço de adaptação da família, provocando alterações psicossociais importantes, quer no desenvolvimento da família quer no indivíduo portador de doença crónica. Importa lembrar que, desde tempos remotos, a família exerce um papel importante na saúde dos seus elementos. Acontece, porém, que estes aspetos são muitas vezes ignorados pela própria noção de cuidados de saúde, quase sempre limitados aos profissionais de saúde, não enfatizando o trabalho das famílias a este respeito. Da investigação histórica sobre a família no contexto da saúde e da doença, ressalta a solidariedade como a característica mais marcante da família.

Segundo Leandro (2001), vários estudos (Berkman, 1984; Bozzini & Renaud, 1987), de cariz sociológico, têm revelado que a influência do contexto social onde as pessoas estão inseridas e o suporte social de que dispõem exercem um papel fundamental sobre o estado de saúde dos seus membros e, na sua ausência, potenciam estados de morbilidade.

As funções de saúde e de prestação de cuidados de assistência em situação de doença da família não lhe podem/devem ser alienadas. É na família que esta função se torna mais genuína, uma vez que, pela sua natureza, só aí a relação estabelecida é integralmente pessoal, constituindo-se um clima de multivivências socio-afetivas entre os seus membros. Neste sentido, a família constitui a primeira instância da sociedade, garante do equilíbrio desejável na sociedade mais abrangente (Rodrigues-Lopes, 1997).

A família é um sistema social primário, dentro do qual o indivíduo se desenvolve, é cuidado, se torna apto para o convívio social e é onde o crescimento físico, pessoal e emocional é promovido. O modo de vida tem um papel determinante, pois é na família que se forma e vivencia uma grande parte dos hábitos que dizem respeito à saúde, ao equilíbrio físico, mental e relacional. A família, como unidade, desenvolve um sistema de

crenças, valores e atitudes face à saúde e à doença, expressas através dos comportamentos dos seus membros.

A influência da família sobre a saúde e a doença é diversificada, mas é no interior desta que se formam as atitudes, os hábitos que se relacionam com a saúde, o equilíbrio físico e mental, como refere Cresson (1995):

O quadro de vida familiar determina a higiene da vida. O ritmo de vida e o modo de vida familiar forjam pouco a pouco o indivíduo. Todos os domínios da vida são atingidos (a alimentação, a poluição, a habitação, as condições de emprego dos pais,...); eles são, ao mesmo tempo, objectos possíveis de uma intervenção dirigista do Estado, dos serviços públicos e de uma reivindicação de iniciativa por parte das famílias. (pp.41-42)

A verdade é que a partir da família se conjugam grandes mudanças acerca da saúde e mudanças de atitudes correlacionadas com ela. A este respeito, Cresson (1995) salienta que são as famílias com índices de escolarização mais elevados e melhor condição social que exercem um papel mais interventivo na saúde, quer através das práticas da vida quotidiana, nomeadamente ao nível da alimentação, da higiene, da tentativa de conciliação entre as relações familiares e sociais e os horários de trabalho, quer recorrendo mais assiduamente aos serviços de saúde e médicos, seguindo com mais persistência as orientações e recomendações dos profissionais de saúde ou das campanhas nacionais ao nível da melhoria dos níveis de saúde e conseqüentemente melhoria da QV.

Parte-se da convicção de que a família é o centro de debate sobre a saúde e o bem-estar, mas não se questiona como é que gere ou mantém estas duas valências. Na divisão do trabalho entre parentes, é à mulher que se atribuem os cargos da educação dos filhos, da organização e gestão da casa e da vida doméstica. Esta é uma visão estereotipada e tradicional da mulher dentro da esfera familiar.

Segundo A. P. Gil (1999), esta “presença feminina” caracteriza-se por ser muito mais contínua e regular, traduzida por serviços, bens e suportes materiais. Neste sentido, é também para a mulher que se remete o cargo de educação para a saúde, fazendo dela um verdadeiro agente de CSP no interior da família. É ela que se mantém atenta à saúde dos seus membros, aos sintomas, à medicação, à alimentação, à higiene pessoal, à

manutenção do ambiente físico e psicossocial, à educação para a saúde, à tomada de decisões em situação de doença, aos cuidados de reabilitação, ao envolvimento, quer na vida privada (domicílio) quer no domínio público (instituições de saúde). Estas são as qualidades silenciosas utilizadas pelos profissionais das áreas da saúde e do social, para colmatar as deficiências do Estado.

A forma como a família desempenha as suas responsabilidades de cuidados de saúde é influenciada pela estrutura, divisão/repartição do trabalho, estatuto socioeconómico e etnia. Neste sentido, pode afirmar-se que os doentes crónicos, com elevados níveis de integração social e intensos suportes de apoio afetivo, social, material, cognitivo e normativo, se revelam mais capazes de ultrapassar a doença quando esta sobrevém. Em muitas relações familiares, há mulheres que, apesar de trabalharem fora de casa, se ocupam de familiares que necessitam de cuidados de saúde, mesmo que com eles tenham mantido relações hostis durante toda a vida.

Ainda no âmbito do trabalho feminino, saliente-se que, na maioria dos casos, as mulheres, mesmo que desenvolvam atividade laboral remunerada e a tempo inteiro, continuam a ocupar-se mais com as tarefas domésticas, educativas e de prestação de cuidados do que os homens, e se um deles tiver que sacrificar a carreira profissional para prestação de cuidados a um familiar que deles necessite, é normalmente à mulher que tal sacrifício é atribuído (Brito, 2002; Torres, 1999).

Assim, se uma criança, idoso ou doente necessitarem de cuidados e assistência, a expectativa de que a filha, nora, sobrinha, neta, mãe, irmã acorram, parece mais óbvia e natural, mesmo que isto signifique alterar todo o seu projeto de vida pessoal e familiar. Esta situação reforça a ideia do trabalho feminino como uma tarefa milenar, natural e gratuita, e poder-se-á ainda afirmar que as relações familiares constituem regras morais, criam direitos e obrigações morais, aos quais é difícil não corresponder. Estas normas morais aparecem num quadro modelado pelas forças culturais, sociais e económicas. Segundo Segalen (1999), “as obrigações familiares não constituem regras impostas pelo exterior mas de certa maneira há uma negociação e/ou imposição familiar no cuidar, onde as influências exteriores têm o seu peso” (pp.124-125).

Os diferentes papéis que os membros da família devem assumir, tanto no plano de funcionamento do lar como no que concerne a outras tarefas específicas, são adaptados como lógicos em função do processo de socialização e reforçados pelo controlo social. Em nenhum outro grupo, como na família, se tomam decisões conjuntas. Os recursos de que a família dispõe são normalmente limitados, o que implica, por um lado, a procura de satisfação das necessidades de cada membro e, por outro, o consenso necessário para a coesão do grupo.

As capacidades para a criação de um suporte social sólido relacionam-se, essencialmente, com as características da pessoa dependente e das condições sociais e culturais em que o mesmo cresceu e se desenvolveu. Numa visão de solidariedade social, Nunes (1995) salienta que “em Portugal vivemos numa família-providência” (p.247), dado que esta constitui o principal apoio de solidariedade ao doente, assim que a situação o exija, tal como já referimos. A este respeito, se nos anos setenta se falava em morte da família (Cooper, 1971), as políticas sociais e de saúde implementadas hoje, em Portugal, vão no sentido de revalorização da família (ainda que com características diferentes: família refúgio, família proteção, família providência [Leandro, 2001]), tentando com estas medidas obviar o máximo possível o internamento hospitalar e procurando reinserir rapidamente o doente crónico na sua família e meio social envolvente.

A visão da família como algo mais do que o contexto individual, é o aspeto central da prática de enfermagem familiar. Hanson e Kaakinen (1999) identificam quatro níveis da prestação de cuidados no âmbito familiar: (i) *a família como contexto* – esta abordagem coloca o indivíduo em primeiro plano e a família em segundo. A família, como contexto, serve quer como recurso quer como fator causador de stresse para a saúde e a doença individual; (ii) *a família como cliente* – esta abordagem coloca a família em primeiro plano e os indivíduos em segundo. A família é vista como a soma dos seus membros individuais. O alvo está centrado em cada um e em todos os indivíduos, na medida em que afetam toda a família; (iii) *a família como um sistema* – o alvo está na família como cliente e esta é vista como um sistema interativo, no qual o todo é maior do que a soma das partes. Esta abordagem foca-se simultaneamente no indivíduo e na família. As

interações entre os membros da família tornam-se o alvo das intervenções de enfermagem; (iv) *a família como uma componente da sociedade* – é vista como uma das suas múltiplas instituições, sendo a sua unidade básica um elemento constituinte de um sistema mais alargado. A família como um todo interage com outras instituições para receber, trocar ou prestar serviços.

No contexto do envelhecimento a que não é alheio o aumento da esperança de vida, as questões inerentes à dependência têm vindo a assumir relevância, nomeadamente as situações incapacitantes resultantes das doenças cardiovasculares, pulmonares, osteoarticulares e demências de vária ordem, como Parkinson (Quaresma & Pitaud, 2004). No entanto, apesar de todas as dificuldades e dinâmicas das famílias, na maioria dos casos, os familiares encontram-se na primeira linha da prestação de cuidados aos idosos (Paúl, 1997), sendo que a coabitação, pela possibilidade de rentabilização do tempo e do espaço, facilita a dinâmica da prestação de cuidados (Gil, 2007).

No entanto, do conjunto de elementos da rede de apoio familiar, destaca-se habitualmente uma pessoa, sobre a qual recaem as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas de apoio, que os Anglosaxónicos designam por *caregiver* ou *carer*, ou seja, a pessoa que olha pelo idoso, que o apoia e cuida dele no dia a dia (De la Rica & Hernando, 1994).

Praticamente, todos os estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidados a idosos dependentes ser prestados pelas filhas. A seguir, na linha de prestadores de cuidados, surgem as noras (em substituição dos filhos), as esposas, e só depois outros tipos de parentesco, mas sempre predominando as mulheres, que representa cerca de 80% do total dos prestadores de cuidados a familiares idosos (Paúl, 1997).

Os cuidados recebidos pelo idoso dependente, no ambiente domiciliário, podem ser de dois tipos: cuidados formais (âmbito profissional), ou cuidados informais (prestados pela rede familiar ou pelos vizinhos e amigos). Precedente ao desenvolvimento desta temática, entende-se por “cuidado informal” todo o aquele que não é remunerado, prestado de forma parcial ou integral, à pessoa com dependência de elementos da rede familiar (Pimentel, 2001).

O familiar cuidador tem sido objeto de preocupação de diversos quadrantes da investigação, desde a área da saúde à área social, política, psicológica e filosófica. Seja por estarmos inseridos numa época em que a relação de ajuda assume um papel de relevo (Martin, Paúl & Rincon, 2000), seja pela crescente importância que o papel da família assume na área da saúde, nomeadamente, o apoio ao cuidado às pessoas dependentes (Donati, cit. por Martin et al., 2000), o facto é que nas sociedades contemporâneas, cada vez mais é necessário conhecer aspetos que condicionam mudanças no futuro.

Do ponto de vista político-social, segundo o DL nº 281/2003 de 8 de novembro, que cria a rede de cuidados continuados de saúde, é de

...salientar que na prestação de cuidados de saúde em geral a família e a comunidade social têm constituído e deverão continuar a intervir como factores essenciais e indispensáveis no apoio aos seus concidadãos, nomeadamente aos mais frágeis e carenciados. A sua iniciativa e acção são fundamentais, não apenas para evitar o prolongamento de estadas em regime de internamento por razões alheias ao estado de saúde, como também para a reabilitação global e a independência funcional dos doentes, o apoio domiciliário e ocupacional de que necessitam e a reinserção social a que têm direito. (p.7493)

A rede familiar, segundo Bris (1994), integra uma das quatro soluções para o caso de utentes dependentes, a par da prestação dos cuidados formais (que compreende uma diversidade de profissionais remunerados e/ou voluntários), das instituições (hospitais, em unidades concebidas para doentes crónicos e outros dependentes, e os lares), e ainda da prestação de cuidados informais por parte das redes vizinhas, podendo estas contribuir de uma forma decisiva para a manutenção do doente dependente no domicílio. No entanto, a última opção é uma solução marginal, pois tende a limitar-se à prestação de serviços pontuais.

Para contextualizar a família que lida com o idoso dependente, é crucial compreender o entrelaçamento de três fios evolutivos: as alterações da estrutura familiar ao longo dos tempos, já referida anteriormente; a sobrecarga para a família cuidadora que lida com o idoso dependente; e a adaptação da família à dependência do idoso, nomeadamente no que às relações intergeracionais diz respeito.

A família é o lugar primordial das trocas intergeracionais. É aí que as gerações se

encontram e interagem de forma intensa. É o lugar da troca e do apoio incondicional. As solidariedades familiares são uma fonte inesgotável de entreaajuda, apesar de se encontrarem expostas às perturbações sociodemográficas das sociedades modernas. O alargamento da vida e a co-longevidade das gerações que daí resulta, bem como a diminuição da fecundidade, produziram novas estruturas de parentalidade e uma nova matriz latente de interrelações, das quais apenas uma parte é efetivamente ativada. Aumenta o número de famílias trigeracionais, com desenvolvimento e reforço do topo, chegando a haver mais avós do que netos. Esta estrutura familiar multigeracional implica, não somente uma maior longevidade, mas também a minimização das distâncias geracionais.

Esta maior sobrevivência das gerações beneficia, no presente, de um aumento da esperança de vida nas idades mais avançadas e de uma fecundidade precoce na geração intercalar. O tempo que as distancia é menor do que virá a ser no futuro, e a permanência de quatro gerações em simultâneo repete-se em maior número de casos. No entanto, 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 (Fernandes, 1997).

Nesta conjuntura, devemos perguntar como se estabelece a solidariedade entre pais, filhos e netos na estrutura das relações baseadas num reforço da autonomia dos grupos domésticos, isto é, como é que a reivindicada autonomia dos membros da família se articula com a solidariedade intergeracional.

Apesar de ter havido um pressuposto que foi difundido nos anos 60 e 70 de que houve um desaparecimento do parentesco, através da teoria parsoniana sobre a família, esse começou a ser posto em causa com o surgimento das investigações empíricas, sobre as solidariedades familiares, que provaram que as famílias nucleares não estavam isoladas. As famílias modernas organizam-se em torno de laços de parentesco, construindo redes de relações através das quais circulam ajudas, bens e afetos (Segalan, 1999).

As transmissões económicas e monetárias ocorrem, principalmente, em sentido descendente, de avós para netos e de pais idosos para os seus filhos adultos, ainda que os rendimentos dos primeiros sejam, em muitos casos, inferiores. Não sucede o mesmo

quanto aos serviços prestados, cuja circulação se processa generalizadamente nos dois sentidos. Entre as gerações extremas, as trocas são menos frequentes, mas continuam a ser apreciáveis e vão normalmente dos jovens para os mais velhos (Attias-Donfut, 1995).

Os tipos de ajuda que se desencadeiam entre os membros da família, quer provenham da geração intermédia para os seus pais idosos, ou dos pais mais velhos para os filhos, têm normalmente origem no reconhecimento de uma necessidade. Esta entreaajuda intergeracional tem diferentes formas e graus ao longo do ciclo de vida familiar, seguindo algumas motivações: (i) a lógica das necessidades, onde as ajudas são orientadas em direção aos membros da família que se deparam com dificuldades; (ii) os laços de reciprocidade, em que as ajudas representam a liquidação de uma dívida resultante de uma dádiva recebida anteriormente; (iii) a complementaridade com as ajudas públicas, em que as prestações sociais estimulam a entreaajuda familiar, propiciando entreaajuda e complementaridade entre todos os seus membros, tendentes a uma maior autonomia individual, mas também familiar (Sarmiento et al., 2010).

O princípio do respeito pela pessoa humana é central em Bioética. O Relatório Belmont, que estabeleceu as bases para a adequação ética da pesquisa científica nos Estados Unidos, propunha que a autonomia incluísse duas vertentes: a primeira, em que os indivíduos deveriam ser tratados como seres autónomos; e a segunda, em que as pessoas com essa capacidade diminuída deveriam ser protegidas (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979).

O envelhecimento, frequentemente caracterizado por um *handicap* físico e psíquico, atribuível à menor resistência às agressões do meio, coloca o homem em estado de maior dependência em relação aos que o rodeiam e à sociedade, provocando, não raras vezes, situações de tensão que poderão levar à depressão, que é necessário prevenir e combater. A dependência dos idosos resulta de fatores como a redução das capacidades físicas, psicológicas ou mentais, insegurança financeira, isolamento, solidão, dependência de parentes ou outros apoios sociais.

Em determinadas situações, o idoso necessita de ajuda para adquirir ou readquirir a sua independência e autonomia, a fim de manter o equilíbrio fisiológico e emocional, uma vez

que o corpo e a mente são inseparáveis: “No plano social, a existência de preconceitos em relação ao idoso, estereótipos ou atitudes negativas, a perda de estatuto e mesmo o crescente aumento de violência social representam factores precipitantes da perda de autonomia” (Fernandes, 2002, p.50).

Estes dois conceitos (independência e autonomia), têm a vantagem de mostrar as diferentes combinações possíveis, que podem acontecer ao idoso. Assim, o idoso pode ser autónomo e independente, dependente e autónomo. Isto é, pode ter necessidade de ajuda para realizar as atividades de vida, o que lhe provoca dependência, mas manter a autonomia, porque decide o seu modo de vida. Pode ainda ser independente e não autónomo. Esta perda de autonomia surge quando é interdito ao idoso a escolha de regras do seu comportamento, não tanto devido a uma situação de dependência, mas porque é interdito ao idoso fazer a escolha das regras das suas atividades, não por incapacidade, mas porque se encontra inserido numa instituição (lar, hospital...), onde o indivíduo não dependente perde parcial ou totalmente a sua autonomia. O idoso pode, por último, ser dependente e não autónomo, quando depende completamente de terceiros para satisfazer as suas necessidades de vida diária.

Constituindo a autonomia uma componente fundamental para o bem-estar do idoso, uma abordagem íntegra exige uma intervenção a nível dos factores que promovem a saúde e mantêm essa mesma autonomia. Em situações de dependência, é fundamental fazer-se a avaliação das necessidades em que o indivíduo carece de ajuda, respeitando e incentivando a autonomia e a independência, no e com o seu agregado familiar, no ambiente onde o idoso teve o privilégio de nascer, crescer e viver e onde este é mais ele, desprovido de máscaras e de preconceito.

4. QUALIDADE DE VIDA

A QV é uma procura permanente do ser humano e distingue-o das outras espécies. Querer viver bem, procurar incessantemente novas condições para a melhoria do seu dia a dia, tentando superar as condições adversas e alcançar outras melhores são, em última análise, objetivos da melhoria das condições de vida do ser humano. No entanto, quando falamos

em QV, estamos a dar um cunho pessoal ao conceito e por essa via à sua percepção. Mostra-se, pois, insuficiente a definição de QV, tendo em conta apenas uma avaliação quantitativa, pautada por indicadores meramente mensuráveis (renda, grau de instrução, condições de vida, etc.), pois omite dados importantes referentes às percepções, julgamentos e valores que cada indivíduo possui em relação ao próprio conceito de qualidade.

Existe, portanto, uma grande multiplicidade de perspetivas na definição de QV, uma vez que:

...talvez cada indivíduo tenha o seu próprio conceito. Assim, qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. Mais: tem variado para o mesmo indivíduo conforme o decorrer do tempo. (Paschoal, 2000, p.24)

Uma primeira análise deve ser realizada relativamente à percepção subjetiva que cada indivíduo tem sobre o que seja a QV, pois está incontestavelmente ligada a vários aspetos intrínsecos a cada ser humano, individualmente, e à condição social dos indivíduos; isto porque as condições concretas de cada um impõem percepções, aspirações, projetos e sonhos de forma distinta para si próprio, enquanto pessoa individual, independentemente do estatuto social que ocupa, inclusive no interior da mesma classe. Devemos, pois, ter em conta que a condição de cada indivíduo, nomeadamente o meio social, influencia de forma importante os padrões de entendimento daquilo que é considerado como um bom estilo de vida.

A preocupação com a QV é tão antiga quanto a civilização (Silva, Barbosa, Santos, Oliveira & Ramos, 2009), mas sejam quais forem as grandes motivações humanas, a verdade é que a subjetividade domina na definição do seu conceito.

Já na antiguidade, na era de Aristóteles, a expressão “qualidade de vida” surgia intimamente associada a palavras como “felicidade” e “virtude”, indicadoras de estados que, quando alcançados, proporcionam ao indivíduo “uma boa vida”. Segundo Canavarro e Serra (2010), a definição de Aristóteles referia que “o caminho mais virtuoso para o homem seria aquele que se orientasse para alcançar a excelência física e moral, designado por vida racional” (p.4). Para a civilização grega e romana, a saúde e o bem-estar das

populações estavam intrinsecamente ligados ao culto da boa forma física. No século XII, em alguns países (França, Itália, Alemanha), estratégias diversificadas, como o abastecimento de água e o saneamento básico, foram entendidas como promotoras da saúde e QV das populações (Moreno & Ximénez, 1996). Até à primeira metade do século XX, predominou a visão mercantilista do bem-estar, que se encontrava “intimamente dependente dos níveis económicos, sendo por isso, lógica a associação entre crescimento económico de uma nação e o bem-estar da população” (Canavarro & Serra, 2010, p.4).

O conceito de QV é variadíssimas vezes referido nos países ocidentais como equivalente a riqueza material, a ter dinheiro ou bens, a viajar, a passar férias, entre outros requisitos do bem-estar. Assim, na década de sessenta, período de grande desenvolvimento económico, foi-se espelhando uma grande preocupação dos investigadores com o conforto das pessoas. Ainda nessa época, inseriu-se no relatório da “Comissão dos Objetivos Nacionais” do Presidente Eisenhower, a noção de QV, relacionada com a valorização de parâmetros mais amplos e, para além da riqueza material, também a educação e o crescimento individual foram contemplados (Paschoal, 2002). Atribui-se ao presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, a introdução do termo no meio político, ao declarar que “os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos ... só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Bech, 1993, p.1).

Uma definição clássica e abrangente é enunciada por Andrews, em 1974: “qualidade de vida é a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados” (Bowling, 1995, p.1448). Com os métodos e instrumentos de avaliação tendencialmente direcionados para as dimensões objetivas, é a partir dos anos 80 que os investigadores começam a enfatizar a necessidade de se considerar a perspetiva da própria pessoa e de se configurar este construto a partir de um conjunto de diferentes grandezas. As múltiplas dimensões atribuídas à QV variam naturalmente de autor para autor quanto à sua definição e dimensões que abrange, pelo que tornam complexa a sua expressão. Awad e Voruganti (2000) reforçam esta ideia quando referem que QV é “...uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é” (p.558). Encontramos diversas definições, sendo umas mais restritas, ligadas aos aspetos de saúde e

respetivas consequências na vida das pessoas, e outras mais abrangentes, que englobam todos os aspetos da vida humana. Morn, corroborado por Born e Boechat (2006), refere-se à QV de uma forma subjetiva, encarando-a como os aspetos da vida e funções humanas consideradas pelo indivíduo como essenciais para viver na sua plenitude.

A literatura apoia a subjetividade da QV, perspetivando-a como sendo determinada pela perceção e pelas experiências vividas, ou seja, considera-se que o aspeto subjetivo é essencial para a sensação de satisfação pessoal intrínseca à QV.

A DGS, no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, corrobora a definição de QV da OMS (1994), como sendo:

...uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente. (DGS, 2004a, p.6)

Apesar das dificuldades subjacentes à definição conceptual, considerando a versão portuguesa do instrumento de avaliação *WHOQOL-Bref*, verifica-se que a base da sua definição assenta na conjugação dos domínios fundamentais: bem-estar psicológico, físico, social, financeiro e material (Padilla, Grant & Ferrel, 1992). Tendo em conta a variação do conceito de QV, na década de noventa verificou-se consenso entre os investigadores, relativamente a aspetos concetuais de um fenómeno multidimensional, subjetivo e multifatorial, isto é: (i) integra domínios relacionados com o bem-estar, avaliadas em termos de realização pessoal, bem-estar físico, relações interpessoais e felicidade; (ii) contém várias dimensões que se relacionam e influenciam entre si (Bowling, 1994); (iii) integra fatores externos relacionados com a interação com o ambiente, e fatores internos como os valores culturais, a atividade intelectual, a autoestima, a experiência de vida e a religiosidade (Bowling et al., 2003; Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002); (iv) apresenta-se como um conceito dinâmico, que se altera ao longo da vida em função das experiências e acontecimentos e, nesse sentido, caracteriza-se por uma grande variabilidade intra e inter-sujeitos, que se baseia na perceção individual, ou seja, tem significado diferente para pessoas diferentes (Bowling, 1994; Hughes, 1990).

Birren e Dieckman (cit. por Neri, 2004), corroboram a ótica subjetiva e multidimensional deste conceito, ao referirem que a QV “é um conceito complexo e abrange muitas características do ambiente social e físico, a saúde e o estado interno dos indivíduos. Há dois enfoques: um, baseado em auto percepções subjetivas ou internas e o outro em medidas objectivas, baseadas em julgamentos externos” (p.5). Isto significa que, ao debruçar-nos sobre este fenómeno de forma holística, devemos centrar a nossa atenção na pertinência e relevância das condições de sanidade, numa perspectiva bioética, pois à QV está subjacente a dor, a doença e o sofrimento. Porém, e não menos importante, é a acessibilidade para todos, no sentido de manter a pessoa saudável, pois temos o direito a ter uma vida justa, sem prejuízo, e com condições que proporcionem uma efetiva boa QV autopercionada.

A mudança de paradigma no modelo de abordagem das questões da saúde, passando de uma abordagem biomédica para uma abordagem holística e biopsicossocial, que considera a saúde como um estado num continuum de vida, levou a que as intervenções em saúde começassem a ser vistas em termos de melhoria do bem-estar geral. Perante esta abordagem holística, podemos deparar-nos com pessoas sem doença, mas que se sentem doentes, e indivíduos com patologias crónicas, por exemplo, que se sentem saudáveis. A percepção individual e as estratégias de *coping* de cada um farão toda a diferença.

A OMS (1999), propõe uma definição onde se conjugam as condições objetivas, e subjetivas para a QV sendo:

...a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objectos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afectado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente. (WHOQOL Group, 1995, p.1404)

Quando se aplica o instrumento de investigação definido pelo WHOQOL Group, verifica-se que a QV de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços económicos e sociais: emprego, rendimento, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação,

transporte de boa qualidade, entre muitos outros fatores, afetando diretamente vários domínios fundamentais como o físico, psicológico, social e ambiental.

Podemos, então, verificar que qualquer que seja a definição pela qual se opte, esta tem que ver com a forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu dia a dia no contexto sociocultural onde foram educadas, estão e envelhecem.

O prolongamento da vida humana é muito mais do que um mero fenómeno biológico e de aparência dependente da evolução da ciência, pois depende não só do padrão genético individual, mas também e seguramente muito mais de outros factores como por exemplo das condições políticas e sociais do país de residência habitual, bem como com a sua cultura, recursos económicos e qualidade ambiental. (Saldanha, 2009, p.xviii)

A população idosa parece, pois, uma população particularmente interessante para se perceber a forma como percebe a sua QV. Nesta ótica, este fenómeno não deve ser analisado de forma isolada, pois não se envelhece só, é-se sempre idoso relativamente a um passado e em relação aos outros, pelo que será importante analisar a capacidade que a pessoa detém para solucionar problemas e lutar contra as adversidades. Esse confronto poderá proporcionar uma velhice tão longa e saudável quanto possível, permitindo a possibilidade de gerir a sua vida de forma autónoma, mas tendo em conta também ultrapassar as iniquidades decorrentes do isolamento a que as populações rurais estão votadas.

5. NOTA CONCLUSIVA

Com o aumento da esperança de vida e a diminuição da natalidade, entre outros fatores de ordem social, o envelhecimento demográfico tem vindo, cada vez mais, a constituir-se como um problema a merecer especial atenção por parte da sociedade.

O envelhecimento é um processo natural, complexo, contínuo, heterogéneo, inevitável. Dá-se a nível físico, psicológico e social. Surge muitas vezes associado à ideia de perda de papéis sociais, perda de autonomia, perda de capacidades intelectuais, entre outras, sendo um fenómeno profundamente influenciado pelos valores sociais e culturais. Este fenómeno,

...até há pouco, passava despercebido à opinião pública em geral, o envelhecimento é hoje apontado, com relativa frequência, como um dos aspectos a ter em conta na definição de políticas de médio e longo prazo. No caso português, deve acrescentar-se que, também para políticas de curto prazo, e nalguns aspectos mesmo para medidas urgentes. (Costa, 1998, pp.85-86)

No âmbito dos cuidados, considera-se fundamental o tempo de resposta à assistência ao nível da saúde, das respostas sociais e do respeito pelos direitos essenciais. Os Princípios das Nações Unidas em proveito das Pessoas Idosas (ONU, 2002), a saber, independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade, encerram a essência normativa de qualquer política nacional dirigida à população idosa.

O princípio da dignidade diz respeito à garantia de condições dignas de existência, de segurança e de justiça, independentemente da idade, sexo, situação económica e qualquer outra circunstância, nomeadamente a região demográfica onde reside.

Em termos políticos, o aumento do peso dos idosos no conjunto da população, associado à diminuição da população em idade ativa, à redução da idade média de saída do mercado de trabalho e ao aumento da esperança de vida, representa um grande desafio para a sustentabilidade das finanças públicas, sobretudo devido à pressão exercida sobre os sistemas públicos de saúde (mais procurados pelas pessoas idosas). Considera-se ser necessário operar uma viragem na filosofia dos cuidados de saúde de proximidade, face à pressão demográfica, ao envelhecimento geral da população e, principalmente, ao número de pessoas muito idosas que tendem a procurar cada vez mais apoio e acompanhamento social e médico. Desta forma, é importante combater a litoralização e criar condições para que os adultos e jovens tenham condições de “regressar” às zonas rurais, sublinhando a importância das famílias e pessoas próximas nos cuidados comunitários. “Passa-se doravante de um apoio proporcionado na comunidade a um apoio proporcionado pela comunidade, ou seja, essencialmente, pelos recursos familiares e informais” (Lesemann & Martin, 1995, p.22).

A reflexão gerontológica atual enfatiza a importância da organização de serviços que contribuam para a prossecução de uma política orientada para a valorização do quadro de

vida das pessoas idosas, nomeadamente através da construção de um ambiente seguro e de qualidade, adequado às suas necessidades.

Defender a consolidação e o aumento das respostas de cuidados no domicílio, não significa deixar de lado a importância da criação de outro tipo de respostas para a população idosa, sobretudo a que apresenta elevados índices de dependência. Essas respostas podem passar por estruturas integradas que possibilitem a intervenção social, de saúde, e de ocupação no seio das comunidades locais, todas elas tendo como foco de atenção o idoso, o seu contexto e a QV autopercecionada.

CAPÍTULO II

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E RECURSOS DE SAÚDE

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o organismo através do qual o Estado Português assegura o direito à saúde (promoção, prevenção e vigilância) a todos os cidadãos de Portugal. A sua criação remonta a 1979, tendo já feito 33 anos. O seu objetivo primário é a responsabilização das entidades governativas na proteção da saúde individual e coletiva para a qual desenvolveu cuidados integrados de saúde, nomeadamente a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

O sistema de saúde é composto pela relação que o conjunto de instituições prestadoras de serviços de saúde públicos e privados mantêm entre si. Enquanto sistema, tal como postulado pela teoria geral dos sistemas, refere-se a uma interrelação entre os seus elementos componentes onde o todo ou o sistema em si não pode ser reduzido à análise separada dos seus componentes, pelo que estes devem ser considerados como uma parte do todo, que interagem, cooperam e se complementam.

1. SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

Em Portugal, antes da criação SNS, que ocorreu em 1979, os cidadãos não cobertos pela previdência, pela Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE) ou por um dos diferentes subsistemas de saúde (forças militares, militarizadas, ministério da justiça, bancários e grandes empresas), só podiam ser assistidos nos hospitais depois de se submeterem a um “inquérito assistencial” que os classificava como pensionistas ou gratuitos, classificação esta feita de acordo com a sua situação económica e social. Isto revela que os cuidados de saúde não chegavam a todos os cidadãos da mesma forma. Havia

uma baixa capacidade de financiar os serviços de saúde, sendo que as instituições com responsabilidade na prestação de cuidados de saúde eram precárias. Havia também uma gestão institucional do tipo “comando e controlo” (Campos, 2008).

De acordo com o Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS, 2001), antes da criação do SNS, a saúde em Portugal era caracterizada por várias vias sobrepostas, a saber: (i) as misericórdias que ocupavam um lugar de relevo na saúde, geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o país; (ii) os serviços médico-sociais prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência; (iii) os serviços de saúde pública vocacionados essencialmente para a proteção da saúde (vacinações, proteção materno-infantil, saneamento ambiental) (Campos, 2008).

Os hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se localizados principalmente nos grandes centros urbanos. Os serviços privados eram dirigidos às pessoas de nível socioeconómico mais elevado.

As maiores reformas no sistema de saúde português, assim como na sociedade portuguesa, surgiram na década de 70 (Simões, 2009). O DL n° 413/71, de 27 de setembro, representou um marco histórico na evolução da política de saúde nacional, promovendo o desenvolvimento da saúde pública e da cobertura médico-social (conhecida como a reforma de Gonçalves Ferreira). Segundo este diploma, o Estado deixava de ter uma intervenção complementar para passar a ter uma responsabilidade pela política da saúde bem como pela sua execução. Foi através deste decreto que se organizou o Ministério da Saúde e da Assistência.

Segundo Ferreira (1990) e Simões (2009), esta reforma deu orientações ao grupo de trabalho responsável pela elaboração deste diploma, visando: (i) uma política unitária de saúde nacional; (ii) o reconhecimento do direito à saúde e o delineamento do esforço legislativo e administrativo a empreender, para o generalizar a toda a população; (iii) a necessidade da progressiva instauração de um sistema nacional de saúde com capacidade para executar essa política; (iv) o reconhecimento da intervenção do Estado como difusor da política de saúde e assistência e como responsável pela sua execução; (v) a integração

de todas as atividades de saúde e assistência, designada nos planos quer local quer regional; (vi) o planeamento geral dessas atividades, a elaborar a nível central.

A nova orgânica do Ministério da Saúde reestruturou os serviços centrais, regionais, distritais e locais, criando, a partir dos distritos, duas estruturas funcionais: os centros de saúde e os hospitais. No entanto, a reforma do sistema de saúde constitui apenas um esboço de um SNS, que demorou oito anos para ser implementada. A revolução de 1974 e a nova constituição de 1976 mudaram profundamente Portugal.

O direito à proteção da saúde é consagrado no artigo 64º da Constituição da República (1998), o qual salienta que “todos têm direito à protecção da Saúde e o dever de a defender e promover”, e “incube prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, ... garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” (p.32).

Em 1979, foi criado o SNS (Lei nº 56/79, de 15 de setembro). O sistema criado é baseado no sistema clássico do modelo do SNS, caracterizado pela cobertura universal da população e financiado por impostos. Todos os portugueses passaram a ser assistidos de forma gratuita nos hospitais públicos ou nos antigos hospitais das misericórdias. No entanto, o SNS não eliminou os subsistemas de saúde.

Em 1982, foram criadas 18 Administrações Regionais de Saúde (ARS), com o objetivo de potenciar a eficiência do SNS, financiadas pelo Ministério da Saúde. Cabe às ARS a responsabilidade da implementação da política da saúde dentro da região. As ARS tinham como objetivos a recolha de dados, a fiscalização e controlo da atividade profissional, o planeamento e avaliação dos serviços.

Em 1990, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) trouxe um novo quadro legal ao SNS. Essas mudanças refletiram-se no âmbito da redução do Estado na prestação dos cuidados de saúde e também no incentivo aos cidadãos como primeiros responsáveis pela sua própria saúde.

De acordo com a Base II, *I-b* “é objectivo fundamental obter igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (p.3452). Na Base XXIV, d, relativo à caracterização do SNS, é referido que se deve “garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (p.3456).

A Lei de Bases apela às questões da equidade na distribuição dos recursos e na utilização de serviços, reforçando a importância destes para a população.

Devido ao grande número de ARS, o Ministério da Saúde teve dificuldade na sua coordenação. Com vista a reduzir este problema, o DL nº 11/93, de 15 de janeiro, estabeleceu que as 18 ARS deveriam ser substituídas por cinco ARS que, por sua vez, seriam subdivididas em 18 subregiões de saúde, responsáveis por monitorizar o estado de saúde da população, fiscalizando os prestadores para as três redes e a distribuição de recursos financeiros para os prestadores em cada região de saúde que gerem (Oliveira & Bevan, 2003). A descentralização permite a existência de um interlocutor entre o poder central e local (Santana, 2005).

Entre 1995 e 2002, assistiu-se a uma reestruturação do modelo do SNS, com reformas focadas na reestruturação da oferta e do seu financiamento e com importância na complementaridade entre os setores públicos e privados (Oliveira & Pinto, 2005).

Entre 2001 e 2008, a utilização do SNS apresentou um aumento significativo no acesso aos CSP, principalmente aos centros de saúde. As consultas hospitalares tornaram-se mais difíceis, a procura aumentou mais do que a oferta, ou seja, verificou-se uma maior utilização com maior espera. Em 2008, o funcionamento dos centros de saúde foi avaliado de forma mais positiva pelos utilizadores efetivos, permanecendo, no entanto, uma avaliação negativa em relação aos tempos de espera para as consultas. Observou-se também uma maior dificuldade em aceder a determinados cuidados de saúde, como por exemplo, as idas ao dentista. No entanto, continuavam a existir múltiplos mecanismos que

afetavam negativamente a equidade na saúde em Portugal, não só nos hábitos de saúde, como também no acesso aos cuidados (OPSS, 2011).

No início do século XX, a prestação direta dos cuidados de saúde à generalidade da população era assegurada pela clínica livre, cabendo ao Estado apenas a assistência médica aos pobres e indigentes. Em 1945, surgem algumas alterações na oferta pública de serviços de saúde. Os principais reflexos incidem no desenvolvimento dos grandes institutos, designadamente de saúde materna, de luta anti-tuberculose e de psiquiatria. Foi na década de 60 que se assistiu à criação de uma vasta rede de postos médicos. Em 1971, reconhece-se o direito à saúde de todos os cidadãos e inicia-se a criação de centros de saúde em quase todos os concelhos, seguindo-se a criação do SNS com mais ou menos avanços e recuos.

Na Declaração de Alma-Ata (1978), os CSP foram definidos como:

...os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. (OMS, 1983, p.24)

A Lei nº 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde), destaca, na Base I, o direito de todos os cidadãos a cuidados de saúde, determinando que o mesmo se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, que promoverá e garantirá o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

A Constituição da República Portuguesa (1998) consagra a proteção à saúde como um direito de todos os cidadãos e da comunidade, assegurado por um SNS, de âmbito universal, global e tendencialmente gratuito e que abrange não só a promoção da saúde e a prevenção da doença, como a prestação de cuidados de saúde.

Assim, houve uma evolução na prestação de cuidados de saúde, sendo esta caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como um elevado grau de exigência das instituições e serviços de saúde centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde.

Em Portugal, e de acordo com o DL nº 157/99, de 10 de maio, os centros de saúde têm vindo a ser reformulados:

...dada a crescente complexidade técnica, bem como a actual exigência de instituições e serviços de saúde que, numa perspectiva multidisciplinar e de forma efectiva e eficiente, sejam centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde tornaram, entretanto, obsoleto o enquadramento normativo dos centros de saúde, designadamente pela inexistência de autonomia e pelo não reconhecimento de uma hierarquia técnica. (p.2424)

Neste mesmo diploma, são reconhecidos os centros de saúde como sendo as primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica, possuindo ainda uma personalidade jurídica, aos quais é permitido um nível de autonomia equivalente ao dos hospitais, podendo haver interações e diálogos mais equilibrados no processo de articulação interinstitucional, já iniciado com outras entidades. O funcionamento destes centros de saúde implicava a coordenação, orientação e avaliação das ARS, as quais definiam a respetiva área geográfica.

Em 2007, surgem as primeiras unidades de saúde familiar (USF), dando corpo à reforma dos CSP. O DL nº 298/2007, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objetivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.

Os CSP foram reconhecidos como sendo o pilar central do sistema de saúde durante o programa do XVII Governo Constitucional. Segundo o DL nº 28/2008, de 22 de fevereiro, “os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (p.1182). O processo de reestruturação dos centros de saúde não foi uniforme e muito menos universal, tendo sido feito de modo progressivo, flexível e consensual, de forma a otimizar os recursos humanos.

O objetivo consiste em dar estabilidade à organização da prestação de CSP, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde. Obedece a

princípios de racionalização de estruturas e recursos, de simplificação e de melhoria da qualidade, que inspiram esta reforma da administração pública.

É referenciada, nesta reforma, uma estrutura organizacional, da qual fazem parte as USF e uma unidade de saúde pública (USP). Para averiguar qual a melhor forma de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a melhor maneira de os gerir, não esquecendo os ganhos em saúde obtidos pelas USF, foi elaborado e aprovado o DL nº 28/2008, de 22 de fevereiro, no qual, uma das principais novidades foi a criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES), sendo estes definidos como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica.

Verifica-se que a reconfiguração dos centros de saúde obedece a um duplo movimento: por um lado, a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionam maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna; por outro lado, a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos CSP, que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.

Os ACES, ao contrário da anterior legislação, são serviços desconcentrados da respetiva ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção. Têm como missão “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada” (DL nº 28/2008, de 22 de fevereiro, p.1182), atendendo aos princípios de equidade e solidariedade.

Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem atividades para promover a saúde e prevenir a doença da população, estruturam as diferentes unidades funcionais para satisfazer as necessidades dessa mesma população, gerem as competências dos prestadores de cuidados de saúde e garantem que os recursos humanos e financeiros, os equipamentos e os sistemas de informação sejam utilizados de forma rigorosa, racional e eficiente. Desenvolvem, também, atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde,

controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (artigo nº 3).

O número máximo de ACES é fixado em 74, correspondendo a delimitação geográfica ao programa NUTS III, a um agrupamento de concelhos ou a um concelho. O número de pessoas residentes na área do ACES, não deve, em regra, ser inferior a 50.000 nem superior a 200.000. Esta reestruturação deseja uma prestação integrada de CSP, tanto na vertente personalizada (individual e familiar), através das USF ou das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), como na vertente comunitária de base populacional, através da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

No entanto, hoje, verifica-se ainda uma “aparente” dificuldade, por parte dos diferentes atores que compõem as unidades funcionais, em agilizar esta nova reorganização, seja no que concerne à comunicação, seja na aceitação e reconhecimento dos novos papéis que a cada um agora compete.

Deseja-se que as diferentes unidades funcionais passem a ser sinónimo de “ponto de contacto” efetivo para o cidadão, em matéria de CSP, acessível, rápido e com mais qualidade nos serviços a prestar.

2. RECURSOS DE SAÚDE DO CONCELHO DE VILA REAL

A ética, considerada como o estudo da justificativa das ações, ao contrário do Direito e da Moral, não se baseia em regras, mas busca pesquisar o que é correto ou incorreto, adequado ou inadequado. A importância destes aspetos éticos fica mais evidente quando esta decisão envolve a alocação de recursos. Não se pode tomar decisões baseando-se apenas em factos.

O processo de tomada de decisão envolvido na alocação de recursos escassos é complexo pelos aspetos referentes ao recurso em si, ao critério utilizado na afetação do recurso, e pelos aspetos relacionados com a forma, o âmbito e abrangência do processo. Estes detalhes têm que ser contemplados de forma integrada, para garantir a adequação das decisões tomadas.

A afetação de recursos deve simultaneamente exigir um desempenho de elevada qualidade e efetividade. Segundo Barros (2005), o sistema deve refletir as necessidades da população servida e não a mera presunção de instituições, equipamentos ou recursos humanos, para a prestação de cuidados de saúde.

As razões para as diferenças regionais dos níveis de saúde que persistem são complexas e envolvem um vasto conjunto de fatores. Geralmente, as iniquidades estão relacionadas com os determinantes sociais (condições de habitação, estilos de vida, rendimento, educação e acesso a proteção social ou recursos de saúde). O acesso seguro aos cuidados de saúde efetivos é um determinante essencial e depende de uma multiplicidade de fatores. Com o objetivo de reduzir as iniquidades, o sistema de saúde necessita melhorar o acesso aos cuidados e distribuir equitativamente os recursos pela população. Do lado da procura, a idade, o estatuto socioeconómico, as experiências passadas, a qualidade dos cuidados e o nível de literacia, influenciam a escolha do utente. Do lado da oferta, o sistema saúde, a sua cobertura e disponibilidade de recursos, o volume e distribuição de profissionais, a continuidade de cuidados e a sua qualidade, afetam a acessibilidade (Nunes, 2003).

Deve partir-se do estado de saúde das populações, nomeadamente das mais desfavorecidas, que utilizam os cuidados mais tardiamente ou têm maiores barreiras à utilização de cuidados, devido a constrangimentos de natureza socioeconómica, para que possa ser adotada, de modo progressivo, a redistribuição de recursos.

A redução de morbilidade evitável e da morte prematura, é importante no contexto de uma população em envelhecimento, para permitir vidas de trabalho mais longas, com maior produtividade (Nunes & Rego, 2002).

O processo de tomada de decisão em situação de carência de recursos nunca é uma tarefa fácil, podendo gerar inúmeras situações de posicionamentos frontalmente contrários. No âmbito da Ética, segundo Childress (1982), o conflito é inevitável. Os aspetos éticos envolvidos podem aumentar a complexidade do processo, mas propiciam, sem dúvida, um importante referencial a ser utilizado.

O essencial é lembrar que a simplificação do processo pode torná-lo menos justo, enquanto o reconhecimento da sua complexidade pode garantir esta característica fundamental de adequação ética.

A) Agrupamento de Centros de Saúde

A reconfiguração dos centros de saúde, tal como já referido, é constituída por pequenas equipas que proporcionarão maior proximidade ao utente e maior qualidade dos serviços, eliminando concorrências estruturais, beneficiando de economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos CSP, que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, assentando cada uma delas numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, e estando garantida a intercooperação.

Em cada centro de saúde integrante de um ACES, funciona pelo menos uma USF ou uma UCSP e uma UCC ou serviços desta. Cada ACES tem somente uma USP e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Podem ainda existir outras unidades ou serviços, se forem considerados necessários pelas ARS.

A delimitação geográfica deve corresponder nas NUTS (III), a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, devendo ter em conta a necessidade de combinação mais eficiente dos recursos disponíveis, o número de pessoas residentes na área do ACES, a estrutura do povoamento, o índice de envelhecimento e a acessibilidade da população ao hospital de referência.

O ACES Douro 1- Marão e Douro Norte, do qual faz parte integrante o concelho de Vila Real, é constituído conforme Figura 7.

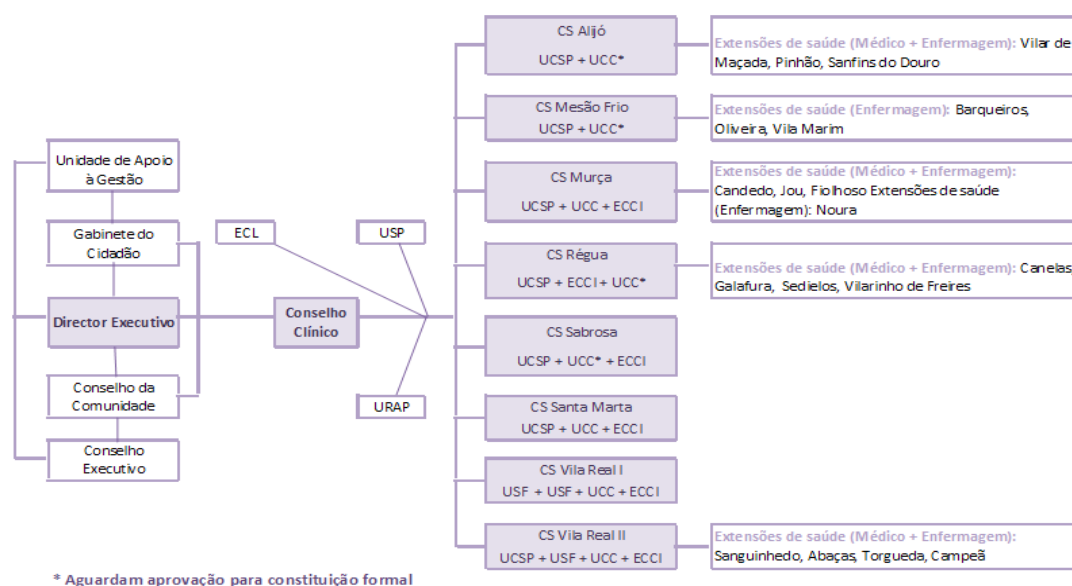


Figura 7. Organograma do ACES Douro 1 – Marão e Douro Norte

Estas novas estruturas, comportam um conjunto de profissionais (Tabela 4), constituídos em equipas multidisciplinares de complementaridade que visam a garantia de maior acessibilidade, continuidade, globalidade, efetividade, eficiência e qualidade na prestação de CSP.

Tabela 4.

Profissionais de saúde do ACES Marão e Douro Norte

| Profissionais | Portaria nº 273/2009 de 18 de março | Recursos humanos afetos/reais em novembro de 2012 | Diferenciais |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|
| Diretor executivo | 1 | 1 | 0 |
| Médicos | 72 | 76 | +4 |
| Enfermeiros | 121 | 126 | +5 |
| Técnico de Diagnóstico e Terapêutica | 25 | 13 | -12 |
| Técnicos Superiores | 27 | 22 | -5 |
| Assistentes Técnicos | 124 | 123 | -1 |
| Assistentes Operacionais | 79 | 65 | -14 |
| Total | 449 | 426 | 23 |

Fonte: Marques, Sarmento, Pereira e Servo (2013)

Toda a reorganização dos serviços de saúde visa três grandes objetivos estratégicos: (i) obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença; (ii) utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados; (iii) garantir os mecanismos adequados para a efetivação das estratégias preconizadas quer no Plano Nacional de Saúde, quer no Plano Local de Saúde, através de uma alocação de

recursos adequada, promovendo o diálogo intersetorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento.

O trabalho em equipa não é uma atividade automática ou consequência natural de capacidade técnica ou profissional individual, mas sim uma qualidade a ser desenvolvida do ponto de vista coletivo. Os principais grupos profissionais de uma organização de saúde, como enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes sociais, entre outros, podem ter papéis, funções e competências radicalmente diferentes, mas apenas uma equipa interdisciplinar permite atingir a excelência e a qualidade holística dos cuidados à pessoa.

Nas unidades do concelho de Vila Real, a distribuição das unidades de saúde faz-se de acordo com a Figura 8.

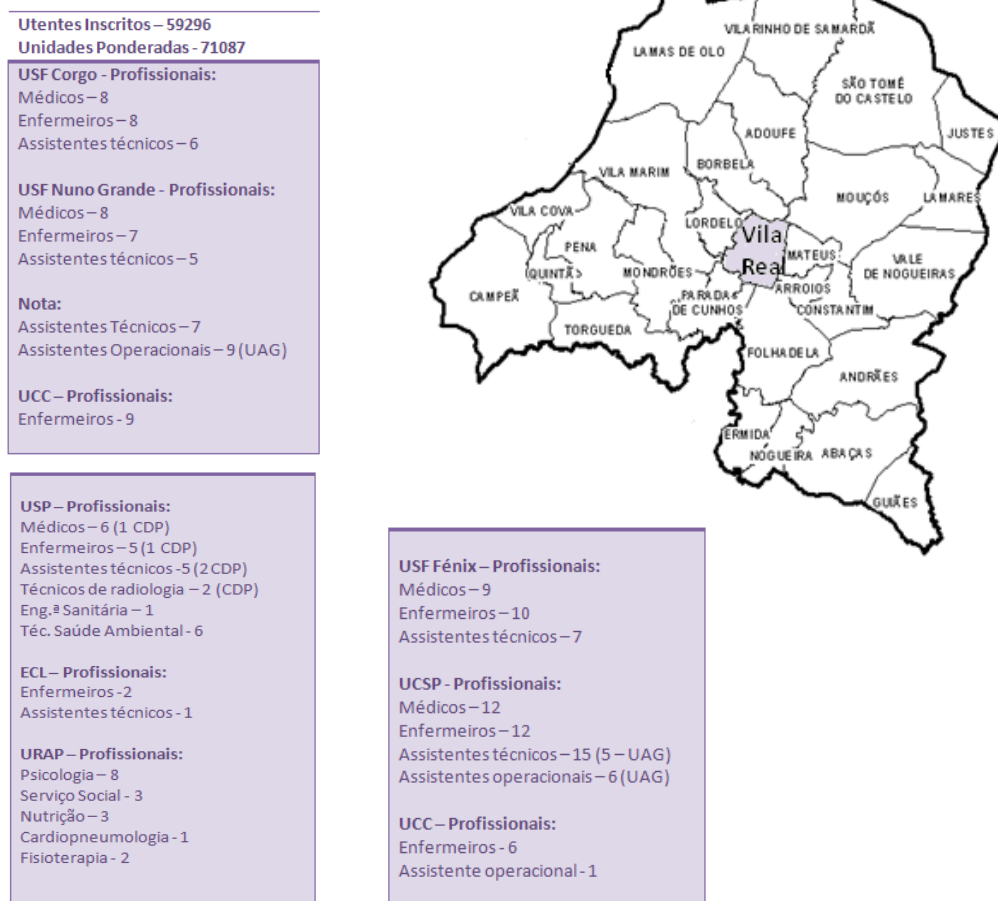


Figura 8. Particularidades do concelho de Vila Real, no que diz respeito aos CSP
 (Marques et al., 2013)

B) Rede de Cuidados Continuados Integrados – Vila Real

No concelho de Vila Real, existe a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI), com uma unidade de média duração, comportando um total de 27 camas, na Santa Casa da Misericórdia.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surgiu em 2006, procurando dar uma resposta ao progressivo envelhecimento da população, fruto da diminuição da mortalidade e da natalidade, e trata-se de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Tem por objetivo principal a recuperação da autonomia das atividades de vida diária (AVDs) da população idosa e dependente, promovendo a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, o que contribui para a melhoria da sua QV (Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2009).

É inquestionável o acréscimo de esforços e recursos desenvolvidos para solucionar esta situação, e é neste contexto que emerge o conceito de cuidados continuados, o qual preconiza uma resposta integrada para pessoas em situações de dependência, tanto no domicílio como em ambulatório, que necessitam de cuidados interdisciplinares e de longa duração.

A RNCCI, criada pelo DL nº 101/2006, de 6 de junho, tem com principal objetivo “a prestação de cuidados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência” (p.3858). De acordo com a mesma fonte, os cuidados continuados integrados são definidos como sendo:

...o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e da sua reinserção familiar e social. (p.3857)

O espaço familiar é, por excelência, o lugar privilegiado e indispensável para a continuidade dos cuidados, mas as mudanças na estrutura familiar e a alteração do estatuto e do papel das mulheres na sociedade, atendendo a que estas eram tradicionalmente as

cuidadoras por excelência, comprometem a atual necessidade de continuidade de cuidados. Muitas vezes, essa transição é realizada sem a correta avaliação, quer das condições económicas, sociais e psicológicas, quer das competências do prestador de cuidados para a execução de atividades necessárias após o regresso a casa.

A reforma privilegia a continuidade dos cuidados, pelo que o DL n.º 101/2006, de 6 de junho, define como meta a instauração de políticas de saúde integradas no plano nacional de saúde e de políticas de segurança social, que permitem: (i) desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; (ii) investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; (iii) qualificar e humanizar a prestação de cuidados; (iv) potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

A prossecução de tal desiderato pressupõe a instituição de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social de natureza preventiva, recuperadora e paliativa Tal modelo tem de situar-se com um novo nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar. (DL n.º 101/2006, de 6 de junho, p.3856)

Na perspetiva dos cuidados, a alta é um período de fragilidade do doente, porém uma boa preparação da alta contribui para melhorar a qualidade dos cuidados prestados na comunidade. A ação da RNCCI centra-se num nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre a base comunitária e o internamento hospitalar. O envolvimento e a participação da comunidade são determinantes para o sucesso de toda esta transformação, por forma a garantir um futuro melhor às próximas gerações. Foi neste sentido que, em Portugal, foi criada a RNCCI, que procura ser um modelo de intervenção integrado e articulado da saúde e da segurança social. Tem como principal objetivo dar resposta às necessidades das pessoas idosas e dos cidadãos em situação de dependência, sendo promovidas intervenções centradas na recuperação global, que têm por base um plano terapêutico, uma relação próxima entre apoio social, ativo e contínuo, e uma promoção da autonomia, o que contribui para a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção na comunidade, na

família e no domicílio. Para tal, são proporcionadas respostas complementares de cuidados de saúde e de apoio social, que se operacionalizam através de recursos sedeados em estruturas hospitalares, como as equipas de gestão de alta, unidades funcionais de saúde e outras estruturas comunitárias.

É através de cuidados multidisciplinares, de proximidade e individualizados, que o utente e família se preparam para uma nova vida, isto é, o utente que vive uma situação de dependência constitui a sua preocupação principal, e toda a equipa une esforços para que os utentes que vivem situações de dependência se tornem o mais autónomos possível e adquiram estratégias que os ajudem a viver com as limitações que não é possível eliminar. A família assume aqui um papel muito importante, pelo que deve programar-se atividades educativas sobre os cuidados inerentes ao bem-estar do seu familiar, estabelecendo uma relação de empatia com a equipa multidisciplinar.

Em termos concetuais, a criação da RNCCI é uma excelente solução para a grave lacuna que existia entre os cuidados prestados nas unidades hospitalares e no domicílio. Este projeto surgiu como forma de atingir a excelência no cuidar. Uma das suas principais características passa pela promoção de uma verdadeira pluridisciplinaridade, ao integrar profissionais de variadas áreas - medicina, enfermagem, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, assistência social - bem como recursos sociais de autarquias, dinamizando, assim, o papel da sociedade na reintegração dos indivíduos. Nesta valorização do trabalho em equipa, a enfermagem desempenha um grande papel, quer na promoção da autonomia do utente e no relacionamento familiar, quer como elo de ligação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Torna-se fundamental desenvolver estratégias que permitam a melhoria do processo de referenciação desde o ponto de diagnóstico das necessidades até à transferência efetiva para a unidade funcional mais adequada ao utente, sem detrimento da distância ao domicílio do prestador de cuidados e sem tempo acrescido em internamento de agudos, promovendo uma complementaridade de recursos, possibilitando uma resposta mais equitativa, eficaz e eficiente.

C) Centro de Respostas Integradas de Vila Real

Os Centros de Respostas Integradas (CRI) são unidades de intervenção local referenciadas a um território definido e dispo de equipas técnicas especializadas multidisciplinares para as diversas áreas de missão dedicadas ao tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos das toxicod dependências e alcoolismo. A equipa técnica multidisciplinar de Vila Real é constituída por médicos (medicina geral e familiar e psiquiatria), enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes técnicos e assistente operacional, conforme Tabela 5. Desenvolve a sua atividade no âmbito de: (i) intervenção em contexto académico, participando nas semanas académica e do caloiro, promovidas pela Associação Académica da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; (ii) ações de sensibilização/formação a reclusos residentes no estabelecimento prisional; (iii) ações de formação a técnicos das diferentes estruturas de proximidade que fazem parte da rede social.

Tabela 5.
Recursos humanos do CRI de Vila Real

| Grupo Profissional | Equipa Dirigente | Equipa Técnica Vila Real |
|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Psicólogos | | 3 |
| Técnicos Serviço Social | | 2 |
| Enfermeiros | 1 | 3 |
| Médicos | | 3 |
| Assistentes Técnicos | 1 | 2 |
| Assistentes Operacionais | | 1 |

Fonte: Marques e cols. (2013)

As atividades desenvolvem-se em toda a área territorial de influência, conforme solicitação por parte de algumas entidades locais ou como resposta às necessidades identificadas, tais como: (i) *prevenção em meio comunitário* (ações de sensibilização, ações de formação, programas de treino de competências pessoais e sociais); (ii) *prevenção em meio escolar* (ações de sensibilização, ações de formação, atendimento de crianças e jovens, programas de treino de competências pessoais e sociais - “Trilhos” e “Eu e os Outros”, utilizados ao nível da prevenção universal e seletiva, maioritariamente implementados em contexto escolar, com uma vasta abrangência nacional); (iii) *prevenção em meio prisional* (ações de sensibilização, ações de formação); (iv) *campanhas de prevenção*; (v) *consulta de*

prevenção indicada (a decorrer no Instituto Português de Desporto e Juventude de Vila Real e cujo objetivo geral é intervir junto de crianças e jovens com comportamentos de risco no âmbito das dependências e comportamentos aditivos, no sentido de tomarem consciência dos seus limites, decisões e consequências).

O CRI de Vila Real dispõe de respostas no âmbito do tratamento e da reinserção nas suas equipas técnicas de Chaves, Vila Real e Consulta Descentralizada de Alijó. A equipa técnica de Vila Real é uma unidade certificada, tendo implementado um sistema de gestão da qualidade em conformidade com a Norma ISO 9001:2008, tendo como âmbito de ação o tratamento e a reinserção em regime ambulatorio das dependências e patologias associadas. As modalidades e programas de tratamento existentes em Vila Real, são: (i) tratamento com agonista opiáceo (Cloridrato de Metadona, Buprenorfina, Buprenorfina Naloxona); (ii) tratamento com antagonista opiáceo; (iii) tratamento livre de drogas; (iv) programas de tratamento para os problemas ligados ao álcool; (v) programas de aconselhamento e diagnóstico rápido para HIV/SIDA; (vi) programas de prevenção de recaída.

No âmbito da reinserção, são proporcionadas as seguintes respostas: (i) apoio psicossocial (definição, negociação e contratualização do plano individual de inserção); (ii) dinamização da articulação com os sistemas sociais externos; (iii) prospeção e angariação de entidades formativas/empregadoras para integrarem a bolsa de empregadores; (v) colaboração no desenvolvimento de projetos de intervenção em meio laboral; (v) dinamização da intervenção numa lógica de rede, de modo a facilitar o acesso dos utentes a respostas comunitárias que respondam às vulnerabilidades/potencialidades diagnosticadas, no sentido da maximização de todos os recursos e sinergias comunitárias; (vi) acompanhamento do utente e das entidades durante o processo de inserção nos contextos formativos, laborais e outros.

D) Recursos Hospitalares

O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAT), EPE, foi criado em 28 de fevereiro de 2007, por fusão entre o Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua,

EPE, Hospital Distrital de Chaves e Hospital Distrital de Lamego, nos termos e para os efeitos do disposto no DL nº 50-A/2007, de 28 de fevereiro e DL nº 233/2005, de 27 de dezembro, conforme organigrama apresentado (Figura 9).

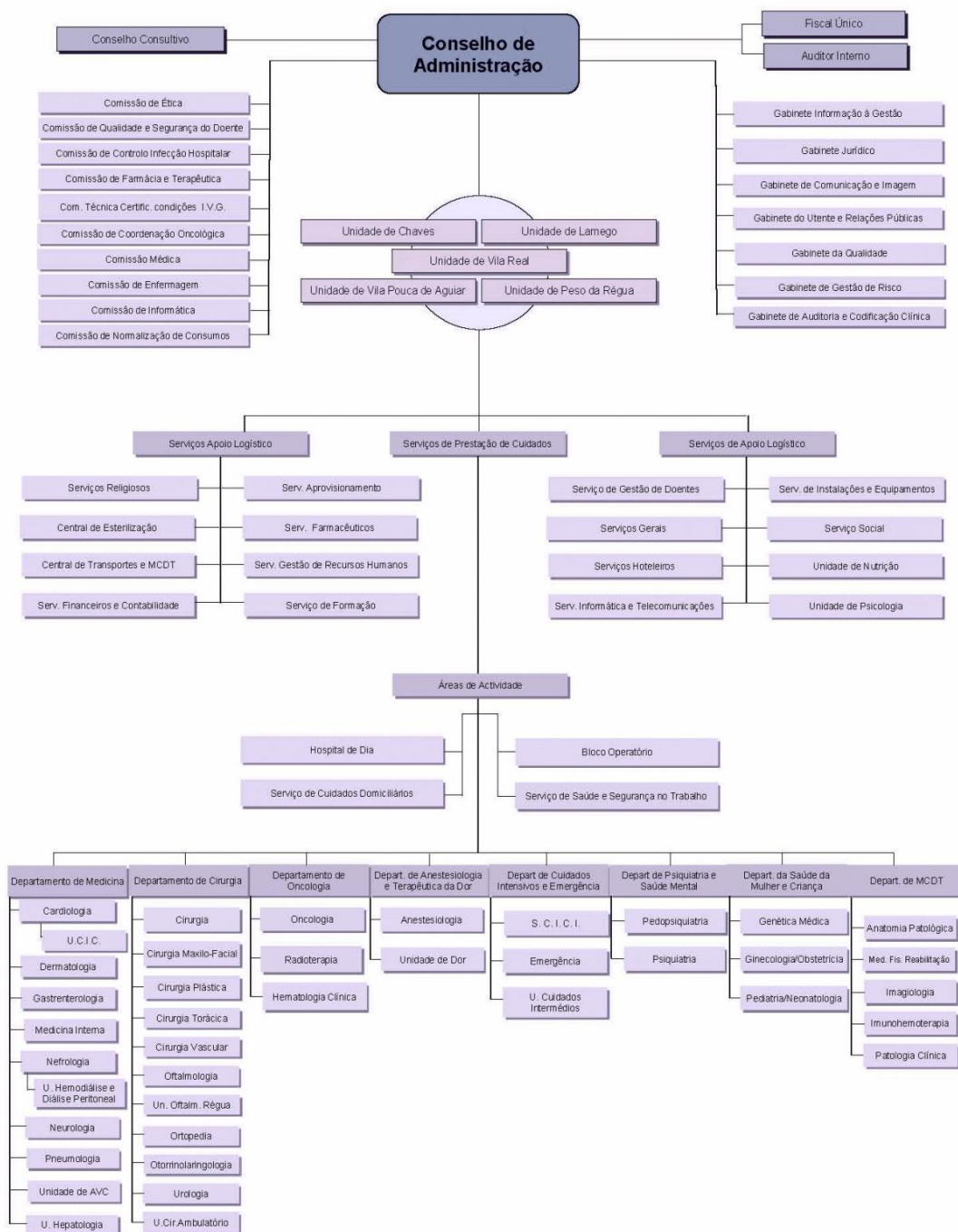


Figura 9. Organigrama do CHTMAD, EPE (CHTMAD, 2013)

O Hospital de S. Pedro, em Vila Real, foi inaugurado em 1980, passando a funcionar em dois pólos distintos: (i) um edifício central com boas instalações, em geral, mas já com grandes deficiências, concretamente na desadequação de alguns espaços, face à criação de novas valências e ao aumento exponencial de utentes nas áreas assistenciais e inexistência de áreas de apoio; (ii) outro pólo, instalado na zona pavilionar existente, originariamente pertencente ao Hospital Psiquiátrico, hoje bastante degradado e com necessidade de resolução urgente, nomeadamente a construção de um edifício centralizador, ultrapassando os graves problemas e custos de instalações pavilionares. Foi finalizada em abril de 2008 a construção relativa ao projeto "Serviço de Oncologia, Unidade de Radioterapia e Hospital de Dia", também designado por Centro Oncológico Regional.

O Hospital de S. Pedro está integrado na ARS Norte e a sua área de influência abrange aproximadamente 452 mil habitantes de 34 concelhos, sendo 12 concelhos de atração do distrito de Bragança, enquanto urgência polivalente e nas especialidades que não existem no Centro Hospitalar do Nordeste; 14 concelhos de Vila Real, sendo de atração direta 10 concelhos e 4 da área de influência do Hospital de Chaves e mais 8 concelhos do distrito de Viseu, pertencentes à zona de influência direta do Hospital de Lamego. Trata-se de uma região de população envelhecida, em que 38% da população residente nos concelhos de referência tem mais de 50 anos e 20% da população residente nos concelhos da zona de influência direta das unidades hospitalares que integram o CHTMAD, EPE, tem 65 ou mais anos (Tabela 6).

Tabela 6.
Distribuição da população abrangida pelo CHTMAD, EPE

| Zona Geográfica | Total | 0 - 14 anos | 15 - 24 anos | 25 - 64 anos | 65 ou mais anos | % 65 ou mais anos |
|--------------------------------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Alijó | 11.942 | 1.346 | 1.197 | 6.032 | 3.367 | 28,2 |
| Mesão Frio | 4.433 | 579 | 531 | 2.384 | 939 | 21,2 |
| Mondim de Basto | 7.493 | 1.125 | 948 | 3.806 | 1.614 | 21,5 |
| Murça | 5.952 | 665 | 600 | 3.013 | 1.674 | 28,1 |
| Peso da Régua | 17.131 | 2.323 | 2.083 | 9.348 | 3.377 | 19,7 |
| Ribeira de Pena | 6.544 | 819 | 683 | 3.285 | 1.757 | 26,8 |
| Sabrosa | 6.361 | 790 | 653 | 3.220 | 1.698 | 26,7 |
| Santa Marta | 7.356 | 889 | 745 | 3.880 | 1.842 | 25,0 |
| Vila Pouca de Aguiar | 13.187 | 1.535 | 1.345 | 6.832 | 3.475 | 26,4 |
| Vila Real | 51.850 | 7.714 | 5.636 | 29.116 | 9.384 | 18,1 |
| Total Vila Real | 132.249 | 17.785 | 14.421 | 70.916 | 29.127 | 22,0 |
| Armamar | 6.297 | 829 | 700 | 3.165 | 1.603 | 25,5 |
| Cinfães | 20.427 | 3.022 | 2.434 | 10.731 | 4.240 | 20,8 |
| Lamego | 26.691 | 3.719 | 3.021 | 14.522 | 5.429 | 20,3 |
| Moimenta da Beira | 10.212 | 1.457 | 1.207 | 5.122 | 2.426 | 23,8 |
| Penedono | 2.952 | 362 | 291 | 1.453 | 846 | 28,7 |
| Resende | 11.364 | 1.703 | 1.396 | 5.818 | 2.447 | 21,5 |
| S. João da Pesqueira | 7.874 | 1.059 | 936 | 4.055 | 1.824 | 23,2 |
| Sernancelhe | 5.671 | 717 | 619 | 2.810 | 1.525 | 26,9 |
| Tabuaço | 6.350 | 790 | 720 | 3.313 | 1.527 | 24,0 |
| Tarouca | 8.048 | 1.278 | 922 | 4.283 | 1.565 | 19,4 |
| Total Lamego | 105.886 | 14.936 | 12.246 | 55.272 | 23.432 | 22,1 |
| Boticas | 5.750 | 581 | 498 | 2.840 | 1.831 | 31,8 |
| Chaves | 41.243 | 5.031 | 4.247 | 21.825 | 10.140 | 24,6 |
| Montalegre | 10.537 | 1.002 | 979 | 5.067 | 3.489 | 33,1 |
| Valpaços | 16.882 | 1.717 | 1.575 | 8.194 | 5.396 | 32,0 |
| Total Chaves | 74.412 | 8.331 | 7.299 | 37.926 | 20.856 | 28,0 |
| Total CHTMAD Ref^a direta | 312.547 | 41.052 | 33.966 | 164.114 | 73.415 | 23,5 |
| Alfândega da Fé | 5.104 | 496 | 497 | 2.450 | 1.661 | 32,5 |
| Bragança | 35.341 | 4.378 | 3.571 | 19.161 | 8.231 | 23,3 |
| Carraceda de Ansiães | 6.373 | 636 | 597 | 3.083 | 2.057 | 32,3 |
| Freixo de Espada à Cinta | 3.780 | 429 | 323 | 1.711 | 1.317 | 34,8 |
| Macedo de Cavaleiros | 15.776 | 1.848 | 1.559 | 7.919 | 4.450 | 28,2 |
| Miranda do Douro | 7.482 | 731 | 651 | 3.663 | 2.437 | 32,6 |
| Mirandela | 23.850 | 2.897 | 2.565 | 12.337 | 6.051 | 25,4 |
| Mogadouro | 9.542 | 887 | 848 | 4.711 | 3.096 | 32,4 |
| Torre de Moncorvo | 8.572 | 746 | 774 | 4.097 | 2.955 | 34,5 |
| Vila Flor | 6.697 | 722 | 625 | 3.413 | 1.937 | 28,9 |
| Vila Nova de Foz Côa | 7.312 | 792 | 676 | 3.564 | 2.280 | 31,2 |
| Vimioso | 4.669 | 405 | 361 | 2.091 | 1.812 | 38,8 |
| Vinhais | 9.066 | 694 | 708 | 4.236 | 3.428 | 37,8 |
| Total Dist. Bragança | 143.564 | 15.661 | 13.755 | 72.436 | 41.712 | 29,1 |
| Total CHTMAD Ref^a Total | 456.111 | 56.713 | 47.721 | 236.550 | 115.127 | 25,2 |
| Total Região Norte | 10.047.083 | 1.484.328 | 1.078.057 | 5.535.141 | 1.949.557 | 19,4 |
| Total Portugal | 10.561.614 | 1.572.546 | 1.145.770 | 5.820.794 | 2.022.504 | 19,1 |

Fonte: CHTMAD (2013), p.16

O peso médio dos grupos profissionais no total de colaboradores, distribui-se de acordo com a Tabela 7, sendo o grupo profissional de enfermagem o mais significativo, com 861

colaboradores (35,46% do total), seguido do grupo profissional dos assistentes operacionais, com 26,32%, e do grupo profissional médico, com 17,71%, os quais representam cerca de 79,5% do total de profissionais do CHTMAD, EPE, de acordo com o Relatório de Gestão e Contas e Exercício de 2012 (CHTMAD, 2013).

Durante o ano de 2012, registou-se um total de 164 admissões de novos colaboradores e o regresso de 1 colaborador em situação de cedência de interesse público e 1 mudança de categoria e vínculo profissional.

As admissões mais significativas ocorreram no grupo dos médicos, principalmente de pessoal em formação de pré-carreira.

Em 1 de janeiro de 2012, ingressaram no CHTMAD, EPE 40 internos do internato médico (1º ano) e 27 do internato complementar (formação específica), o que representou um aumento de 14 internos face ao ano anterior.

Igualmente de realçar são as contratações de efetivos em regime de Contrato Individual de Trabalho de assistentes operacionais, médicos e enfermeiros (CHTMAD, 2013).

Tabela 7.
Grupos profissionais do CHTMAD, EPE

| Grupo Profissional | 2011 | 2012 | 2011/2012 | |
|------------------------------------|--------------|--------------|-----------|-------------|
| | | | Nº | % |
| Órgãos de Direção | 7 | 6 | -1 | -14,29 |
| Dirigentes | 8 | 3 | -5 | -62,50 |
| Médicos | 386 | 430 | 44 | 11,40 |
| Enfermeiros | 861 | 861 | 0 | 0,00 |
| Técnicos Superiores Saúde | 28 | 28 | 0 | 0,00 |
| Técnicos Diagnóstico e Terapêutica | 150 | 152 | 2 | 1,33 |
| Técnico Superior | 48 | 47 | -1 | -2,08 |
| Assistentes Técnicos | 242 | 239 | -3 | -1,24 |
| Assistentes Operacionais | 621 | 639 | 18 | 2,90 |
| Outros | 23 | 23 | 0 | 0,00 |
| Total | 2.374 | 2.428 | 54 | 2,27 |

Fonte: CHTMAD (2013)

E) Respostas Sociais

Face à melhoria dos serviços de saúde e ao aumento da esperança de vida, a manifestação de co-morbilidades e doenças crónicas é expectável, permitindo redimensionar as

necessidades a nível dos cuidados de saúde e sociais (A. P. Gil, 2010). A segurança social é um sistema que pretende assegurar direitos básicos dos cidadãos e a igualdade de oportunidades, bem como promover o bem-estar e a coesão social para todos os cidadãos portugueses ou estrangeiros que exerçam a atividade profissional ou residam no território.

A Lei de Bases Gerais do Sistema de Segurança Social (Lei nº 4/2007, de 16 de janeiro), define as bases gerais em que assenta o sistema, bem como as iniciativas particulares de fins análogos, levando em conta uma série de princípios éticos, nomeadamente de solidariedade, universalidade, igualdade, equidade social e coesão intergeracional, entre muitos outros. Como já podemos observar, a ideia de que a família desinveste significativamente em relação aos seus progenitores, não corresponde efetivamente à realidade. A ausência quase completa de apoios efetivos eficazes destinados a pessoas que cuidam dos seus familiares é que potencia, como último recurso, a sua institucionalização. As principais respostas para os idosos são na área da saúde (hospitais, unidades de cuidados continuados), já identificados anteriormente, e na área social (lares, centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio, serviço domiciliário), sendo a maioria das respostas sociais gerida por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Em Vila Real, as respostas sociais da segurança social, encontram-se indicadas na Tabela 8.

Tabela 8.

Respostas sociais – concelho de Vila Real, 2011

| | Capacidade | Centro de Atividades Ocupacionais | Lar Residencial | Centros de Dia | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Serviço de Apoio Domiciliário |
|--------------------|------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Nº de Instituições | 12 | 2 | - | 5 | 7 | 20 |
| Capacidade | 533 | 110 | 0 | 126 | 282 | 784 |

Fonte: MSSS (2011)

A família e a rede de vizinhança deveriam ser sempre consideradas como primeira opção. Idealmente, estas duas opções, institucionalização e apoio familiar, deveriam coexistir e serem desenvolvidas simultaneamente. A vertente apoio domiciliário começa a ser equacionada a partir da década de 80 e só na de 90 é considerada pela política social de velhice. De facto, a criação de condições para que os idosos possam permanecer nos seus domicílios, como consta das orientações da ONU e da UE, é objetivo que deve ser

considerado na sua autodeterminação, de forma a permitir ao idoso a escolha ideal, tendo em conta a sua própria perceção de QV (Saraceno & Naldini, 2003).

F) Cruz Vermelha de Vila Real

A Cruz Vermelha procura ajudar as pessoas vulneráveis, com o objetivo de proteger as suas vidas, a sua saúde e dignidade. As suas atividades e serviços humanitários vão desde o apoio domiciliário ao idoso até ao socorrismo de proximidade, passando por cuidados de saúde, sensibilização de jovens para diferentes problemáticas, acompanhamento de grupos vulneráveis e formação profissional, entre muitas outras atividades.

Esta instituição tem também por objetivo preparar a comunidade em geral para responder a situações de emergência de origem natural ou humana e, quando a emergência termina, prestar o apoio necessário à recuperação e restabelecimento das vidas das pessoas afetadas.

Em Vila Real, a Cruz Vermelha mantém um centro Fisiátrico, um Posto de Socorros, um Serviço de Ação Social, com o serviço de voluntariado e a sede onde funcionam os serviços de gestão, tal como referenciado na Tabela 9.

Tabela 9.

Recursos humanos da Cruz Vermelha de Vila Real, 2011

| | Sede | Centro Fisiátrico | Posto de Socorros | Ação Social |
|------------------------|------|-------------------|-------------------|-------------|
| Diretor | - | 1 | - | - |
| Ortopedista | - | - | 1 | - |
| Enfermeiros | - | - | 4 | - |
| Assistentes Técnicos | 2 | 3 | 1 | - |
| Assistente Operacional | - | 1 | - | - |
| Funcionários | - | 15 | - | - |
| Voluntários | - | - | - | 40 |

Fonte: Marques e cols. (2013)

G) Centro de Recuperação de Alcoólicos e Narcóticos

A RAN (Recuperação de Alcoólicos e Narcóticos), é uma instituição privada, fundada em 1995, tendo como principal objetivo o tratamento e conseqüente recuperação de indivíduos atingidos pela doença da adição (consumo obsessivo e compulsivo de álcool e todas as drogas de abuso, tais como, heroína, cocaína, ecstasy, fármacos, entre outros). Encontra-se legalizada pelo Ministério da Saúde através do Serviço de Prevenção e Tratamento das

Toxicodependências (SPTT), com a licença de funcionamento nº 6 atribuída em 1996, o que representa uma das primeiras unidades a ser licenciada em Portugal. A sua estrutura é composta por duas unidades: Comunidade Terapêutica e Unidade de Reinserção Socioprofissional (*Halfway*). A primeira unidade está situada nos arredores de Vila Real, em ambiente calmo e sem agitação, propício à reflexão, com condições necessárias a este tipo de tratamento. A segunda unidade encontra-se propositadamente instalada em ambiente citadino, com a finalidade de haver uma reinserção progressiva no mundo real. Todos os exames médicos são efetuados numa fase inicial. A partir do momento em que a adição física é ultrapassada, começa então o verdadeiro trabalho: a dependência psicológica e emocional de drogas ou álcool. Nesta fase, o elemento-chave é a quebra da negação do doente, conduzindo-o à aceitação das consequências do seu uso de drogas e/ou álcool, através de terapias individuais ou de sessões de grupo diárias. A duração deste processo é diferente para cada doente, sendo-lhe salvaguardado o tempo necessário e suficiente para progredir no programa à velocidade que for pertinente para o seu caso (Fonseca, Morins, Fraga & Pereira, 2010). A RAN é composta por uma equipa multidisciplinar (Tabela 10) e tem a lotação para 19 utentes em tratamento.

Tabela 10.
Recursos humanos da RAN, 2011

| | |
|--------------------|----|
| Diretor | 1 |
| Assistente Técnica | 1 |
| Monitores | 2 |
| Conselheiros | 3 |
| Médicos | 2 |
| Enfermeiro | 1 |
| Cozinheira | 1 |
| Auxiliar | 1 |
| Lotação | 19 |

Fonte: Marques e cols. (2013)

H) Projeto Homem

O “Projeto Homem”, de Vila Real, é uma valência da Cáritas Diocesana de Vila Real, IPSS composta por uma equipa multiprofissional (Tabela 11). O programa terapêutico do “Projeto Homem” procura proporcionar a todos os indivíduos uma mudança global do seu modo de vida, através da abstinência de substâncias psicoativas, eliminação de

comportamentos antissociais, aquisição de um sistema de valores digno de respeito e confiança, ajustamento ao meio exterior e reintegração no mundo laboral.

O “Projeto Homem” é um centro de tratamento, situado na Quinta da Tapada, Bisalhães, Vila Real, que tem como objetivo principal a reabilitação de indivíduos que sofram da doença da adição, nomeadamente toxicod dependência e alcoolismo, com ou sem patologia psiquiátrica associada, incluindo infetados por HIV ou em programa de substituição opiácea. A Comunidade Terapêutica é uma unidade devidamente licenciada pelo Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT), com capacidade para trinta e cinco camas, das quais vinte e 25 protocoladas. Está destinada a toxicod dependentes e alcoólicos de ambos os sexos a partir dos dezoito anos de idade (Marques et al., 2013).

Tabela 11.
Recursos humanos do Projeto Homem, 2011

| | |
|-------------------------------------|----|
| Monitor | 1 |
| Terapeutas de Acompanhamento | 3 |
| Psicólogo | 1 |
| Psiquiatra | 1 |
| Lotação | 25 |

Fonte: Marques e cols. (2013)

O concelho de Vila Real tem ainda três clínicas de análises, três clínicas de radiologia, uma clínica de hemodiálise, vinte e três clínicas dentárias e trinta e cinco outras instituições relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, duas corporações de bombeiros com 209 efetivos e ainda catorze farmácias.

3. NOTA CONCLUSIVA

Um recurso da comunidade é uma ou mais qualidades, pessoas, bens ou qualquer outra entidade que constitua uma vantagem, um recurso ou um item de valor para a comunidade, sendo esta constituída pela população de uma determinada área e respetivos setores, organizações e serviços. O processo de identificação e priorização dos recursos da comunidade assenta na convicção de que, embora as comunidades possam ter problemas e necessidades sociais e de saúde, elas têm também o potencial, a capacidade e os recursos para fazer face a esses mesmos problemas e necessidades.

O trabalho desenvolvido por Kretzmann e McKnight - *Building Communities from the Inside Out* (Kretzmann & McKnight, 1993), assenta na filosofia de que as comunidades raramente melhoram a saúde dos seus residentes, se se concentrarem apenas naquilo que lhes falta.

Ninguém faz nada sozinho, e é nossa convicção de que o trabalho complementar e de coligação potencia a qualidade dos serviços prestados bem como os recursos (sempre escassos) disponíveis. A palavra coligação tem origem na palavra latina *coalescere*, que significa crescer em conjunto e em *coalitio*, que significa união; assim, uma coligação pode ser definida como sendo uma aliança temporária de entidades ou partes, de pessoas ou círculos governativos que promovem uma ação conjugada de forma concertada e intercooperativa (Merriam-Webster Dictionary, 2006).

As coligações podem ser tanto um incentivador como um resultado da participação dos cidadãos. Para além disso, é crucial perceber o papel das parcerias ou coligações comunitárias na construção da capacidade e da competência comunitárias e como influenciam a consolidação do capital social, elemento fundamental no aprofundamento da promoção das comunidades saudáveis. Esta abordagem do desenvolvimento comunitário assenta em pressupostos como a capacidade das comunidades para lidar com os seus próprios problemas, a relevância da participação dos cidadãos na estruturação, o ajustamento e o controlo das mudanças que têm lugar nas comunidades onde residem. Reconhece-se, ainda, que as transformações desenvolvidas e implementadas pelas pessoas têm um significado e uma capacidade de sustentação que as alterações impostas não conseguem alcançar (Brager, Sprecht & Torczyner, 1987).

Deste modo, considera-se pertinente o conhecimento dos recursos de saúde existentes na comunidade, sem deixar de realçar que não são apenas esses que constituem os ganhos em saúde da população, mas a sua articulação efetiva e complementar com a comunidade vista de forma holística (transportes, setores comerciais, instituições financeiras...), sem nunca esquecer o potencial humano, uma vez que, sem o seu envolvimento, os ganhos em saúde ficam comprometidos.

CAPÍTULO III

DETERMINANTES DE SAÚDE EM CONTEXTO RURAL

Apesar do aumento contínuo da esperança média de vida, persistem as diferenças socioeconómicas na mortalidade e na morbilidade, com evidências de que a magnitude dessas diferenças é crescente (Feldman, Makuc, Kleinman & Cornoni-Huntley, 1989; Marmot, Kogevinas & Elston, 1987; Williams, 1990).

A definição do estado de saúde de um indivíduo não é um conceito bem definido, no entanto, é seguro afirmar que depende da interação multidimensional de vários fatores (Baron-Epel & Kaplan, 2001). Para a descrição de todos os fatores envolvidos na definição de saúde é necessário considerar um vasto conjunto de determinantes. Cada fator pode ser analisado individualmente, no entanto, só por si, é insuficiente para descrever a sua influência no estado de saúde subjetivo do indivíduo.

Estas problemáticas apontam para a necessidade de se especificar um modelo para identificar os fatores relacionados com o estado de saúde subjetivo da população portuguesa. A análise dos seus determinantes poderá contribuir para a minimização das desigualdades em saúde, para subsidiar a elaboração de políticas e de programas, ao considerar-se necessário monitorizar os fatores que condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde, com a finalidade de enriquecer o conhecimento já existente sobre a frequência e a distribuição dos determinantes na população.

Neste capítulo, pretende-se fazer um estudo retrospectivo do que já foi implementado, de forma a perceber e enumerar os pontos eficazes e ineficazes para o estabelecimento de medidas potenciadoras de sucesso no que se refere à saúde.

1. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Estes são fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e os seus fatores de risco na população.

O meio oferece uma grande variedade de estímulos que se complementam, potencializando, limitando ou anulando a ação do outro fator estimulante. Essa interação é chamada de sinergismo multifatorial e a tríade ambiente-determinante-suscetibilidade poderá perder o equilíbrio homeostático (Wilkinson & Marmot, 2003).

Hoje, temos uma oportunidade sem precedentes de melhorar a saúde nas comunidades mais pobres e mais vulneráveis, agindo sobre as causas das desigualdades de saúde e doença. A mais importante dessas causas consiste nas condições sociais no seio das quais as pessoas vivem e trabalham, e às quais se deu o nome de determinantes sociais da saúde (Wilkinson & Marmot, 2003).

Reconhece-se, hoje, a interdependência entre as condições sociais e as condições de saúde, pelo que se considera necessário empreender um levantamento e monitorização dos determinantes da saúde, de forma a estabelecer uma oportunidade de promoção das políticas de saúde que ataquem as raízes sociais das iniquidades existentes e evitáveis.

A dimensão social da saúde, referida insistentemente na Constituição da OMS de 1948, não teve grande adesão, permanecendo algo “esquecida” pela fase que se seguiu na saúde pública e que realçava programas mais baseados na tecnologia. Os DSS e a necessidade de implementação de ações intersetoriais ressurgiram em força no movimento “Saúde para Todos”, liderado por Halfdan Mahler. As ações intersetoriais sobre os determinantes da saúde foram essenciais para o modelo estabelecido para os CSP, fomentando uma

visão holística dos cuidados, proposta para a agenda da “Saúde para Todos”, após a conferência em Alma-Ata, em 1978 (OMS, 1983).

A ação sobre os determinantes, junto com outros aspetos da visão holística dos CSP, perdeu força com o consenso político e económico em relação ao neoliberalismo dominante, a partir dos anos 80, que percecionava a saúde na privatização e na liberalização dos mercados. Durante a ascendência das ideias neoliberais e das suas variantes, ações direcionadas para a melhoria das condições de saúde implementadas pelo Estado pareceram ser, em muitos contextos, irrealizáveis, não raras vezes pela falta de visibilidade objetiva da realização de lucros e/ou ganhos em saúde com recursos económicos limitados (Wilkinson & Marmot, 2003). Os anos 90 testemunharam o aumento da influência do Banco Mundial nas políticas de saúde global. Contudo, durante esse período, surgiram consideráveis avanços científicos quanto à importância dos determinantes da saúde e, já no final dos anos 90, muitos países, principalmente os europeus, começaram a desenvolver e a implementar políticas de saúde inovadoras, com o intuito de melhorar as condições de saúde e de reduzir as desigualdades de saúde através de ações sobre as condições de vida das populações. Estas políticas tinham como objetivo “pontos de entrada” diferentes. Entre elas, a mais ambiciosa tinha como meta alterar os padrões de desigualdade na sociedade através de mecanismos abrangentes de redistribuição. Alguns programas menos radicais e mais paliativos tiveram como meta proteger populações carentes contra formas específicas de maior vulnerabilidade que essas possuíam devido ao seu *status* socioeconómico mais baixo (Wilkinson & Marmot, 2003).

O ano 2000 revelou-se um verdadeiro pêndulo no tocante às políticas de saúde, sendo esta uma questão cada vez mais presente na agenda de desenvolvimento global, em que os agentes envolvidos se mostram cada vez mais cientes do quanto são inadequadas as estratégias de saúde que não consideram as raízes sociais das doenças e do bem-estar. Há cada vez mais ímpeto para as ações sobre a dimensão social da saúde (Tarlov, 1996). As Metas de Desenvolvimento do Milénio, adoptadas por 189 países na Cúpula do Milénio das Nações Unidas no ano 2000, deverão ser alcançadas em 2015 em diferentes níveis:

fome e pobreza, educação, autonomia das mulheres, saúde infantil, saúde materna, controlo de epidemias, preservação ambiental e desenvolvimento de um sistema de comércio global justo. As Metas de Desenvolvimento do Milénio criaram um clima favorável à ação multisetorial e vieram dar ênfase à relação entre a saúde e os aspetos sociais. Um número cada vez maior de países reconhece a importância dos determinantes da saúde na conjuntura atual, com relevância para os indicadores de saúde, no entanto, tem de se passar da teoria à prática, o que nem sempre é coincidente.

Sendo a saúde uma questão tão prioritária para o desenvolvimento dos países e comunidades, a questão das desigualdades de saúde entre os países e dentro dos países transformou-se numa preocupação central para a comunidade internacional (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya & Wirth, 2001; Kim, Millen, Irwin & Gershman, 2000; WHO, 2003).

Os determinantes sociais refletem a posição ocupada pelas pessoas na hierarquia do *status*, do poder e do acesso aos recursos. Evidências mostram que a maioria da carga das doenças e grande parte das desigualdades de saúde são causadas pelos determinantes sociais (Bjorkman & Altenstetter, 1997; Mills, Bennett & Russell, 2001).

Nos anos 70 e 80, a estratégia global “Saúde para Todos” dava relevância à necessidade de se abordar os determinantes sociais, mas essas recomendações raramente foram convertidas em políticas eficazes.

1.1. Perspetiva social da saúde - Breve análise histórica

Desde os primórdios da civilização humana, a doença, o processo segundo o qual ela se desenvolve e as suas causas e consequências, conquistam o pensamento do homem no intuito de as controlar ou evitar. O indivíduo é um ser dotado de uma grande capacidade de adaptação fisiológica, permitindo-lhe viver nos espaços mais díspares. Para Gutierrez e Oberdiek (2001), desde os primeiros aglomerados de nómadas até à civilização contemporânea, culturalmente, foram postas em prática quatro políticas de saúde, cada

qual na sua época, observadas pelos inúmeros filósofos, religiosos, estudiosos e pessoas comuns que praticavam a “medicina”.

Segundo estes autores, a primeira fase ou política de saúde foi conhecida como a fase da magia, onde os fatores determinantes da doença estavam ligados a forças sobrenaturais, sendo atribuídos a deuses, a demónios ou a forças do mal. Se o indivíduo fosse cristão, era considerado como uma forma de expiação dos pecados e se fosse de outra orientação religiosa, era considerado como possuído pelo demónio.

Na segunda fase, imperavam os fatores físico-químicos, os “miasmas”, que se caracterizavam pela sua proveniência do solo ou do ar, da natureza externa ou do ambiente, considerados nocivos, que porventura eram responsáveis pela doença no corpo saudável.

A terceira fase, denominada biológica ou microbiológica, estabelecida com a descoberta do microscópio e do mundo das bactérias, enfatiza a ação dos germes e a consequente degradação a nível da saúde (Souza & Oliveira, 1997).

Estas três primeiras fases tinham um ponto em comum, uma vez que abordavam a doença sob o ponto de vista da causalidade única e relacionavam a causa da doença com um único agente ou fator etiológico, pelo que as intervenções direcionavam-se apenas para um único fator determinante da doença.

A quarta fase muda a abordagem da doença, relacionando-a a uma causalidade múltipla e incorporando os aspetos sociais ou psicossociais no processo de adoecer, procurando explicar o aparecimento e a manutenção da doença na comunidade como resultante da interação do homem com os fatores biológicos, químicos e físicos. Na abordagem multicausal, uma única doença é proveniente de diversos fatores determinantes, inter-relacionados e dinâmicos. A intervenção é baseada em múltiplas direções, de modo a abranger os fatores multicausais. Para esta forma de ver o binómio saúde/doença, o homem e o ambiente formam um conjunto eticamente correto, com determinada afinidade entre seres vivos e meio ambiente, interdependente, pelo que a sua alteração pode afetar positiva ou negativamente qualquer um dos seus constituintes (Gutierrez & Oberdiek, 2001).

A Constituição da OMS, cujo primeiro esboço foi desenvolvido em 1946, mostra que os fundadores da organização tinham não só a intenção de proporcionar assistência médica eficiente, como também abordar as raízes sociais dos problemas de saúde. A Constituição define “saúde” como “um estado de bem-estar físico, mental e social”. Isso revela o objetivo da OMS de procurar que todos os povos possam atingir o mais alto nível possível de saúde, procurando defini-la de forma positiva, dando-lhe uma visão holística, corresponsável e interdisciplinar, perspetivando-a como uma medida em que o indivíduo ou grupo seja capaz, por um lado, de realizar desejos e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. Abrange os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (WHO, 1995). Esta perspetiva é muito importante para a saúde pública, pois pode ser usada de forma a melhorar a equidade dos serviços de saúde, tendo em conta os diferentes determinantes que incluem a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a assistência médica.

Entre as funções principais da OMS, estão o trabalho junto aos Estados-Membros, no intuito de promover a melhoria das condições sanitárias, económicas, de habitação, de lazer e do trabalho, como premissa para o desenvolvimento da saúde.

O ambiente físico é, talvez, o fator mais importante a considerar na classificação do estado de saúde de um indivíduo, ao incluir fatores como água e o ar limpos, casas, comunidades e estradas seguras, que contribuem para a boa saúde e diminuição de gastos em saúde. O ambiente social e económico é também fator essencial na determinação do estado de saúde dos indivíduos pelo facto de que altos níveis educacionais estão relacionados com um elevado padrão de vida.

As doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus*, as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental) constituem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. São também estas doenças as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e perda de QV, com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento (WHO, 2002b).

A gestão dos cuidados de saúde passa pela identificação dos determinantes da saúde, entre outros fatores, de forma a apoiar as entidades responsáveis, local, regional e nacional, na tomada de decisão e otimização dos recursos com vista à obtenção de mais e melhores ganhos em saúde.

A OMS prevê a cooperação entre as perspectivas biomédicas/tecnológicas e sociais em prol da saúde (Bonita, Irwin & Beaglehole, 2009), de forma sustentada e cooperante, para a obtenção de ganhos efetivos em saúde ao menor custo.

1.1.1. Da tecnologia às ações com base na comunidade

A OMS deixa espaço para um modelo social de saúde mais ligado aos direitos humanos. No entanto, o contexto histórico dificultou a implementação dessa visão e favoreceu uma abordagem mais baseada na tecnologia (OMS, 2005).

Muitos fatores históricos promoveram esse padrão. Um deles foi uma série de revoluções na pesquisa de medicamentos que ocasionou o desenvolvimento de novos antibióticos, vacinas e outros fármacos, o que influenciou os profissionais da área da saúde e o público em geral a acreditarem que estava na tecnologia a resposta para os problemas de saúde do mundo.

Esse avanço também proporcionou o surgimento da indústria farmacêutica moderna, que viria a ser não somente um fornecedor de benefícios e avanços científicos significativos, mas também uma força política cujo poder de *lobby* viria a influenciar cada vez mais o desenvolvimento de políticas nacionais e internacionais para a área da saúde, pois a necessidade da demonstração dos ganhos aqui e agora sobrepusera-se à consolidação de ganhos em saúde pela alteração de estilos de vida saudáveis (Osswald, 2004).

A má distribuição dos cuidados de saúde, por não prestar assistência aos mais necessitados, torna-se num dos determinantes sociais; contudo, o fardo da doença, responsável pela perda prematura de vida, advém, em grande parte, das condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

A saúde pública internacional da época era caracterizada pela proliferação de programas cujos ganhos em saúde fossem mais ou menos imediatos – campanhas de desenvolvimento tecnológico de curto espectro, que visavam doenças específicas. Esses programas eram considerados altamente eficientes e, em alguns casos, tinham a vantagem de tratar de objetivos facilmente mensuráveis (como o número de vacinas administradas, etc.). Contudo, devido à sua natureza, tendiam a subestimar o contexto social e o seu papel no bem-estar ou nas doenças. O foco de atenção, mais dirigido para os cuidados diferenciados, deixava a descoberto a maioria da população, especialmente as populações mais vulneráveis do meio rural.

O modelo de saúde pública dominante (baseado no atendimento médico) não dava cobertura às necessidades mais urgentes de populações pobres e necessitadas (fragilizadas socialmente). Por pura necessidade, as comunidades locais e os profissionais de saúde pública passaram a procurar alternativas às campanhas que davam relevância ao atendimento médico baseado nas cidades. Dessa forma, surgiu uma maior preocupação com as dimensões social, económica e política da saúde (Briz, 2009).

Os profissionais de saúde e líderes políticos juntaram as suas forças num movimento pioneiro que ficou conhecido como “Programas de saúde com base na comunidade” (*Community-based health programs*) (Center for the Advancement of Community Based Public Health, 2000). Estas iniciativas consideravam a população como parte integrante no processo de procura de saúde, promovendo uma maior colaboração da comunidade no processo decisório relacionado com a saúde. Estes esforços de cooperação tentavam utilizar a perspetiva dos direitos humanos que relaciona a saúde com fatores económicos, sociais, políticos e ambientais mais amplos. Os determinantes da saúde decorrentes de fatores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) e de fatores ambientais, económicos, sociais e culturais, passaram a ser implementados, a nível nacional e europeu, com redes e programas focalizados em ambientes específicos. Tinham em conta situações do dia a dia, apreendidas através do processo de socialização e constantemente reinterpretadas e testadas ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais,

obrigando à implementação de estratégias de promoção da saúde, multisetoriais e multidisciplinares, compreensivas, diversificadas, continuadas e sujeitas a avaliação.

Começou a atribuir-se menor importância à tecnologia de ponta. A dependência de profissionais de medicina altamente treinados foi minimizada. Ao contrário, pensou-se que profissionais de saúde comunitária, numa perspectiva dos cuidados de proximidade, poderiam prestar cuidados às populações para apoiá-las nos problemas mais comuns relacionados com a saúde, servindo como “intermediários” no processo de procura de saúde de forma mais eficaz e assertiva. A educação em saúde e a prevenção de doenças estavam no coração dessas estratégias.

A assistência holística dessa época era realizada por “um conjunto diversificado de profissionais dedicados à saúde numa perspectiva de proximidade, viviam nas comunidades às quais serviam, tinham particular atenção à saúde no espaço rural ao invés do urbano, enfatizavam os serviços de prevenção e não os de cura e utilizavam tanto medicamentos ocidentais quanto tradicionais” (Cueto, 2004, p.1867), num compromisso com a ciência mas não descurando a componente cultural das populações.

Em alguns casos, essas iniciativas enfrentavam não somente os determinantes sociais e ambientais da saúde, mas também questões relacionadas às estruturas político-económicas e às relações de poder.

“Essas metodologias de maior participação tornaram-se ferramentas úteis para populações carentes realizarem um ‘diagnóstico comunitário’ dos seus problemas relacionados à saúde, analisarem a multiplicidade de causas e desenvolverem acções estratégicas para remediar os problemas” (Cueto, 2004, p.1872), de maneira inovadora.

Não raras vezes, essa perspectiva da saúde estabelece alianças informais entre programas de saúde baseados na comunidade tornando-se, com o tempo, verdadeiros movimentos interligando as agendas de saúde, de justiça social e de direitos humanos.

Em 1975, Kenneth Newell, da OMS, diretor da Division of Strengthening Health Services, publicou o livro *Health by the people*, defendendo um forte compromisso com a dimensão social da saúde, argumentando que há estudos que indicam que muitos dos

problemas comuns vêm da própria sociedade e que uma abordagem estritamente setorial é insuficiente, sendo que outras ações fora do campo da saúde têm um efeito maior do que intervenções de saúde por si só (Newell, 1975).

Nesse mesmo ano, a OMS e a UNICEF publicaram um relatório conjunto, examinando abordagens alternativas para se suprir necessidades básicas de saúde em países em desenvolvimento. Nesse relatório, eram sublinhados os problemas de programas verticais baseados em doenças específicas e no desenvolvimento tecnológico, que ignoravam a participação da comunidade. Enfatizava-se que fatores sociais como a pobreza, as habitações precárias e a pouca escolaridade, constituíam ainda as verdadeiras raízes da morbidade em muitos países (Djukanovic & Mach, 1975).

Halfdan Mahler, um clínico geral dinamarquês e um veterano da saúde pública (eleito Diretor-Geral da OMS em 1973), foi um dos maiores defensores desse modelo de saúde. Mahler era um líder carismático com profundas convicções morais, para quem a justiça social era uma expressão sagrada (Cueto, 2004).

Dentro de um mesmo país, é possível encontrar diferenças dramáticas no campo da saúde, intimamente relacionadas com os diferentes graus de desfavorecimento a nível social, que não deveriam existir. Por isso, o tema da justiça social é de importância vital e afeta a forma como a população vive, a consequente probabilidade de doença e o seu risco de morte prematura.

Estas desigualdades na saúde, por certo evitáveis, surgem por causa das circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com a doença. As condições em que as pessoas vivem e morrem são, por outro lado, moldadas por forças de ordem política, social e económica (Marmot, 2000).

A expansão dos serviços básicos de saúde até às comunidades necessitadas, ações que tocam na questão dos determinantes não-médicos, foi importante para se superar algumas desigualdades de saúde existentes e para se alcançar a “Saúde para Todos no Ano 2000”, tal como proposto por Mahler na Assembleia Geral da OMS de 1976. Ele dizia que “o

programa Saúde para Todos tem como premissa tanto a remoção de obstáculos para a saúde – ou seja, o fim da desnutrição, da ignorância, da contaminação de água potável e de habitações não higiênicas – quanto a solução de problemas puramente médicos (Mahler, 1981, p.8).

1.1.2. Alma-Ata e os cuidados de saúde primários

A Conferência Internacional realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, em setembro de 1978, onde estiveram presentes três mil delegados de 134 governos e de 67 organizações internacionais, foi um marco na saúde pública moderna, para os CSP. A declaração da conferência abraçava a meta “Saúde para Todos no ano 2000” e afirmava “a necessidade de uma estratégia de saúde abrangente, que não só cuidasse da prestação de serviços de saúde como também abordasse as causas sociais, económicas e políticas dos problemas de saúde” (Mahler, 1981, p.9).

A Declaração de Alma-Ata apresentou os CSP sob duas perspectivas diferentes. Por um lado, seria o nível mais básico de cuidados de saúde dentro de um sistema de saúde reconfigurado para enfatizar as necessidades básicas de saúde da maioria e, assim, seria o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Por outro lado, os CSP eram também uma filosofia de trabalho considerada somente parte do desenvolvimento social e económico geral da comunidade.

Cueto (2004), aponta três princípios importantes presentes na filosofia CSP:

1. O de uma “tecnologia adequada”: por exemplo, o compromisso de transferir recursos de hospitais públicos para atender a necessidades básicas de populações rurais ou necessitadas;
2. Uma “crítica ao elitismo médico”, o que significa reduzir a dependência de médicos e enfermeiros altamente especializados e aumentar a mobilização de profissionais de proximidade para que assumam parte da responsabilidade pelas funções de saúde;

3. A conexão explícita entre o desenvolvimento da saúde e o social. O trabalho de saúde era percebido não como uma intervenção curta e pontual, mas como parte do processo de melhoria das condições de vida.

A Declaração de Alma-Ata especificou que a visão da saúde envolve,

...além do sector da saúde, todos os sectores e aspectos correlatados do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, habitação, as obras públicas, a comunicação e outros sectores; e requerem os esforços coordenados de todos esses sectores. (OMS, 1983, p.25)

Também, em Ottawa, no Canadá em 1984, onde ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde – copatrocinada pela Canadian Public Health Association, pelo Health and Welfare Department do Canadá e pela OMS, se adotou a Carta de Ottawa para promoção de saúde, que apontava oito determinantes: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, justiça social e equidade. Compreendeu-se que esse amplo espectro de fatores não poderia ser tratado somente pelo setor de saúde, mas exigiria ações coordenadas, não só entre diferentes unidades dos governos, mas também entre o setor privado, a comunicação social e organizações não governamentais e voluntárias (WHO, 1986).

Após a conferência de Ottawa, uma série de conferências internacionais de promoção da saúde desenvolveram ainda mais a mensagem da Carta e procuraram construir um movimento forte (Raphael & Bryant, 2006).

O Programa de Saúde Rural, lançado em 1973, e o Programa de Saúde da Comunidade, de 1976, forneceram um serviço importante aos CSP. Analisados conjuntamente, esses programas alargaram o acesso aos serviços médicos para aproximadamente 60% da população, tanto urbana quanto rural.

No entanto, desde o início, os custos e as implicações políticas dos CSP alarmaram algumas partes envolvidas. A chegada de Jim Grant, em 1979 (um ano após a conferência de Alma-Ata), assinalou uma mudança fundamental na filosofia dos cuidados de saúde. Assim como Halfdan Mahler, Grant era também um líder carismático. Mas enquanto Mahler estava convencido de que as organizações internacionais tinham a missão de

servir de líderes morais da justiça social, Grant acreditava que as agências internacionais teriam de ser cativadas por ganhos em saúde de curto prazo. A prestação de CSP direcionados foi proposta logo após Alma-Ata como uma alternativa mais prática, financeiramente mais visível e menos ameaçadora politicamente. Em vez de tentar fortalecer a totalidade dos sistemas de saúde simultaneamente ou de transformar as relações de poder sociais e políticas, os defensores deste modelo argumentavam que, pelo menos a curto prazo, os esforços realizados quer a nível financeiro, quer a nível de recursos humanos e técnicos deveriam ser direcionados para um pequeno número de intervenções de alta relação custo-benefício, de combate às principais causas de mortalidade ou de morbidade. Esta política, na prática, eliminou o conteúdo social e político da visão original. Colocava o enfoque particularmente na saúde materna e infantil, vistas como áreas nas quais algumas simples intervenções poderiam reduzir substancialmente a incidência de doenças e a morte prematura. Assim, poder-se-ia obter progressos rápidos quanto à prevenção da mortalidade infantil, sem que um longo processo de fortalecimento dos sistemas de saúde tivesse de se completar. Esse facto seria atraente para possíveis financiadores e para líderes políticos interessados em resultados rápidos, pois indicadores positivos poderiam ser produzidos com mais rapidez, em comparação com ações sobre os processos sociais complexos associados a uma revisão de fundo dos CSP, baseados num paradigma global (Gershman & Irwin, 2000).

Para Grant (1979), tinha que se fazer o máximo possível com os recursos finitos, trabalhando com as restrições políticas existentes em oposição a visões utópicas. Isso significava renunciar às ambições de uma ampla mudança social para uma maior concentração em intervenções limitadas, porém exequíveis (Gershman & Irwin, 2000).

Os padrões de políticas e investimento que refletem o paradigma de crescimento de base urbana (Vlahov et al., 2007) viram comunidades rurais sofrer de um desinvestimento progressivo em infraestruturas e serviços, com níveis de pobreza desproporcionais e baixas condições de vida, contribuindo, em parte, para a migração para centros urbanos e consequente desertificação das zonas rurais, onde só ficavam os idosos.

A essência do pensamento neoliberal baseava-se na convicção de que os mercados livres da interferência governamental seriam os melhores e mais eficientes agentes de alocação de recursos na produção e na distribuição e, portanto, seriam, também, os mecanismos mais eficientes de promoção do bem comum, incluindo a saúde. A influência do governo na economia e no processo social deveria, assim, ser minimizada, pois os processos conduzidos pelo Estado seriam, inerentemente, caros, pesados e adversos à inovação, e, assim, inevitavelmente, desperdiçaria recursos e obteria resultados insatisfatórios (Neves, 2006).

O objetivo das reformas neoliberais no setor de saúde executadas nos anos 80 e 90, era atacar problemas estruturais dos sistemas de saúde, tais como: (i) gastos sem limite do setor de saúde e de má utilização de recursos; (ii) fraca gestão de sistemas; acesso inadequado aos serviços de saúde pela população pobre, apesar dos argumentos dos cuidados de saúde primários; (iii) má qualidade dos serviços em muitos países e regiões (Gershman & Irwin, 2000). Infelizmente, em muitos casos, as reformas executadas não conseguiram resolver esses problemas. Os defensores sabiam que as reformas deveriam adaptar-se ao seu contexto, mas, na prática, as reformas acabaram por adotar um número de medidas limitadas, que se supunha serem válidas para qualquer lugar.

Colocava-se o foco de atenção na eficiência, e não na equidade, como critério mais importante para as autoridades nacionais de saúde, cortando, ao mesmo tempo, recursos humanos e financeiros para o setor de saúde, o que fez com que o exercício da gestão eficiente se tornasse cada vez mais difícil na prática.

As medidas tomadas relativamente às reformas dos sistemas de saúde e a sua eficiência, foram alvo de grande discussão, tendo surgido muitas evidências dos seus efeitos negativos. Concluiu-se que elas não conseguiram alcançar os seus objetivos de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida e reduzir a iniquidade na saúde, e que muitos de seus processos resultaram no efeito contrário: maior iniquidade, menor eficiência e mais insatisfação, sem melhorar a qualidade da saúde (Homedes & Ugalde, 2005).

Os cortes produzidos afetaram áreas muito importantes para os determinantes de saúde, tais como educação, transporte, habitação e várias outras formas de proteção social, além de terem afetado as necessidades de gastos diretos com o setor da saúde.

A eleição de Gro Harlem Brundtland para o cargo de Diretor-Geral, em 1998, causou mudanças significativas na agenda institucional da OMS. Tem o mérito de restaurar grande parte da credibilidade da OMS nos debates internacionais sobre o desenvolvimento. Contudo, essa renovação também teve um preço, e os sacrifícios afetaram áreas importantes para a promoção de ações sobre os determinantes sociais. As ambições do programa “Saúde para Todos no Século XXI” sofreram uma grande restrição. Na área da saúde e desenvolvimento, Brundtland acreditava e investia na visão macroeconômica, a cuja comissão (Commission on Macroeconomics and Health) presidia Jeffrey Sachs. A justificativa básica da Comissão Macroeconômica da Saúde não era nova, mas conseguiu chamar a atenção dos políticos, ao alertar para a ideia de que os problemas de saúde das populações desfavorecidas, custam grandes somas de dinheiro à economia mundial. Ao quantificar o retorno econômico potencial de melhorias nas condições de saúde em países pobres, a Comissão conseguiu dar destaque à saúde enquanto questão de desenvolvimento, como uma proposta mais realista, pragmática e ligada ao mundo real, ao contrário de iniciativas anteriores da OMS, tal como a Task Force on Health in Development, que discutia valores éticos e invocava a “coragem necessária à atenção” (WHO, 1997a). Mas, apesar da redução do poder de influência da OMS provocado pela supremacia do Banco Mundial, do qual dependia economicamente, alguns esforços reservaram um lugar especial para os determinantes sociais e ambientais. Por exemplo, nalgumas regiões, nomeadamente na Europa, foram desenvolvidas ações direcionadas à questão da equidade em saúde e às bases sociais, como parte do compromisso com o ideal “Saúde para Todos”. A WHO Equity Initiative (1995-98), definiu a questão da equidade em saúde, relacionando-a primordialmente com a posição dos indivíduos na hierarquia social e, conseqüentemente, com os gradientes de poder social, econômico e político (Braveman, 1998). Além disso, enfatizava que os problemas de saúde poderiam ser encarados com mais eficiência através da colaboração dos diferentes setores, atacando-se fatores como a pobreza, o desemprego, a discriminação de

género e a exclusão social (WHOQOL Group, 1995). Neste sentido, os esforços direcionados ao crescimento económico deveriam ser acompanhados de um acesso mais igualitário aos benefícios do desenvolvimento, visto que as iniquidades causam sérias consequências na saúde.

Uma das principais ações da OMS foi a tentativa de reinterpretar e fortalecer a estratégia “Saúde para Todos”, que ficou conhecida como “Saúde para Todos no Século XXI” (WHO, 1998). Essa revitalização incluía novos esforços de promoção de ações intersectoriais, vistas como um elemento fundamental das estratégias de saúde pública.

A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, de rendimentos, de bens e de serviços, nas escalas nacionais e global, o que conduz à consequente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições de trabalho e lazer, as suas habitações, comunidades, vilas e cidades – reduzindo as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera. Esta distribuição desigual de experiências não constitui, de modo algum, um facto “natural”, sendo antes o resultado de uma combinação pouco harmoniosa de políticas sociais e programas débeis, estruturas económicas injustas e política de baixa qualidade. Em conjunto, os determinantes estruturais e as condições de vida quotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países (Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley & Marks, 1997).

1.1.3. Processo e novas oportunidades dos determinantes

O termo “determinantes sociais da saúde” passou a ser utilizado de forma sistemática a partir de meados dos anos 90, tendo sido Tarlov (1996) o primeiro a empregá-lo. Tarlov, identificava quatro categorias de determinantes de saúde: (i) fatores genéticos e biológicos; (ii) cuidados médicos; (iii) comportamento individual; (iv) características sociais dentro das quais a vida acontece.

A consciência de que as evidências que surgiam a respeito dos determinantes sociais possuíam implicações mais profundas para as políticas públicas, levou a ações no sentido de traduzir as descobertas científicas relevantes numa linguagem mais acessível para os políticos e para o público em geral (Wilkinson & Marmot, 2003). Para estudar e comparar os programas e as políticas nacionais de determinantes sociais, considerou-se necessária uma classificação que os organizasse de forma coerente, para que as suas semelhanças e diferenças pudessem ser aprendidas. Sucedeu-se uma série de publicações importantes que difundiram o uso do vocabulário (Wilkinson & Marmot, 2003).

Tendo em conta os determinantes sociais da saúde, existem quatro pontos básicos, nos quais as políticas podem intervir: (i) reduzir a própria *estratificação social*, ou seja, por exemplo, reduzir as desigualdades em termos de poder, prestígio, rendimento e riqueza que estejam ligados à posição socioeconómica ocupada; (ii) reduzir a *exposição* a fatores prejudiciais à saúde por parte de grupos em posição menos privilegiada; (iii) procurar reduzir a *vulnerabilidade* de grupos suscetíveis; (iv) através da *prestação de cuidados de saúde*, reduzir as consequências desiguais dos problemas de saúde e prevenir a deterioração socioeconómica de indivíduos que adoecem.

O primeiro ponto está ligado a programas que visam alterar a própria hierarquia socioeconómica através de medidas de redistribuição. O segundo e o terceiro refletem medidas intermediárias mais modestas, cujo objetivo é proteger os grupos vulneráveis contra os efeitos negativos na saúde, provocados pela sua posição social como, por exemplo, melhorando as condições de trabalho. O quarto, utiliza os serviços médicos para compensar o malefício na saúde de grupos mais vulneráveis pelas forças sociais e para prevenir que os efeitos da doença reduzam ainda mais a posição socioeconómica do indivíduo (Wilkinson & Marmot, 2003).

Equidade em saúde é ponto central e explícito para as políticas de saúde pública. O objetivo da estratégia é não só alterar o padrão de estratificação social que produz as iniquidades de saúde, como também trabalhar num nível mais intermediário, no sentido de agir sobre fatores de exposição específicos para grupos mais vulneráveis.

A política poderá ser baseada em onze objetivos que representam os determinantes de saúde mais importantes: 1) participação e influência na sociedade; 2) segurança económica e social; 3) condições seguras e favoráveis durante a infância e a adolescência; 4) vida profissional mais saudável; 5) produtos e espaços mais seguros e saudáveis; 6) serviços médicos que promovam a saúde de forma mais ativa; 7) proteção eficiente contra doenças transmissíveis; 8) vida sexual segura e boa saúde reprodutiva; 9) mais atividade física; 10) bons hábitos alimentares e alimentos seguros; 11) menor consumo de álcool e tabaco, uma sociedade livre de drogas ilícitas e a redução dos efeitos negativos do jogo em excesso.

Os seis primeiros objetivos estão relacionados a fatores estruturais, enquanto os cinco fatores restantes falam de aspetos relacionados com o estilo de vida sobre os quais o indivíduo tem poder de escolha, mas nos quais o ambiente social tem um papel importante. A responsabilidade de se alcançar esses objetivos é dividida com vários setores de diferentes níveis na sociedade, incluindo os municípios, os conselhos e organizações voluntárias, além do governo. O programa estabelece estratégias de redução do isolamento e da segregação social, de aumento da participação em atividades recreativas, de captação de recursos adicionais para escolas, de redução do desemprego. Fundamentalmente, essa abordagem procura fortalecer a saúde da sociedade para então fomentar melhoras na saúde dos indivíduos, particularmente os de grupos mais vulneráveis (Wilkison & Marmot, 2003).

Hoje, a agenda de desenvolvimento global é cada dia mais determinada pelas Metas de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas. As oito Metas têm visibilidade numa forma mensurável (quantitativa) de indicadores de redução de pobreza, educação, maior influência das mulheres, saúde infantil, saúde materna, controlo de doenças epidémicas, preservação ambiental e de desenvolvimento de um sistema justo de comércio global. As metas alteram a ideia de que os problemas sociais e de desenvolvimento urgentes que os países em desenvolvimento enfrentam podem ser combatidos isoladamente, com cada setor trabalhando separadamente, sem trabalho em grupo, sem progressos no fortalecimento da segurança alimentar, na ampliação do acesso à educação, na melhoria

das condições de vida das populações rurais e/ou vulneráveis. As parcerias terão de ser implementadas, desenvolvidas, como complementares ao processo de partilha e coresponsabilização na procura de saúde individual, local, nacional e, por consequência, global (ONU, 2010).

Em 2003, Lee Jong-wook, eleito Diretor-Geral da OMS, num dos seus artigos, referiu que um dos aspetos essenciais da justiça nas relações humanas é a promoção do acesso igualitário às condições que facilitam a saúde e que o objetivo de Alma-Ata em proporcionar Saúde para Todos estava correto, assim como os princípios básicos da prevenção primária da saúde: acesso igual, participação da comunidade e abordagens intersetoriais para a melhoria das condições de saúde. Esses princípios precisam ser adaptados ao contexto atual.

Tendo em consideração a sua visão, no seu discurso na 57^a Assembleia Geral da OMS, em maio de 2004, Lee anunciou que a OMS tinha a intenção de criar uma comissão global sobre os determinantes de saúde, cujo objetivo seria reunir o conhecimento de especialistas, nomeadamente aqueles com experiência prática de combate a esses problemas, o que podia ajudar a dar um maior encaminhamento a todos os programas de cariz essencialmente comunitário.

Nos tempos conturbados financeiramente como aqueles que hoje vivemos, deverá haver uma política que relacione o impacto financeiro da prestação de cuidados de saúde globais e de cariz eminentemente integrador dos diferentes parceiros gestores da saúde das populações, nomeadamente as próprias populações no seu contexto, com os argumentos de equidade, justiça social e direitos dos homens.

A importância da narrativa para a implementação de mudanças nas políticas de saúde é considerada fundamental, sendo necessário que os cientistas da saúde pública deixem de acreditar que podem influenciar o modo como as políticas são formuladas, simplesmente oferecendo evidências científicas sólidas ao governo. Evidências sólidas não têm o poder inerente de provocar mudanças, se não forem apresentadas de forma persuasiva e temporalmente oportuna e se a sua relevância não estiver clara para os decisores políticos, tendo em conta a conjuntura. O uso da narrativa não é menos ético do que a formulação

de políticas baseadas em evidências científicas. De facto, a narrativa é o veículo humano através do qual a evidência revela a totalidade do seu significado (Gordis, 2004).

A afetação de recursos económicos é um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde. No entanto, existem evidências de que países com menores recursos para a saúde possuem indicadores de saúde mais satisfatórios, pelo que é importante identificar onde e como devem ser distribuídos os recursos, tendo em conta as intervenções delineadas, com o objetivo de reduzir as iniquidades em saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto.

1.2. Determinantes da saúde em Portugal

Tal como já amplamente explanado anteriormente, diversos investigadores reclamam a necessidade urgente de estudar não só as diferenças e desigualdades em saúde mas, fundamentalmente, as variáveis que as determinam.

Em Portugal, apesar da investigação em desigualdades em saúde não ser muito vasta, os autores têm vindo a confirmar que a população pobre e socialmente excluída, residente em áreas rurais periféricas e em áreas suburbanas, está exposta a maiores riscos para a saúde. Tanto as antigas formas de pobreza (com maior expressão nos idosos, nos isolados, nos grupos de baixos salários), como as novas formas de pobreza (desemprego de longa duração, famílias monoparentais) e de exclusão social (dependentes de álcool, drogas, ex-reclusos, imigrantes recentes, sem abrigo, entre outros) estão, também em Portugal, genericamente associados a fatores relacionados com escolhas e percursos individuais - abandono escolar precoce, profissões com baixas qualificações escolares e profissionais, comportamentos de risco – ou as conjunturas políticas - precariedade de emprego e imigração – todos com consequências negativas na saúde, amplamente descritas na literatura internacional (Gadamer, 1993).

Os temas relativos às variações em saúde têm vindo a ganhar cada vez mais importância. O foco de atenção é dirigido para o papel potencial que os conjuntos de fatores podem vir a ter para a saúde, ou seja, a relevância do todo na saúde, à semelhança do que havia sido

preconizado pelos filósofos gregos (Gadamer, 1993). Genericamente, os autores chamam a este conjunto de fatores ou condições, que têm influência no nível geral de saúde das pessoas, os “determinantes” em saúde. Estes são o resultado, por um lado, das características dos indivíduos e das famílias (sexo, idade, situação perante o trabalho, rendimento, escolaridade), dos seus estilos de vida e comportamentos e, por outro, das condicionantes do país (políticas sociais, de saúde e de educação), em estreita ligação com os dos lugares (qualidade do ambiente, do ar, da água, da habitação e do local de trabalho; oferta de bens e serviços) (Marmot & Wilkinson, 1999).

As desigualdades na organização da sociedade, provocadas pelo abandono cada vez mais evidente das zonas rurais em relação às zonas urbanas e pela litoralização das comunidades em relação ao interior, implicam que a liberdade para gozar de uma vida próspera e de boa saúde esteja distribuída de forma desigual. Esta desigualdade pode ser constatada nas condições existentes nas características físicas e na qualidade do ambiente natural em que as pessoas vivem. Os equilíbrios entre os ambientes rurais e urbanos variam grandemente (Santana & Costa, 2012).

Inverter as consequências desiguais do crescimento urbano através de ações que abordem os direitos e a propriedade do solo e assegurem modos de vida que promovam uma vida saudável, com um investimento adequado em infraestruturas rurais é de grande relevância. A cobertura universal exige que todos os habitantes, num determinado país, possam aceder à mesma oferta de serviços (de boa qualidade), de acordo com necessidades e preferências, independentemente do nível de rendimento, estatuto social ou residência, e que os indivíduos sejam capacitados para usufruir desses serviços. Não existem argumentos fundamentados que justifiquem a não cobertura universal de cuidados de saúde. Para tal, é fundamental que se assegurem o acesso a bens básicos, que sejam socialmente coesos, concebidos para promover bem-estar físico e psicológico, promovendo a igualdade em saúde (Bonita et al., 2009).

O lugar onde as pessoas vivem e trabalham, ou seja, a sua localização relativa ao espaço geográfico, reveste-se de particular importância. Surge, desta forma, a ideia de que as características dos lugares são tão importantes como as das pessoas na compreensão da

saúde e dos estilos de vida relacionados com a saúde (Curtis & Jones, 1998; Duncan, Jones & Moon, 1997, 1999; Santana, 1995; Subramanian, Kawachi & Kennedy, 2000). Estes autores sugerem que as características do lugar de residência têm um papel significativo como mediadores das relações sociodemográficas individuais que percorrem a vida dos indivíduos, desde a infância à idade adulta, com resultados na saúde individual. Pelo exposto, o papel relativo às variações em saúde tem vindo a merecer novas abordagens, tendo como referência a interação entre a pessoa, espaço e tempo no estudo das características epidemiológicas das doenças, problemas de saúde e fatores determinantes.

A preocupação com as causas de uma saúde frágil e desigual ressurgiu na compreensão dos comportamentos relativos à saúde, substituindo as explicações unilaterais baseadas exclusivamente nos comportamentos individuais e respetivas doenças (MacIntyre et al., 2003). Esta conclusão vem dar força a uma “nova era” na investigação em saúde, anunciada como o retomar da importância do lugar no estudo da causa das doenças. É numa espécie de regresso às origens, o resgatar de algumas práticas iniciadas por Hipócrates e recuperadas no século XIX e princípio do século XX pela emergente epidemiologia associada às graves questões de saúde pública de então (MacIntyre et al., 2003).

O grau de desenvolvimento de uma sociedade pode ser avaliado pela qualidade da saúde da sua população, pela justiça da sua distribuição no espectro social e pelo grau de proteção prestado em situações desvantajosas relacionadas com deficiências de saúde.

Os pobres, para além da sua circunstância de maior vulnerabilidade, residência em habitações mais degradadas e em áreas de maior privação têm tendência para ser excluídos do acesso a um conjunto de bens e serviços básicos como, por exemplo, a saúde (independentemente dos princípios consagrados na Constituição da República). A perceção de piores estados de saúde e a verificação de taxas superiores de mortalidade prematura e evitável em áreas rurais ou suburbanas e/ou em população pobre, são uma associação evidente.

Durante várias décadas, foram associados maus resultados em saúde a áreas pobres e rurais, localizadas essencialmente no norte e centro de Portugal (Giraldes, 1996; Giraldes & Ribeiro, 1995; Pereira, 1995; Santana & Nogueira, 2005), concretamente no que respeita a causas de morte altamente correlacionadas com as condições de vida da população, como é o caso da mortalidade infantil, por exemplo.

Existem associações muito fortes entre os resultados em saúde e as características do espaço físico e social, para além dos atributos individuais de grande parte da respetiva população (baixa escolaridade, baixo rendimento, desemprego...).

Os idosos pobres, as crianças pobres, os pais que vivem sós (fundamentalmente mães), os desempregados e os imigrantes representam uma grande fatia dos desfavorecidos que vivem em Portugal (Giraldes & Ribeiro, 1995).

A pobreza tradicional (idosos, baixos rendimentos, baixa escolaridade) em Portugal, tende a manter-se estável, mas têm emergido fenómenos de nova pobreza semelhantes aos dos países mais desenvolvidos. Estas novas dimensões da pobreza têm vindo a evidenciar-se, relacionadas com as alterações no mercado de trabalho: aumento de trabalho precário, trabalhadores familiares não remunerados, precocidade na entrada no mercado de trabalho associada a baixa instrução (Santana & Nogueira, 2005). A doença é simultaneamente causa e efeito da diminuição do rendimento, pelo que proventos baixos têm consequências diretas na pobreza e, em alguns casos, na exclusão de alguns grupos populacionais relativamente ao acesso e consumo de determinados bens e serviços, onde se incluem os da saúde (Rosa, 2000; Santana & Nogueira, 2005).

A população rural pobre não só sofre de pior estado de saúde como também tem de enfrentar condições de precariedade associadas aos espaços que habita (falta de transportes públicos frequentes, reduzida ou inexistente oferta de serviços públicos acessíveis e de boa qualidade, falta de qualidade da habitação...).

A injustiça social é responsável pela discriminação das pessoas, tendo em conta a sua idade e localização geográfica. Reduzir as desigualdades na saúde é uma questão de justiça social e um imperativo ético, da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (Commission

on Social Determinants of Health). Esta Comissão foi criada em 2005 pela OMS, para orientar a documentação sobre as ações a tomar com vista ao fomento da igualdade na saúde e para promover um movimento global para alcançar este objetivo.

Em 2011, a população com mais de 65 anos que residia em Portugal representava 19% do total da população portuguesa. O ritmo de crescimento do envelhecimento revela a importância relativa dos mais velhos: o índice de longevidade (relação entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos) foi aumentando, sendo de 39% em 1991, 41% em 2001 e de 48% em 2011, sendo superior nas mulheres (51%). Verifica-se que, em regra, o interior do país tem índices de longevidade superiores ao litoral. As famílias clássicas constituídas por um só elemento representavam, em 2011, cerca de 21% do total de famílias e têm vindo a aumentar nas últimas décadas. Em 2011, foram recenseadas 866 827 famílias unipessoais, contra 631 762 apuradas em 2001 (INE, 2012).

A maioria das famílias unipessoais é constituída por uma pessoa idosa, e corresponde a cerca de 10% do total de famílias clássicas. Geograficamente concentram-se, predominantemente, nos territórios do interior, onde se observam elevados índices de envelhecimento (INE, 2012).

Os sistemas de saúde têm melhores resultados quando baseados nos CPS, colocando a ênfase na ação local adequada em todos os determinantes sociais, segundo a qual a prevenção e a promoção estão em equilíbrio com o investimento em intervenções curativas, como a concentração no nível primário de cuidados com reencaminhamento adequado para níveis superiores de serviço, descentralizando os cuidados e dando-lhes um cunho de proximidade (Campos, 2008).

A proximidade tem resultado num melhor acesso à informação sobre as necessidades em saúde. O problema que persiste é que esse conhecimento não chega a ter resultados no que respeita à alteração das situações, pois o planeamento dos serviços e a tomada de decisões continua centralizada, cabendo muito pouca autonomia efetiva para a consideração das necessidades especificamente locais no processo decisional de afetação de recursos (Koivusalo, Wyss & Santana, 2007).

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os determinantes da saúde provocam as iniquidades. A primeira delas privilegia os “aspectos materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de recursos económicos influenciam a saúde pela sua escassez e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde...), decorrentes de processos económicos e de decisões políticas; a segunda, privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam stresse e prejuízos à saúde; a terceira, relacionada com a sua dimensão geográfica e multivariada, privilegia a integração das abordagens individuais e de grupo, sociais e biológicas, numa perspetiva dinâmica, histórica e ecológica. Finalmente, procura-se analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da teia de vínculos e associações entre indivíduos e grupos, identificando-se o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de recursos atuam negativamente na situação de saúde (Sen, 2002).

Todos aqueles que são já desprivilegiados sofrem desvantagens adicionais no que respeita à sua saúde, uma vez que a liberdade de participar em relações económicas, sociais, políticas e culturais tem um valor intrínseco (Sen, 2002). A inclusão, atuação e controlo são importantes para o desenvolvimento social, da saúde e do bem-estar, nomeadamente do idoso, sendo que a restrição da participação resulta na privação das capacidades humanas, abrindo caminho a desigualdades, por exemplo, a nível do acesso aos avanços técnicos e biomédicos disponíveis.

A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus. (DGS, 2004a, p.3)

Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da

vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções associadas ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, a depressão, a solidão e o isolamento de muitas pessoas idosas.

A saúde é, assim, o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem, sendo a QV, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência.

A cultura e o género, sendo determinantes transversais, influenciam os outros determinantes de um envelhecimento ativo e autónomo, interferindo não apenas na forma como as gerações se interrelacionam, mas também nos comportamentos relativamente à saúde e à doença (Botelho, 2005).

QV é um conceito muito amplo, que incorpora, de uma maneira complexa, a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as relações que estabelece com o meio e com os outros. O WHOQOL Group (1995), definiu a QV como a perceção que cada indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto, cultura e sistema de valores nos quais se insere, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A saúde, em termos de abordagem, integra a perspectiva do curso de vida e reconhece os princípios da diversidade, dignidade, independência, participação, responsabilidade, assistência e autorrealização. Também reconhece, tal como se pode constatar na Figura 10, a opção por estilos de vida saudáveis, incluindo a manutenção da atividade física e de uma alimentação saudável; a participação em atividades de natureza social e de saúde, económica, cultural, espiritual e cívica, no meio físico e geográfico (Botelho, 2005).

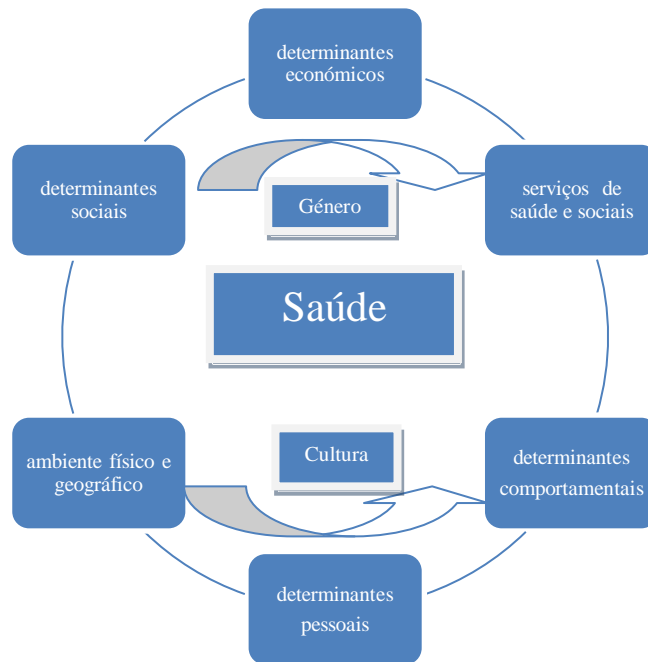


Figura 10. Determinantes da saúde
(Adaptado de Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, 2010)

As evidências substanciais sobre a saúde dos indivíduos sugerem a existência de um conjunto bastante amplo de fatores, mais ou menos interligados entre si, com uma probabilidade determinada de influenciar favorável ou desfavoravelmente a QV dos indivíduos.

A cultura tem influência decisiva na adoção de determinados comportamentos relacionados com a saúde (DGS, 2004b; WHO, 2005). O género é outro fator fundamental, através do qual se pode considerar a adequação de determinadas intervenções junto da população. Sabe-se que os homens e as mulheres envelhecem de forma diferente. As mulheres, por exemplo, vivem mais tempo do que os homens, pelo que são mais suscetíveis a padecer de doenças crónicas, a enviuvarem e a sofrerem de problemas de solidão ou depressão; os homens, estão mais sujeitos a doenças incapacitantes por acidentes ou violência; assumem comportamentos de maior risco, como fumar e consumir bebidas alcoólicas. Tais fatores devem ser tidos em conta aquando da gestão de recursos de saúde para uma determinada população.

Os serviços de saúde e sociais a que a população rural tem acesso, sendo esta maioritariamente idosa, bem como a qualidade dos mesmos, são um fator fundamental na promoção de estilos de vida saudáveis. Sabe-se que “a organização e funcionamento dos serviços de saúde não estão, em muitos casos, adaptados às actuais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades demográficas e sociais, constituindo... barreiras à promoção ou manutenção da QV destas pessoas e das suas famílias” (DGS, 2004a, p.10). Assim, os sistemas de saúde necessitam ter uma perspetiva de curso de vida que vise a promoção da saúde, a prevenção da doença e o acesso equitativo a cuidados de saúde. Não pode haver uma discriminação em função da idade dos indivíduos nem da situação geodemográfica, porque, para além de tal constituir um desrespeito à dignidade do indivíduo, nunca é tarde para se obter ou melhorar a saúde. Há ainda a necessidade dos serviços de saúde e sociais darem uma resposta efetiva às necessidades particulares dos indivíduos das zonas rurais do país, pois, para além do isolamento, têm ainda de se debater com o aumento exponencial dos idosos, que têm necessidades particulares, como são o consumo de medicamentos e as situações de incapacidade e dependência. Tais serviços devem ser abrangentes, integrados e coordenados de forma a serem verdadeiramente eficazes.

Os comportamentos de saúde podem ser classificados como positivos ou negativos (Ogden, 1996). Os comportamentos positivos ou saudáveis consistem em ações que contribuem para a promoção da saúde ou prevenção da doença/incapacidade. Podem englobar ações quer individuais quer comunitárias, que têm como objetivo fundamental o aumento dos níveis de controlo do risco. Os comportamentos de saúde negativos são considerados de risco e traduzem-se em qualquer atividade praticada pelos indivíduos, com uma frequência e intensidade tal, que conduza a um aumento do risco para a saúde, e isto independentemente de haver ou não consciência desse risco, por parte do indivíduo que a pratica (Andrade, 2001; Paúl & Fonseca, 2001).

É habitual a existência de um conhecimento de senso comum sobre o que são comportamentos saudáveis ou não, para cada estadio do curso de vida e determinado contexto sociocultural. Este facto chama a atenção para a necessidade da interpretação

dos comportamentos individuais ou coletivos ser feita à luz dos contextos, normas e valores socioculturais (Paúl & Fonseca, 2001).

As raízes da maioria das desigualdades de saúde e de grande parte do sofrimento humano são sociais, correspondendo aos determinantes sociais de saúde. Para concretizar a sua erradicação, é necessário ter liderança e basear-se no conhecimento científico, mas também é importante ter visão moral e sabedoria política. Os determinantes sociais da saúde e a necessidade da existência de ações intersetoriais a eles dirigidas surgiram durante o período de Alma-Ata e foram cruciais para o desenvolvimento do modelo de CSP abrangentes proposto para a agenda do “Saúde para Todos” (WHO, 1997b).

A preocupação com as desigualdades de saúde entre os países e dentro deles aumentou, assim como cresceu, de forma acelerada nos anos 90, o conhecimento científico sobre os determinantes sociais.

No ano 2000, as Metas de Desenvolvimento do Milênio, adotadas por 189 países, criando um novo quadro integrado para o desenvolvimento mundial, focalizaram-se, novamente, na interdependência entre o desenvolvimento e a necessidade de ações simultâneas e coordenadas numa série de áreas, incluindo a política macroeconômica, a alimentação, a agricultura, a educação e a saúde.

Numa perspectiva preventiva, revela-se importante actuar sobre o estilo de vida das pessoas...seja na comunidade seja na instituição. A nível da intervenção secundária, esta deve visar sobretudo o reforço da capacidade de coping, tendo em vista amortecer ao máximo o impacto das fontes de stresse no ânimo e na funcionalidade da pessoa, promovendo um uso eficaz dos recursos disponíveis para lidar com problemas significativos. (Carvalho, 2008, p.215)

Os fatores que determinam e influenciam o estado de saúde de uma população são dinâmicos, sistémicos e complexos. As exigências sociais para com a saúde e para com os serviços prestadores de cuidados de saúde são crescentes. Estes aspetos, aliados à melhoria das condições sociais e de saúde, bem como o desenvolvimento técnico-científico e uma maior literacia em saúde criam novas expectativas e novas metas de desenvolvimento. Os sistemas de saúde constituem, cada vez mais, um elemento central de proteção social e de

redução das iniquidades, dando um contributo da maior importância para a coesão, a justiça e bem-estar social (Giraldes, 1996).

1.3. Literacia

Entende-se por literacia a capacidade de processamento, na vida diária (social, profissional e pessoal), de informação escrita de uso corrente, contida em vários materiais impressos (textos, documentos, gráficos). Este conceito, atualmente já bastante difundido no nosso vocabulário, define-se por duas características nucleares: (i) por permitir a análise da capacidade efetiva de utilização na vida quotidiana das competências de leitura, escrita e cálculo; (ii) por remeter para um contínuo de competências que se traduzem em níveis de literacia com graus de dificuldade distintos (Gomes, Ávila, Sebastião & Costa, 2000).

Através desta definição, procura-se colocar o enfoque no uso das competências referidas em detrimento da posse de determinadas credenciais escolares, por se considerar que não é possível estabelecer uma correspondência simples e absoluta entre os níveis de instrução formal de uma população e o seu perfil de literacia. A literacia é, desta forma, entendida de um modo não estático, ou seja, considera-se que as competências de uma população, neste domínio, tendem a alterar-se, quer por via da evolução (positiva ou negativa) das capacidades individuais, quer por via da transformação permanente das exigências da própria sociedade. Simultaneamente, pretende-se com este conceito ultrapassar categorizações dicotómicas, como a que opõe alfabetizados e analfabetos, por serem redutoras da diversidade de situações sociais existentes. Afinal, “A existência humana é uma tarefa permanente de ‘leitura’ da vida: ‘ler’ a vida é escrever e reescrever o mundo” (Rosa, 2008, p.107).

Segundo Benavente, Costa e Ávila (1995):

...[na literacia] não se trata de saber o que é que as pessoas aprenderam ou não, mas sim de saber o que é que, em situações da vida, as pessoas são capazes de usar. A literacia aparece, assim, definida como a capacidade de processamento da informação escrita na vida quotidiana. (p.23)

Para se viver nas sociedades contemporâneas e perceber os seus complexos mecanismos de funcionamento, é necessário gerir uma gama variada de informações que nos chegam de várias formas (Benavente, Campiche, Seabra & Sebastião, 1994).

Sendo a literacia uma condição de cidadania, então, discutir, analisar, aprofundar a ideia de literacia é o mesmo que debater as condições em que queremos viver juntos, em sociedades abertas de múltiplas culturas. A noção de cidadania vem, uma vez mais, reforçar a importância da literacia nos tempos correntes, nomeadamente atendendo à capacidade que cada cidadão poderá ter para decidir, de forma informada, sobre tudo o que lhe diz respeito e poderá contribuir, em última análise, para a sua saúde, considerada no sentido lato.

Preencher um cheque, entender uma prescrição médica, saber consultar um horário de autocarro, pedir corretamente uma informação de forma a ficar esclarecido, tratar da sua situação fiscal, saber calcular uma taxa de juro, procurar informação através do anúncio de jornal, entre tantas outras solicitações sociais, são pequenos grandes requisitos na vida de cada cidadão (Benavente & Rosa, 1995) que determinam a nossa independência, a nossa autonomia. O domínio dessas “coisas simples” requer literacia.

A mudança é um aspeto determinante da vida, qualquer que seja o modo como a entendemos. As tecnologias mudam, a organização do trabalho muda, os termos de troca mudam, as comunidades mudam e os papéis sociais mudam, à medida que os indivíduos evoluem na sua vida. A mudança é inevitável e obriga os indivíduos, as instituições sociais e os países a adaptarem-se, procurando uma nova literacia; “é o abrir de caminho para se dispor das condições de cidadania plena, de capacidade para escolher o que se quer ser e fazer na vida, de participar nas comunidades e aprender pela vida fora” (Pedrosa, 2008, p.115).

Os adultos com baixas competências de literacia passam mais frequentemente por episódios de vulnerabilidade, recebem salários mais baixos, apresentam muito maiores probabilidades de serem pobres, têm uma saúde mais débil, socialmente são menos empenhados e têm um acesso menos frequente a oportunidades do que os seus concidadãos com mais competências de literacia (Pedrosa, 2008).

Em Portugal, a introdução e vulgarização do conceito literacia na esfera pública remonta a meados dos anos 90 do século XX e a um estudo coordenado por Ana Benavente, *A Literacia em Portugal: Resultados de Uma Pesquisa Extensiva e Monográfica*. No documento é explicitado que não se trata de saber o que é que as pessoas aprenderam ou não, mas sim de saber o que é que, em situações da vida, as pessoas são capazes de usar. A literacia aparece, assim, definida como “a capacidade de processamento da informação escrita na vida quotidiana” (Benavente, Costa & Ávila, 1996, p.4). O conceito está profundamente imbuído daquilo que Paulo Freire designa por “leitura da palavra e leitura do mundo”, numa perspetiva crítica e consciente, pedagogicamente transformadora, como ação para o conhecimento e a liberdade. O conceito é amplo e transversal, e constitui-se como uma condição básica para a reflexividade; é “uma competência de base fundamental para a população adulta. Seja no acesso à informação e ao conhecimento, seja na possibilidade de aprender ao longo da vida, seja no exercício da análise simbólica e da reflexividade” (Ávila, 2008, p.41), a literacia é considerada como condição básica para a cidadania e a participação na esfera pública; o conhecimento é a base da democracia.

“A capacidade reivindicativa, o aumento do espírito crítico, a propensão em aderir a causas políticas e sociais é muito maior naqueles que conseguem utilizar correctamente as suas competências de literacia” (Reis, 1997, p.9).

2. NOTA CONCLUSIVA

Um dos maiores desafios da atualidade consiste na redução das desigualdades em saúde para atingir uma efetiva equidade; tendo em consideração esse propósito, consideramos pertinente a abordagem dos determinantes sociais de saúde.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde expressam, com maior ou menor nível de pormenor, o conceito consensual de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Nancy Krieger (2001) insere um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que eventualmente podem ser alterados através de ações baseadas em processo de literacia, no sentido

holístico do termo. Tarlov (1996) refere determinantes sociais de saúde como as características sociais dentro das quais a vida decorre, que influencia e é influenciada por eles.

A atenção centrada ora na perspectiva biomédica ora na saúde pública, fez com que, ao longo das diferentes épocas, a visão da saúde tivesse oscilado entre estes dois campos de ação. Apesar da preponderância da medicina biológica na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em prejuízo da perspectiva sociopolítica e ambiental, observou-se, ao longo do século XX, uma permanente tensão entre essas diversas abordagens. A própria história da OMS oferece interessantes exemplos dessa tensão, observando-se períodos de forte preponderância de enfoques mais centrados em aspetos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais, dependendo em muito da visão dos seus líderes e da pressão político económica à qual estava sujeita. A definição da saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (e não apenas a ausência de doença), inserida na Constituição da OMS, no momento da sua fundação, em 1948, é a clara expressão de uma conceção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença.

A perpetuação do modelo biomédico tem privilegiado o estudo das doenças, fragmentado o ensino em especialidades e, assim, enfatizado a formação técnica em detrimento da formação humanista e ética.

Nas últimas décadas, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. Esse avanço é particularmente marcante no estudo das desigualdades em saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 2000).

Com este estudo procurou-se conhecer e compreender as necessidades de saúde constitutivas das práticas e do apoio social, considerando as desigualdades sociais, tendo como referencial os determinantes em saúde, presentes na comunidade rural.

CAPÍTULO IV

BIOÉTICA

A definição da bioética é ampla, pois reflete sobre um leque alargado de problemas das diferentes esferas do conhecimento, no entanto, consideramos pertinente a definição fornecida pela *Encyclopedia of Bioethics*, de 1995, que refere bioética como o “estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde à luz de valores e de princípios morais” (Reich, 1995, p.xix). Neste sentido, importa referir o círculo alargado nas ciências da vida e na saúde, nomeadamente os problemas demográficos, atendendo à definição de critérios, juízos e limites de licitude ou de ilicitude, valendo-se de uma metodologia interdisciplinar, tendo em conta o exame sistemático da conduta do homem.

É difícil conceber a saúde como um facto estático ou uma medida perfeita; ela é melhor percebida como um equilíbrio dinâmico, entre o “eu” físico e psicológico, e o “eu” no contexto e na ação, entendido, aqui, o ambiente não apenas social mas também ecológico (Sgreccia, 2002).

A relação de prioridade e de complementaridade entre a pessoa e a sociedade e uma conceção personalista, são os pontos de referência para a bioética.

O aparecimento da bioética proporcionou a procura de uma fundamentação teórica para os dilemas cada vez mais complexos da vida humana, nomeadamente no que à saúde diz respeito. Esses dilemas conduziram ao desenvolvimento de diversos modelos teórico-práticos¹⁰ para orientar as ciências da vida, sendo o modelo Principlista de Beauchamp e Childress (1979) o dominante (Cruz, 2012).

¹⁰ Tristram Engelhardt Jr., modelo libertário (1988); Albert Jonsen e Stephen Toulmin, um modelo casuísta (1988); Pellegrino e Thomasma, o modelo das virtudes.

A dispersão da população pobre pelas zonas rurais, é uma questão que representa um obstáculo significativo para a prestação de cuidados. Nos cuidados de saúde em contexto rural, é importante a inclusão de questões de justiça que envolvem o acesso à prestação de cuidados de saúde, questões relacionadas com a qualidade dos cuidados, preços e atendimento acessíveis, entre outros fatores. Essas questões poderão agravar-se à medida que os cuidados de saúde no interior forem preteridos em relação aos dos grandes centros urbanos. Os pobres e os idosos, sem acesso a transporte, podem procurar ou mesmo receber cuidados de saúde deficientes. A complexidade das grandes cidades (trânsito, ruas, movimento...) pode intimidar aqueles que sempre viveram em zonas rurais e que estão arredados das questões éticas que acontecem todos os dias, sem necessariamente as reconhecerem como tais.

A maioria da literatura existente centra-se em ética clínica, mas há também a necessidade de alargar o foco da ética ao cuidado rural, de forma a incluir as áreas de organização e de política nacional, em particular na abordagem às questões de acesso e alocação de recursos em zonas rurais. Há, no entanto, muito pouca literatura sobre ética rural, mas parte da resposta a esta constatação é que a bioética é um fenómeno urbano. A maioria dos bioeticistas desenvolve a sua atividade em conceituadas universidades e/ou hospitais centrais, logo, em grandes centros urbanos. A maioria está mais interessada nas últimas pesquisas - a polémica das células estaminais ou a nanotecnologia - do que nas questões da saúde rural. Neste capítulo, pretendemos dar vez e voz à abordagem da ética, tendo em conta o paradigma da Bioética associada aos dilemas da população rural e ao valor de pequenos gestos.

1. BIOÉTICA: BREVE REFERENCIAL HISTÓRICO

O termo “bioética” é relativamente recente. Efetivamente, apesar de haver registo da utilização do termo *Bio-Ethik* pelo alemão Jahr em 1927, a verdade é que só na década de 70 se torna significativo, tendo ocorrido a sua maior divulgação e desenvolvimento no processo institucional e académico apenas na década de 90 (Neves & Osswald, 2007).

Alguns autores consideram que a conceitualização da bioética terá acontecido em 1947, com a elaboração do Código de Nuremberga. Este documento, surgido do julgamento no âmbito das crueldades perpetradas pelos médicos alemães, nomeadamente a nível de experimentação humana, delinea dez pontos que devem nortear eticamente toda a investigação científica com seres humanos, inclusive a da obtenção prévia do consentimento livre e esclarecido. Este código ficou na base da lei internacional, tendo-se tornado o primeiro documento ético-legal sobre esta matéria.

Na realidade, já em 1900 havia registo de um documento legal de cariz normativo, publicado pelo ministro do governo prussiano e que “previa já não só o consentimento dos sujeitos de experimentação, mas também a protecção das pessoas mais vulneráveis” (Neves & Osswald, 2007, p.11).

A lei Prussiana não era, de facto, respeitada pelos investigadores. O código de Nuremberg foi preparado pouco antes do início dos julgamentos das atrocidades cometidas pelos nazis, para ser usado, com efeito retroativo, no julgamento. Apesar do estabelecido, só em 1972, com a divulgação de casos como o da população Afro-americana privada deliberadamente do tratamento contra a sífilis, é que foi elaborado, em 1978, o Relatório Belmont, em que, pela primeira vez, se estabeleceram “princípios éticos e directrizes para a protecção de sujeitos humanos em investigação”: “respeito pelas pessoas”, “beneficência” e “justiça” (Neves & Osswald, 2007, p.12).

Uma outra hipótese para as origens da bioética também é reportada para a ideia da criação, nos anos 60, de uma comissão de ética hospitalar constituída por leigos, que trabalhavam em colaboração com os médicos no âmbito da assistência clínica.

Diversos foram, portanto, os antecedentes do conceito de bioética e cada um foi moldando a sua realidade, mas o seu aparecimento com a significação específica e sentido que hoje se lhe atribui surge em 1970, através do oncologista Van Rensselaer Potter, no seu artigo “*The science of survival*” (Potter, 1970), no ano seguinte, no seu livro “*Bioethics: bridge to the future*” e, no mesmo ano, na criação, por Hellegers, do Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics.

Na verdade, o neologismo “bioética” é cunhado por Potter e Hellegers, com um sentido específico francamente distinto, não obstante inspirado pela preocupação comum de urgência de apreciação ética das consequências dos progressos científico-tecnológicos, respetivamente, para a vida em geral e para o homem em particular.

Potter, considera a necessidade da criação de uma nova abordagem científica, uma “ciência de sobrevivência” que combinasse os fatores biológicos e os valores éticos, tendo em vista garantir a sobrevivência do homem num mundo cada vez mais ameaçado pela explosão demográfica anárquica e descontrolada. Para Potter, o único caminho possível de solução para esse iminente problema de dimensões incalculáveis seria a construção de “uma ponte” entre as duas vertentes (a humanista e a biológica), ou seja, a ética não deve só abordar o homem mas deve olhar para o homem no seu contexto (biosfera), observando cada intervenção do homem sobre a vida em geral.

André E. Hellegers, obstetra e ginecologista de origem holandesa, dedica-se à fisiologia fetal e em Georgetown University de Washington (DC) dá início a um programa de pesquisa interdisciplinar de bioética. As implicações desse trabalho fazem com que proponha a criação de um instituto que se dedique ao estudo da fisiologia da reprodução e, simultaneamente, à bioética, tal com já referido anteriormente.

Hellegers considera que o desenvolvimento biotecnológico e as mudanças sociais determinam uma nova visão da medicina, concebida não só na sua vertente clínica, mas implicando também a procura de um entendimento integral dos fenómenos, isto é, incluindo uma visão holística, passando, assim, a responder ao bem-estar geral da pessoa e também aos problemas sociais das comunidades. Para ele:

...a preocupação já não é mais apenas com as doenças a diagnosticar em indivíduos, mas também com a promoção da saúde a nível social. Importa então considerar questões como alocação de recursos, justiça distributiva e cuidados de saúde; mas também outros problemas, anteriormente à margem da medicina, como o envelhecimento ou a taxa de natalidade.... (Neves & Osswald, 2007, p.17)

Considerando os pressupostos anteriormente enumerados, facilmente se verifica que Potter elabora uma Bioética de cariz essencialmente ecológico, nomeadamente no que toca ao relacionamento e equilíbrio do homem com a natureza, enquanto Hellegers trabalha a

vertente biomédica, tendo em conta uma dimensão mais alargada da medicina no mundo atual.

A dimensão social da bioética é de extrema oportunidade, nomeadamente no que diz respeito às políticas de saúde, pois a promoção e proteção da saúde não se situam apenas na esfera individual mas sim coletiva. Esta perspetiva está já bem definida na conhecida conceptualização da OMS que, em 1948, define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Na verdade, foram os progressos biotecnológicos que estiveram na origem da bioética, pois foi o seu desenvolvimento que gerou uma maior expectativa de vida, permitindo às pessoas viverem até mais tarde (sendo vulgar hoje, fazer-se referência às 3^a e 4^a idades). É nesse período etário que as solicitações clínicas e de vulnerabilidade vão aumentando e, ao mesmo ritmo, vão progredindo também as tecnologias de ponta com elevados custos, gerando-se e agravando-se, assim, o fosso provocado pelas desigualdades sociais.

A inédita capacidade de controlar a fecundidade e o simultâneo poder de prolongar a vida mantêm-se, ainda hoje, como uma complexa problemática a nível ético. Os problemas demográficos agravam-se devido a um decréscimo das taxas de natalidade, ao envelhecimento da população e a um número de óbitos superior ao dos nascimentos, determinante essencial da impossibilidade de se garantir a substituição das gerações.

Enquanto assistimos ao grave problema do envelhecimento acentuado da população, com a inédita inversão da pirâmide demográfica, a população mundial continua a aumentar, mantendo viva a preocupação de Potter na sustentabilidade do planeta, observando-se, assim, dois problemas com a mesma gravidade, mas opostos entre si. Estes problemas não são neutros e exigem uma reflexão por parte da bioética. De facto, a saúde como bem-estar geral, mais do que um direito, constituirão sempre uma meta a atingir, que deverá estar tanto mais acessível quanto mais se respeitarem os direitos individuais e sociais universalmente reconhecidos. Mais do que o direito à saúde, as pessoas têm o direito e o dever de contribuírem para a sua saúde e bem-estar social.

Algumas questões suscitadas particularmente pelo envelhecimento da população e, a agravar essa situação, a tendência cada vez maior da deslocação das pessoas em idade ativa para as áreas urbanas (mais de metade da população mundial vive em áreas urbanas) colocam, com grande pertinência, questões de origem bioética, nomeadamente a identificação dos valores que estão, efetivamente, a ser adotados e promovidos na nossa sociedade e a apreciação da sua legitimidade ética, no que diz respeito à solidão, negligência, abandono, mas também justiça distributiva, equidade e solidariedade social.

2. BIOÉTICA E SAÚDE

Para falar da bioética aplicada à saúde, é necessário relembrar o percurso histórico anterior à divulgação do próprio termo bioética: a ética médica hipocrática, a moral médica de inspiração teológica, a contribuição da filosofia moderna e a reflexão sobre os direitos do homem, sobretudo depois da segunda guerra mundial.

A ética médica hipocrática está espelhada no juramento que representa a expressão própria da cultura do seu tempo, de carácter pré-jurídico, que era, de algum modo, considerada acima da lei, pois a profissão médica estava envolvida num clima de transcendência, revestindo-se de carácter sagrado. O resultado dessa visão médica teria dado contributos substanciais para que houvesse um fundamento filosófico-teológico, a que hoje se daria o nome de paternalismo clínico, uma vez que não se tratava de defender a classe médica, mas de defender o doente através do princípio da beneficência e da não maleficência (Gracia, 2008).

Por outro lado, não se pode deixar de refletir na teologia cristã e nos seus contributos para a área da saúde. Essa contribuição começa, desde logo, com o estabelecimento do conceito de pessoa humana, considerada como um todo físico e espiritual. Durante vários séculos, a Igreja e a comunidade cristã asseguraram a prestação de cuidados, nomeadamente em relação à saúde pública, como um dever (atendendo à parábola do Bom Samaritano – Lc 10, 30-37). As diretrizes das diferentes confissões religiosas são objeto de atenta consideração, se não pelas convicções dos profissionais, pelas convicções dos utentes.

Temos, ainda, o contributo laico que se desenvolveu logo depois do processo de Nuremberga (1945-1946) onde, a propósito desses horrores nazis, foram desenvolvidas normativas, desde a Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, em 10 de dezembro de 1948) e Convenção de salvaguarda dos direitos do homem e das liberdades fundamentais (Tratado de Roma, de 4 de novembro de 1950), que contêm afirmações firmes de salvaguarda da vida e de outras liberdades civis e políticas fundamentais, até uma vastíssima série de Declarações, Convenções, Recomendações e Cartas. “Sabe-se que uma boa política exige hoje uma boa medicina, e que uma boa medicina requer uma ética sadia” (Sgreccia, 2004, p.13).

A bioética tem oferecido, por isso, subsídios teóricos e práticos para impedir que se desenvolvam conflitos de interesses a nível da administração da saúde pública. Por isso, torna-se imprescindível relembrar o que representa o sistema de saúde, visto que os seus princípios fundamentais da universalidade de cobertura, igualdade de acesso e integralidade na assistência, constituem princípios de alto teor bioético, que permitem estabelecer as bases de uma gestão moralmente legítima e socialmente aceitável.

Sabemos que a vida sofre os efeitos de uma contínua correlação entre o dado biológico individual de carácter hereditário e o ambiente ecológico e social...a saúde deve ser entendida como um equilíbrio dinâmico condicionado por quatro dimensões: a dimensão biológica ou física, a psicológica, a dimensão sócioambiental e a ética. (Sgreccia, 2004, p.13)

Limitar a liberdade individual para se ter a diminuição de doenças transmissíveis, ou racionar recursos que são sempre finitos, não corresponde, de uma forma linear, às bases filosóficas dos diferentes dilemas éticos da saúde pública, servindo apenas como linhas de recomendação.

Por isso, temos de nos consciencializar de que a superação de conflitos éticos é dinâmica e envolve uma ampla interação de necessidades, obrigações e interesses das várias entidades envolvidas: o governo, por ser o maior agente protetor e regulador, financiador e comprador; a indústria e os fornecedores, que exercem grande pressão inflacionária, para a incorporação dos seus produtos no mercado; as instituições e os profissionais da saúde, que pressionam pela atualização da sua capacidade instalada, variedade de oferta de serviços e

atualização técnico-científica; e os doentes, por exigirem, nem sempre com informação adequada e o necessário poder crítico ou de discernimento, o que se lhes apresenta como solução para o seu mal-estar.

Estes diferentes dilemas éticos recomendam que a comunidade científica se mantenha atenta e atualizada, nomeadamente à grande evolução da ciência relativamente aos inúmeros estudos apresentados.

A indústria farmacêutica visa construir remédios cada vez mais comerciáveis e com os quais possa conseguir mais lucros, enquanto não causam crescimento comercial aqueles remédios muito caros, mas que servem para o tratamento de doenças graves, embora de pouca incidência. O remédio mais ou menos eficaz para os resfriados de Inverno traz sempre mais resultado à indústria que a produção de remédios em geral que acabarão por ser usados por poucas pessoas, embora indispensáveis a elas...por outras palavras não é a saúde que orienta a farmacologia, mas ao contrário, com muita frequência, é a indústria farmacêutica que condiciona a pesquisa e a assistência médica. (Sgreccia, 2004, pp. 27-28)

A biologia e a medicina são ciências experimentais, pois seguem um método bem preciso, o experimental, proposto por G. Galilei e por R. Bacon, sendo pouco a pouco aprimoradas pelos cientistas atuais (Sgreccia, 2002).

O método experimental baseia-se num itinerário preciso cujas etapas comportam a observação dos fenómenos, a hipótese interpretativa, a verificação experimental e a avaliação do resultado da experimentação. Esse percurso metodológico tem uma validade intrínseca própria, que permite o acumular de conhecimentos que, embora possam ser positivos ou negativos, são um contributo para o investigador que, ao seguir a mesma metodologia, pode apresentar novas contribuições.

O método experimental tem, no entanto, uma limitação, que é o facto de dever forçosamente apoiar-se em dados de ordem quantitativa, suscetíveis de serem observados, computados, comparados.

A ética, neste tipo de estudos, reduz-se, muitas vezes, à fidelidade às regras da pesquisa, tendo em conta o rigor metodológico, a exatidão da comunicação dos resultados, a transparência nos procedimentos, de forma a possibilitar o controlo por parte da comunidade científica. Outras vezes, a ética é tida em conta durante a investigação e na

aplicação dos resultados. Contudo, a ética não pode e não deve limitar-se a esses códigos de honestidade.

...o método experimental é, por natureza, redutivo do real, pois considera apenas o aspeto experimental e quantitativo, enquanto o aspecto mais profundo e compreensivo, a natureza ontológica e o valor axiológico do real escapam aos procedimentos do método experimental, o momento metodológico experimental levanta a pergunta ética, mas essa pergunta exige que se ultrapasse e se interprete coerentemente o nível experimental para abraçar a complexidade e profundidade do real, bem como o seu valor. (Sgreccia, 2002, pp. 63-64)

Tal reflexão corrobora o pensamento de K. Jasper (1991), quando refere que, por si só, a ciência experimental não é capaz de interpretar nem o aspeto qualitativo da realidade, nem a sua natureza e, por si só, não pode esclarecer os próprios fins em si mesmos da ciência exata e da sua pesquisa, pois tudo exigiria que se esclarecessem os fins das atividades humanas e da própria vida humana em si e no seu contexto. Será então necessário esclarecer quem é o homem, qual o seu valor, qual o seu percurso e qual o seu destino. E quando se aborda a temática alusiva ao homem enquanto homem, vai-se à procura do que é comum a todo o homem, como seja, a sua dignidade em relação com o outro homem e com o seu ambiente.

Definitivamente, a bioética relaciona-se com a saúde como uma visão holística e integradora, pois se considerarmos a saúde pública, verificamos ser:

...totalmente insuficiente a consideração científica unilateral na abordagem do conceito de doença, de saúde, de prevenção e assim por diante. A incidência de fator pessoal, psicológico e espiritual em todo o âmbito da assistência é elemento decisivo não apenas na avaliação do bem-estar do doente, mas também na avaliação do agente sanitário. (Sgreccia, 2002, p.65)

Na saúde pública, é imprescindível a educação para a saúde, a participação inclusiva dos cidadãos e exige-se o conceito de justiça na distribuição dos recursos e na oferta de estruturas e serviços de forma equitativa e proporcional, sendo de considerar que a ética da economia e a ética da saúde são concebidas como áreas interdependentes no plano social.

Não podemos considerar a comparação de duas dimensões diferentes, como por exemplo, o gasto com uma determinada terapêutica e o valor da vida humana, que acabariam por assumir um carácter utilitarista, podendo induzir a rejeição de determinadas terapêuticas ou

tipo de assistência em função dos custos ou de um conceito de QV baseado simplesmente na avaliação de fatores biológicos ou económicos.

A saúde é um capital adquirido à nascença, sendo um direito e um dever a necessidade de criar mecanismos para a sua rentabilização, os quais devem minimizar os fatores de risco que possam conduzir à redução desse capital. Sabe-se, também, que a saúde, quer a nível individual quer a nível comunitário, reflete muitas das medidas noutros setores, sendo uma variável dependente do sistema social, económico e ambiental.

É, pois, importante observar que as condições de saúde não permitem uma avaliação satisfatória, se pensarmos nos recursos escassos e nos dilemas que no dia a dia se apresentam aos profissionais de saúde; estes princípios são tão evidentes que parece totalmente supérfluo referi-los.

Beauchamps e Childress (2001), no seu livro “*Principles of biomedical ethics*”, elaboraram uma espécie de paradigma ético voltado para quem trabalha na área da saúde, com o fim de fornecer referências prático-conceptuais que os pudesse orientar nas situações concretas do dia a dia clínico, e é fundamentado em quatro princípios e interpretado à luz de duas teorias, o utilitarismo e a deontologia *prima-facie*. Esse paradigma ético constitui a base do principialismo.

3. PRINCIPIALISMO

O centro das discussões aplicado à ética da vida analisa-a em todas as suas dimensões, tanto na sua origem como no seu desenvolvimento ou no seu fim.

A fim de se justificar determinadas práticas e posições, necessita-se de argumentos que se fundamentem em alguma teoria. A filosofia contribui, de forma muito importante, para o debate sobre as questões da bioética, pois fornece as bases para as teorias predominantes, na tentativa de fundamentar os seus argumentos. Uma dessas tentativas consiste na teoria principialista, proposta por Beauchamp e Childress (2008). De acordo com o modelo principialista, é possível a deliberação ética, na área da prestação de cuidados de saúde, mediante princípios gerais. Para estes autores, existem quatro princípios base que devem

orientar as decisões médicas: a beneficência, a não maleficência, o respeito pela autonomia e a justiça.

Depois do Relatório Belmont, elaborado pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research e publicado em 1978, na qual o modelo principialista se desenvolveu, e no qual Beauchamp participou, este, conjuntamente com Childress, publicou o livro “Princípios de Ética Biomédica” (*Principles of biomedical ethics*), usando como base os princípios daquele relatório e agregando-lhe mais um, designado por “princípio da não maleficência”, pretendendo alargar a proposta do Relatório Belmont a toda a ética biomédica. Criou-se, assim, a corrente bioética chamada principialismo, nome dado por Clouser e Gert, em 1990 (Gracia, 1998). Essa corrente é muito discutida e criticada até aos dias de hoje, mas, ao mesmo tempo, muito usada na prática profissional médica, pela sua simplicidade e facilidade, ajudando muito na solução de dilemas éticos na clínica (Beauchamp & Childress, 2002).

A conceção defendida por Beauchamp e Childress baseia-se, então, e como já referido, em quatro princípios - Respeito à Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça - como fundamentos do agir moral da ética biomédica. Uma das principais características dessa conceção refere-se ao facto de os seus princípios estarem fundamentados em teorias éticas distintas (teleológica e deontológica).

De acordo com Sgreccia (2009), o principialismo inspira-se em duas teorias éticas principais: “o Consequencialismo, apreciado por Beauchamp, em que se procuram justificar as decisões em função das suas previsíveis consequências, e a deontologia, preferida por Childress, em que se enfatiza o cumprimento de deveres ou obrigações previamente definidos, como o respeito pela dignidade humana” (p.227).

Os princípios constituem-se em guias gerais de ação, a fim de resolver dilemas morais, e permitem a formulação de regras específicas de procedimento. Estas são generalizações normativas com conteúdo e alcance mais restrito que os princípios, funcionando como normas precisas de ação que estabelecem o que deve ser feito em determinadas circunstâncias.

Fortemente influenciados pelo livro “*The Right and The Good*” de W. D. Ross, Beauchamp e Childress defendem a validade *prima facie* dos princípios. Desse modo, não há entre os princípios qualquer hierarquia, dado que, num primeiro momento, todos têm valor e devem ser respeitados. No entanto, se surgirem razões fortes que exijam a adoção de um ou outro princípio, a “infração” pode ser justificada (Beauchamp & Childress, 2008).

Ross, professor de filosofia na Universidade de Oxford e um grande estudioso de Aristóteles, parte

da análise de actos quotidianos e simples como, por exemplo, o manter ou respeitar as promessas efectuadas. Geralmente faz-se uma promessa porque se crê dever fazê-la, não porque se tenha em mente todas as suas possíveis consequências futuras, e menos ainda porque se supõe que estas venham a ser as melhores possíveis...aquilo que leva alguém a pensar cumprir as promessas é justo ou correcto é o facto de se ter comprometido a isso, não outra coisa. O correcto desse acto não depende de que dele derivem as melhores consequências possíveis. (Gracia, 2008, p.600)

Para os autores, a “moral” constitui-se nos valores adotados por uma determinada comunidade ou instituição e abrange tanto, princípios quanto regras, virtudes e direitos. Já o termo “ética” está relacionado com um estudo mais apropriado dos diferentes sistemas morais, podendo ter a vertente normativa, ao tentar justificar a adoção de um valor em detrimento de outro, e não normativa. Neste caso, ela pode ser uma ética descritiva, ao investigar a conduta moral de um certo grupo social, e meta-ética, ao analisar a linguagem, conceitos e métodos do raciocínio ético.

Os autores definem, também, os conceitos de “princípios” e “regras”; a diferença entre os termos reside na consideração de que os princípios são normas gerais de ação que permitem a formulação de regras detalhadas. Estas, por sua vez, têm uma aplicação específica, já que o seu conteúdo é mais restrito que os princípios, e referem-se a diferentes circunstâncias.

As virtudes são o objeto do segundo capítulo do livro de Beauchamp e Childress. São consideradas disposições ou hábitos para se agir de acordo com princípios, normas ou ideais morais. Um ato virtuoso pressupõe que o agente moral aja corretamente segundo um

motivo apropriado, ou seja, além de realizar uma ação correta, ele deve agir impulsionado pelas suas virtudes, as quais tornam tanto o ato, quanto o próprio motivo do ato, corretos. Percebe-se, aqui, a influência do pensamento aristotélico no tratamento das virtudes. Algumas são escolhidas como importantes na prática dos profissionais da saúde: a compaixão, o discernimento, a confiabilidade, a integridade e a consciência (*conscientiousness*), que foi acrescentada depois das críticas de que foram alvo nas primeiras edições.

Este método acaba por ser muito criticado por outras correntes de bioética, sendo uma delas a chamada liberalista, que tem como principal representante o autor H. Tristram Engelhardt, autor do livro “Fundamentos de Bioética”, onde critica indiretamente o sistema dos quatro princípios e tenta aproximar os chamados “estranhos morais”, por meio do princípio da permissão (autonomia), pois o respeito ao indivíduo é a única visão comum entre todos os grupos. E é por isso que a sua teoria de bioética se baseia fundamentalmente na autonomia (Engelhardt, 1996).

A autonomia torna-se um ponto de referência para as diferentes teorias e, às vezes, a base da própria teoria, pelo que é necessário explicar um pouco melhor o que pode ser a autonomia. Semanticamente, “autonomia” vem do grego *autonomía*, palavra formada pelo adjetivo pronominal *autos* - que significa ao mesmo tempo “o mesmo”, “ele mesmo” e “por si mesmo” -, e *nomos* - que significa “lei do compartilhar”, “instituição”, “uso”, “lei”, “convenção”. Nesse sentido, autonomia significa a competência humana em “dar-se suas próprias leis” (Segre, Silva & Schramm, 1998).

Vários filósofos analisaram a autonomia, mas os dois conceitos filosóficos da autonomia que mais influenciam os estudiosos de bioética, foram os de Kant e Stuart Mill. Na vontade Kantiana, subentende-se a racionalidade do ato, mas a decisão de fazê-lo de forma autónoma ou heterónoma provém da liberdade, que é uma condição do ser humano, de carácter transcendental. O outro grande propulsor do princípio da autonomia foi o utilitarista inglês J. S. Mill, que falava de “liberdade” para se referir ao que Kant chamou “autonomia” (Kottow, 1995).

O livro de Beauchamp e Childress, dedicando-se, na realidade, à ética médica, de uma forma geral, acabou por ser um dos mais importantes livros de bioética. “Todas as outras teorias foram construídas até os dias de hoje em diálogo com esta, a favor ou contra ela” (Gracia, 1998, p.90). Nesta obra, os autores referem os quatro princípios básicos para a ética biomédica. São eles: o Princípio de Respeito à Autonomia, o da Não Maleficência, o da Beneficência e o da Justiça. Assim, “...eles são tomados tal como enunciados, tal como encontrados na moral social comum” (Durant, 2003, p.51). Os autores têm a intenção de desenvolver um mecanismo que ajude na tomada de decisões morais entre as diferentes comunidades, não sendo relevante qual a corrente ética a que pertençam, criando um método prático de ajuda (Beauchamp & Childress, 2002).

De acordo com W. Ross, devemos procurar o melhor dever, encontrando “o maior equilíbrio” do justo sobre o injusto em cada contexto concreto. Este autor introduz, então, a sua distinção fundamental entre deveres *prima facie* e deveres efetivos: o “dever *prima facie*” é um dever que exige o seu cumprimento, a não ser que entre em conflito com um dever igual ou mais forte (Beauchamp & Mccullough, 1987). O que quer dizer que eles não possuem, na sua estrutura, uma ordem de importância ou de grau, evitando-se, assim, normas absolutas, rígidas, prevalecendo iguais em todos os casos (Beauchamp & Childress, 2002).

Os deveres *prima facie* existem por vários motivos: (i) alguns são consequência de actos prévios do sujeito (dever de fidelidade e/ou dever de reparação); (ii) outros são consequência de atos prévios de outros indivíduos (gratidão); (iii) outros baseiam-se na possibilidade de que a distribuição dos bens sociais não se realize de acordo com os méritos das pessoas implicadas (Justiça); (iv) outros fundam-se no facto de podermos melhorar a condição das pessoas (beneficência); (v) outros são relativos à promoção de nós mesmos (autoaperfeiçoamento); (vi) e, por fim, o dever de não causar dano a outrem (não maleficência) (Gracia, 2008).

Uma das características da teoria de Beauchamp e Childress consiste na união de princípios caracterizados como teleológicos e deontológicos. Os autores do principialismo possuem convicções éticas e filosóficas distintas. Beauchamp é utilitarista e Childress é

deontologista, como já observado. Apesar dessa divergência no campo teórico, eles entendem que, na prática, haveria uma coincidência entre as normas adotadas para realizar uma determinada ação.

Tal como já referido anteriormente, para estes autores, os princípios possuem um carácter *prima facie*, devido à influência, principalmente, da obra “*The right and the good*” de W.D. Ross. Desse modo, a validade dos princípios, à luz desse carácter, faz com que estes sejam igualmente considerados num primeiro momento ou numa primeira consideração, mas permite que possam ser abandonados em função de outros deveres, supostamente mais fortes e que se mostrem necessários diante de determinados conflitos morais. Assim, não há entre os princípios qualquer tipo de hierarquia. Consequentemente, o dever de agir conforme um ou outro princípio será determinado pelo exame daquilo que é certo ou errado na circunstância em que o indivíduo se encontra.

A) O princípio da autonomia

Respeitar a autonomia de uma pessoa implica reconhecer o direito de ela ter as suas próprias concepções, de fazer as suas escolhas, bem como de agir de acordo com as suas crenças ou valores. É por isso que respeitar a autonomia não significa somente não intervir nas escolhas dos indivíduos, mas também propiciar as condições para que o indivíduo possa tomar as suas decisões de forma autónoma, embora esclarecida. O respeito pela autonomia é, portanto, uma ação que se dá quando o direito à autonomia das pessoas é assegurado, reconhecido e promovido. Este princípio não admite exceções e deve ser especificado em contextos particulares para que as regras dele derivadas possam ser guias de conduta que garantam às pessoas o direito à intimidade e ao consentimento informado. Este princípio exige que o indivíduo seja respeitado e receba informações que o auxiliem na tomada de decisão; é aqui que o profissional de saúde deve fazer com que o indivíduo, além de receber informações, compreenda o que lhe é dito de forma a poder decidir livremente. Este princípio possibilita a seriação de várias regras que poderão, elas próprias, ser *prima facies*, por exemplo: “dizer sempre a verdade”, “respeitar a intimidade das pessoas”, “proteger a informação confidencial”... Este princípio implica o respeito pelo direito do indivíduo de se expressar e agir de acordo com a sua vontade, desde que não

haja prejuízo para terceiros, não sendo, por isso, ilimitado; ele pode ser legitimamente restringido pelo respeito a outros valores consubstanciados noutros princípios. A sua radical observância acabaria por suscitar outros problemas éticos. Flecha (2005), na sua obra “La fuente de la vida – Manual de Bioética”, refere que “...las responsabilidades morales há de conjugarse necesariamente com otras referencias inescusables a la alteridade y la responsabilidad” (p.62), isto é: o princípio da autonomia há-de conjugar-se necessariamente com outras referências que devem ser, obrigatoriamente, equacionadas com a alteridade e a responsabilidade. Daí a necessidade deste princípio interagir com outros que contemplem a observância de diferentes valores.

A autonomia não se confunde com o individualismo, porque ela não contradiz a autoridade nem a obediência à norma social. O que se pretende realçar e afirmar é que o respeito pela autonomia das pessoas, como agentes morais capazes de decisões informadas, é fundamental no diálogo bioético.

Childress começa por definir o que seria a autonomia para um indivíduo qualquer: a gestão pessoal do eu que é livre de inferências controladoras por parte de outros, como limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada (Beauchamp & Childress, 2002).

Childress focaliza a autonomia no seu conceito mais puro, baseado na livre escolha do indivíduo, sem que este sofra qualquer tipo de coerção ou influência externa a ele mesmo.

Ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo. Respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve a ação respeitosa, e não meramente uma atitude respeitosa. (Beauchamp & Childress, 2002, p.142)

Um desrespeito seria vedar aos outros indivíduos a possibilidade de agir ou pensar conforme queiram. Seria, neste caso, negar a igualdade entre as pessoas, impondo convicções ou valores.

O princípio de respeito à autonomia pode ser estabelecido na forma negativa, da seguinte maneira: as ações autónomas não devem estar sujeitas a pressões controladoras de outros. O princípio exige uma obrigação ampla e abstrata, livre de conclusões restritivas, tais

como: devemos respeitar as opiniões e os direitos dos indivíduos desde que os seus pensamentos e ações não prejudiquem outras pessoas seriamente. O direito de autodeterminação, que sustenta vários direitos de autonomia, incluindo os de confidencialidade e privacidade, é correlato a essa obrigação (Beauchamp & Childress, 2002). Esse princípio baseia-se diretamente na concepção de respeito à autonomia, de Kant e de Stuart Mill. Mesmo estes dois filósofos, tendo filosofias bastante distintas, apoiam o respeito à autonomia (Beauchamp & Childress, 2002). O imperativo prático será, então: age de tal modo que a tua ação possa ser transformada, mercê da tua vontade numa lei universal sempre como um fim, nunca somente como um meio (Kant, 2001).

Em Beauchamp, o princípio do respeito à autonomia, é considerado *prima facie* obrigatório; no entanto, não passa de um princípio a mais na referida teoria, pois não possui nenhuma prioridade clara, trabalhando conjuntamente com os outros princípios (não maleficência, beneficência e justiça) (Beauchamp & Childress, 2008).

No princípio de respeito à autonomia, Beauchamp considera que qualquer pessoa é detentora do direito de usufruir desta autonomia em graus compatíveis com a sua condição. Por exemplo, uma criança tem o direito de que seja respeitada a sua autonomia, se a decisão em causa não for de muita importância. Qualquer pessoa tem o direito de ser respeitada na sua autonomia, mas algumas têm este direito limitado; é a chamada autonomia restringida. Nesta situação, a falta de autonomia de alguns sujeitos não é motivo para que se permitam certas ações contra eles, pois o princípio de mais peso poderá não ser o do respeito pela autonomia, garantindo-se, assim, a proteção de sujeitos com autonomia restringida ou nula (Beauchamp & Childress, 2008).

Na teoria de Beauchamp, a autonomia do sujeito ou desaparece, dando lugar a outros princípios, ou se mantém, mas sempre em conformidade com outros princípios. Esta teoria supõe a oscilação entre dois pólos: o paternalismo de um lado e a autonomia do outro, e torna-se muito difícil, em alguns casos, determinar onde acaba a autonomia e onde começa o paternalismo.

No princípio de Beauchamp, pode notar-se uma forte referência ao princípio da autonomia trazido pelo Relatório Belmont, que teve grande influência no seu trabalho, pois este relatório já tinha o que seria um esboço mais ou menos acabado deste princípio.

Respeito pelas pessoas: o respeito pelas pessoas incorpora ao menos duas convicções éticas; primeira, aqueles indivíduos que devem ser tratados como agentes autônomos, e segundo, aquelas pessoas para as quais se deve garantir a proteção por possuírem a autonomia diminuída. O princípio de respeito para com as pessoas tem duas implicações morais: a de reconhecer a autonomia e a de proteger aquelas com a autonomia diminuída. (Beauchamp & Childress, 2002, p.325)

É por se basear nesse relatório e não esclarecer por completo a definição dos princípios citados no livro “Princípios de Ética Biomédica”, que muitos críticos veem esta teoria como errada ou carente de fundamentação. Na teoria de Beauchamp, não existe uma prioridade visível, por se basear na autonomia do Relatório Belmont e nos princípios *prima facie* obrigatórios de Ross.

Nem sempre a autonomia deve prevalecer, quando está em causa, por exemplo, a saúde pública, interferindo sobre a autonomia individual, amenizando alguns conflitos morais, fazendo com que as decisões tomadas de acordo com esta teoria sejam muito mais corretas do ponto de vista moral, porque pensa no sujeito como um ser autônomo que participa no mundo e que não pode viver baseado somente em si mesmo. Os outros princípios da teoria principialista fazem com que o sujeito encontre algo mais que não seja somente ele mesmo.

B) O princípio da não maleficência

O princípio da não maleficência está intimamente ligado à máxima “*Primum non nocere*” (“em primeiro lugar não causar dano”). Este princípio possui uma longa tradição na ética médica, pois tem as suas origens no Juramento de Hipócrates seguido por todos os médicos. Dessa forma, apresenta-se como um princípio de relevância na prática moral, especialmente na biomédica, já que serve de orientação real e efetiva na atividade clínica.

Segundo Beauchamp e Childress (2002), é reconhecido por diferentes teorias éticas, sejam elas de modelo utilitarista ou não. Embora muitos tendam a considerar que o princípio da

não maleficência e o da beneficência poderiam fundir-se num só, estes autores discordam, pois as implicações de um e de outro diferem num e noutra princípio, pelo que não devem ser um único princípio.

No principialismo, o dever de não causar qualquer dano parece ter maior peso moral do que o imperativo de beneficência: deve primeiro prevenir-se um dano para, depois, promover um bem.

Este princípio é elaborado de forma a seguir o critério positivista onde se enuncia a necessidade de não causar dano ou mal (Beauchamp & Childress, 2002), derivando dele várias regras, como por exemplo: “não matarás”, “não ofenderás”. Pode, assim, verificar-se que, embora pareçam ter o mesmo alcance, os dois princípios diferem principalmente nas diferentes regras que os complementam.

Entretanto, isso não significa que o princípio da não maleficência tenha mais valor do que o da beneficência, dado o carácter *prima facie* de ambos.

Neste mundo complexo em que vivemos, as situações de duplo efeito são frequentíssimas. Não admira, portanto, que haja autores que incluam a não maleficência no princípio da beneficência, exigindo, contudo, que se faça a ponderação entre o bem e o mal (os benefícios e os danos). Seja como for, é inegável que ambos estão intimamente ligados, devendo, naturalmente, ser ponderados conjuntamente.

C) O princípio da beneficência

Enquanto um ato beneficente pode ser classificado como aquele que proporciona um bem a alguém, o princípio da beneficência tem um carácter imperativo, expressando uma obrigação moral de agir em benefício do indivíduo. Este princípio é apresentado através de duas permissas, que consistem na beneficência positiva e na sua utilidade. A ação deve ser ponderada de acordo com as suas consequências. Daí a necessidade de se fazer a avaliação tanto dos benefícios como dos riscos e dos custos, não devendo esta ser alargada à ponderação de outro tipo de obrigações.

As regras de beneficência apresentam normas positivas de ação que raramente são passíveis de punição legal quando não cumpridas, diferindo, portanto, das regras da não maleficência, que têm um carácter proibitivo, exigem imparcialidade dos agentes e possibilitam sanções legais.

Ao longo da história, a assunção deste princípio implicou uma certa perda ou restrição da autonomia das pessoas. A esta beneficência sem autonomia deu-se o nome de paternalismo, característica essencial do código hipocrático. Contudo, há situações em que a defesa da dignidade da pessoa exige intervenções que às vezes parecem um obstáculo à autonomia do indivíduo. José Ramon Flecha lembra a Convenção dos Direitos Humanos e da biomedicina: “Quando, devido a uma situação de urgência, não possa obter-se o consentimento adequado, poderá proceder-se imediatamente a qualquer intervenção indispensável do ponto de vista médico a favor da saúde da pessoa afectada” (Flecha, 2005, p.63). Todavia, devem observar-se os desejos do indivíduo expressos antes da sua impossibilidade de os manifestar. Coloca-se aqui a questão do melhor interesse, pois há que contar com os valores pessoais, enquanto sujeito inscrito num determinado contexto cultural.

D) O princípio da justiça

O termo “justiça” é interpretado na obra de Beauchamp e Childress (2002) a partir da justiça distributiva e relaciona-se com a distribuição igual, equitativa e apropriada, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social.

Como a distribuição de meios na sociedade acontece muitas vezes em função da escassez de recursos, não é possível contemplar todas as pessoas. Assim, a justiça distributiva também tem um papel de compensação, uma vez que serve de critério para distinguir as ações injustas, que podem ser consideradas aquelas que causam prejuízos às pessoas, na medida em que negam os benefícios aos quais elas têm direito, das ações justas, que se referem aos atos que respeitam os direitos individuais.

Beauchamp e Childress (2002), defendem um conceito de justiça intimamente ligado à distribuição igual, equitativa e apropriada na sociedade. O princípio da justiça formal parte

do princípio de que os iguais devem ser tratados de forma igual e os desiguais devem ser tratados de forma desigual, princípio já formulado por Aristóteles. Assim, todos deveriam ter o direito a um mesmo nível de atendimento. Porém, quando isso não é possível, torna-se necessário definir o alcance da igualdade, o que parece muito difícil. A igualdade, afigura-se, então, como um conceito formal que, na prática, não pode ser especificado se não for teoricamente bem definido, podendo resultar na prática de ações injustas. Os autores não definem qual o critério que consideram mais apropriado, mas parece plausível aceitar que a adoção de um único critério não deva ser feita. Ainda que fossem considerados critérios *prima facie*, haveria uma indeterminação em relação às circunstâncias em que cada critério deveria ser aplicado e qual deveria ser escolhido, quando houvesse conflito. Essa é uma das razões pelas quais os autores defendem que os princípios abstratos, se não forem tomados a partir de uma concepção teórica, pouco ajudam para distinguir as ações justas das ações injustas.

Tendo em conta as dificuldades colocadas pela diversidade de interpretações do conceito de justiça, podemos sempre vincular-nos à ideia de que,

...o regresso às virtudes humanas tradicionais, a uma ética pessoal sem falhas e a normas deontológicas claras e atualizadas, parece ser o melhor guia para o médico decidir bem quando presta cuidados como funcionário no serviço nacional de saúde e tem de se confrontar com restrições financeiras e técnicas. (Serrão, 1998, p.160)

De todos os princípios éticos tradicionais, o da justiça reveste-se de particular importância para se ajuizar sobre o humanismo existente nos cuidados de saúde e do seu suporte legal. Justiça e equidade são, pois, um dever de cidadania, um direito fundamental e um imperativo ético coletivo.

3.1. Método, justificação e verdade

A justificação na moralidade sobressai quando se deseja demonstrar que estamos a justificar uma crença moral, ou seja, quando é preciso tornar explícitos os fundamentos subjacentes a esta crença. Como referem Beauchamp e Childress (2002), nem todas as razões são boas razões, e nem todas as razões boas são suficientes para uma boa justificação. É preciso que tais razões sejam, além de relevantes, adequadas.

Beauchamp e Childress (2002), expõem três modelos de justificação que consideram instrutivos e influentes para a teoria ética: o dedutivismo, o indutivismo e o coerentismo. O primeiro modelo, também chamado pelos autores de “modelo do preceito de abrangência”, afirma que julgamentos morais justificados são deduzidos de um esquema teórico preexistente de preceitos normativos que abarcam o julgamento. De acordo com Beauchamp e Childress (2002), no dedutivismo, o julgamento moral é a aplicação de uma regra a um caso claro que se enquadra na regra: é a aplicação de cima para baixo de preceitos gerais. Contudo, os mesmos autores rejeitam esse modelo por considerarem que as crenças morais provêm tanto de generalizações de elementos particulares da experiência, quanto de julgamentos feitos em circunstâncias particulares, recorrendo-se a preceitos gerais.

Ao rejeitar o dedutivismo devido ao seu carácter simplista, Beauchamp e Childress (2002) expõem o método indutivista, ou “modelo do caso individual”. Os autores afirmam que esse modelo, no âmbito da moralidade tem como ponto de partida os casos particulares que são generalizados até às normas. Tal método também utiliza consensos e práticas sociais já existentes e enfatiza o papel dos julgamentos particulares e contextuais como uma parte da evolução da vida moral. Para Beauchamp e Childress (2002), este método também não é satisfatório.

Há certa obscuridade no que se refere ao papel da experiência particular e do julgamento individual. Todavia, Beauchamp e Childress (2002) não desqualificam completamente os dois métodos. Com efeito, os autores ressaltam que o indutivismo é válido por enfatizar com justiça que a história e a filosofia não produzem sistemas estáticos de normas morais, e que decisões implicam ponderação. Com relação ao dedutivismo, afirmam que uma vez que se tenha um corpo de diretrizes gerais completamente estabelecido (ainda que não necessariamente sob forma definitiva), os julgamentos morais são, muitas vezes, fundamentados por recurso direto a essas diretrizes gerais. Através dessas colocações, os autores sustentam que os rótulos conduzem ao perigo de se rejeitar uma boa teoria de justificação moral - torna-se necessário procurar o equilíbrio entre as visões, tarefa que os autores atribuem ao próximo método a ser exposto: o coerentismo.

Beauchamp e Childress (2002), referem que este não é um método nem de baixo para cima, nem de cima para baixo - move-se em ambas as direções. Baseando-se em Rawls (1971), Beauchamp e Childress (2002) certificam que uma teoria ética tem início com os “nossos juízos ponderados” – convicções morais nas quais se tem a maior confiança e relativamente aos quais se acredita terem o menor grau de tendenciosidade: juízos onde, como salienta Rawls (1971), as capacidades morais têm maior probabilidade de se manifestarem sem alteração.

Contudo, Rawls (1993) adverte que mesmo os juízos ponderados, que se aceitam provisoriamente como pacíficos, são também passíveis de revisão. O objetivo do equilíbrio reflexivo é comparar, restringir e ajustar os juízos ponderados, a fim de que eles coincidam e se tornem coerentes com as premissas da teoria. No equilíbrio reflexivo, ressaltam Beauchamp e Childress (2002), começa-se com juízos morais paradigmáticos (ponderados) sobre o que é correto e o que é errado e então constrói-se uma teoria mais geral, consistente com tais juízos paradigmáticos (do modo mais coerente possível).

Beauchamp e Childress (2002), destacam que a coerência e o equilíbrio reflexivo não são alcançados meramente por uma ausência de incoerências em um sistema. A coerência seria função do desenvolvimento posterior e do apoio mútuo entre as normas.

O principal benefício de adotar o equilíbrio reflexivo numa teoria coerentista reside, conforme Beauchamp e Childress (2002), na busca interminável de falhas de coerência, contra exemplos de crenças e situações novas. Além disso, uma grande vantagem do equilíbrio reflexivo consiste em proteger os agentes contra o perigo dos preconceitos e dos juízos morais meramente intuitivos, pois a teoria e a prática têm uma relação de reciprocidade, a qual é mutuamente cerceadora.

Ao utilizar o raciocínio do equilíbrio reflexivo, Beauchamp e Childress (2002) defendem que uma teoria moral adequada aos objetivos de uma ética biomédica deve estar baseada num coerentismo de princípios. Através de uma estratégia dialética, os autores procuram coerência entre julgamentos particulares e gerais. Pensar que os princípios não são extraídos dos casos, mas apenas aplicados a estes, consiste num erro, afirmam Beauchamp e Childress (2002). Contudo, os autores assumem que a coerência pode ser um critério

insuficiente de justificação, quando se considera o conhecimento moral e a verdade. Citam o exemplo da Doutrina Ética dos Piratas¹¹, perfeitamente coerente, no entanto, flagrantemente imoral.

Para que uma teoria coerente seja uma teoria moral e não apenas uma tábua de regras coerentes sobre comportamentos, são necessárias algumas condições. Primeiramente, é preciso partir de juízos ponderados, que sejam convicções morais firmes, inerentes a uma ética expandida, e tornar a rede moral consistente, testando e revisando essas convicções. De acordo com Beauchamp e Childress (2002), na ética, como em qualquer outra área, principia-se com um conjunto particular de crenças – o conjunto dos juízos ponderados, também chamados normas autoevidentes ou intuições plausíveis.

Só se pode falar de crenças de uma forma comparativa, condicionada por evidências e pelo grau de coerência. Por isso, Beauchamp e Childress (2002) assumem que a coerência é condição central da justificação moral, mas não a única; além disso, não deve ser aceite sem algumas ressalvas.

Ao adotarem o modelo de investigação científica de busca da verdade como ideal, os autores tentam estendê-lo à moralidade e à busca por uma pretensa verdade moral. Contudo, Beauchamp e Childress não explicitam como poderia o método científico ser efetivamente aplicado à moralidade. Isso acontece precisamente porque os autores não acreditam ser possível atribuir valor de verdade às asserções morais e trabalhar com as mesmas como se fossem proposições, tal como ocorre na ciência. Isto fica claro quando afirmam: “é duvidoso que as asserções morais tenham valores de verdade e que a verdade seja uma categoria que deva figurar na teoria moral” (Beauchamp & Childress, 2002, p.44).

Beauchamp e Childress (2002) finalizam a sua breve análise acerca da relação entre coerência e verdade, constatando que não fazem uma explanação tão ampla que permita relacionar “justificação” com “verdade” no seu livro. Considerar-se-iam satisfeitos por

¹¹ “Formada no interior de uma irmandade democrática de saqueadores por volta de 1640, a doutrina dos piratas é um conjunto de regras coerente e cuidadosamente delineado, que regula a assistência mútua em emergências, as penalidades para atos proibidos, a distribuição de pilhagens, as formas de comunicação, as compensações por danos e os tribunais de honra para resolver disputas” (Beauchamp & Childress, 2002, pp.40-41).

poderem concluir que a justificação pela coerência ocorre com sucesso na ética e ambos insistem no uso da expressão “crença moral”. A questão fica, todavia, em aberto.

3.2. Ponderação de princípios na resolução de conflitos morais

Após ter realizado a exposição acerca do modelo da coerência e as suas diversas implicações para a justificação ética, Beauchamp e Childress (2002) desenvolvem os métodos da especificação e da ponderação de princípios. O objetivo é traçar estratégias para a solução de problemas morais e para o evitamento de conflitos insolúveis. É de salientar o uso da expressão “conflitos insolúveis”, já que alguns autores, na sua maioria os que recusam os diferendos morais, defendem que somente os insolúveis deveriam ser considerados “verdadeiros” conflitos.

Os conflitos morais insolúveis requerem critérios que não vinculem o agente a uma vertente específica do(s) problema(s), mas antes que o impulsionem à sua resolução. Por outras palavras: “o agente deve agir, e não ficar parado, não interessa o lado que escolha”. Dessa forma, parece admissível que Beauchamp e Childress (2002) procurem formas de “evitamento” de conflitos morais insolúveis, pois os autores sabem que, uma vez que estes venham a ocorrer, os parâmetros ditados pelos seus métodos de pouco valerão. Por isso, é permitido afirmar, nesse ponto, que os métodos de ponderação e especificação servem para solucionar casos de conflitos morais solúveis sendo, também, eficazes para ultrapassar conflitos insolúveis.

A especificação sugerida por Beauchamp e Childress (2002) almeja desenvolver e enriquecer a sua proposta de uma ética por princípios, pois estes não podem engendrar um formalismo vazio, devem ter conteúdo suficiente, uma especificidade adequada. Por exemplo, os princípios clássicos da bioética da “não maleficência” e da “beneficência” devem considerar a eficiência, as regras institucionais e a aceitação por parte dos utentes.

A especificação, enquanto método, deve estar indissolivelmente vinculada a um modelo mais amplo de coerência que recorra a julgamentos ponderados e à coerência global introduzida por uma especificação proposta, asseguram Beauchamp e Childress (2002).

Os autores reconhecem que a vida moral será sempre assolada por conflitos contingentes que não poderão ser eliminados. O método da especificação apresentado por Beauchamp e Childress (2002) deve ser pensado como algo que auxilie a solucionar problemas na maioria dos casos, mas jamais os poderá resolver a todos.

A ponderação é o segundo método proposto por Beauchamp e Childress (2002). Enquanto a especificação promove um desenvolvimento substantivo da significação e do propósito das normas, a ponderação delibera e formula juízos acerca dos pesos relativos das normas. É inevitável, portanto, não fazer uso das obrigações *prima facie* de Ross, sabendo que é impossível ponderar com normas absolutas. Beauchamp e Childress (2002) mantêm a opinião de que o agente deve procurar o melhor equilíbrio entre o certo e errado, considerando as suas obrigações apenas *prima facie*.

Entretanto, é importante ressaltar que a ponderação só será um processo de justificação se as razões apresentadas pelo agente forem adequadas. Cabem, aqui, algumas observações acerca do pensamento principialista de Beauchamp e Childress (2002). A busca árdua por uma ferramenta eficaz para a tomada de decisão na ética biomédica parece nortear todo o pensamento dos autores, que se vinculam a uma especificação e ponderação de princípios capazes de solucionar uma enorme gama de problemas. Contudo, como eles mesmos afirmam, os seus métodos não são automáticos nem onnipotentes, pois admitem o facto de existirem casos de conflitos morais insolúveis, apesar de o tentarem evitar de todas as formas. Entretanto, concordam que estes podem ser inevitáveis, e nessa ocasião o seu principialismo não oferece resolução.

Essa atitude reflete o posicionamento normativo dos autores com relativa precisão. Além de principialistas, pode afirmar-se que Beauchamp e Childress (2002) são também racionalistas, pelo facto de que os autores não sabem ao certo que lugar deveriam ocupar as emoções no seu sistema. Apenas sustentam que incorporarão à sua teoria categorias como as virtudes, os direitos e as emoções no seu devido tempo (Beauchamp & Childress, 2002). Além disso, afirmam que a prioridade dos princípios e das regras é indispensável e fundamental na tarefa de fornecer diretrizes para ação no âmbito da ética biomédica.

O modelo da coerência permite uma grande maleabilidade de ação na aplicação dos princípios que, inspirada no equilíbrio reflexivo de Rawls (1971), proporciona maior segurança ao evitar, tanto quanto possível, juízos morais arbitrários e subjetivos.

3.3. Insuficiências da principiologia tradicional

A teoria principialista de Beauchamp e Childress está sujeita a inúmeras críticas desde a sua concepção, sendo as principais referentes às bases que a sustentam e à dificuldade de explicar as razões pelas quais se escolhem os princípios aplicados à bioética.

A justificação dada pelos autores, baseada nas noções de moralidade comum, equilíbrio reflexivo e coerência, parece sustentar que os princípios eleitos devem ser, de certa forma, princípios que concordem com as nossas intuições morais.

Os quatro princípios assumidos na teoria são escolhidos a partir de noções intuitivas que são confrontadas com outras noções morais.

Segundo Rawls, o principialismo não tem critérios para se dizer qual o princípio que deve ser escolhido, nem permite avaliar qual o melhor entre os princípios concorrentes:

...têm, então, duas características. Primeiro, consistem numa pluralidade de princípios que podem chocar-se e apontar directrizes contrárias em certos casos; segundo, não incluem nenhum método específico, nenhuma regra de prioridade, para avaliar esses princípios e compará-los entre si: precisamos simplesmente atingir um equilíbrio pela intuição, pelo que nos parece aproximar-se mais do que é justo. (Rawls, 2002, p.36)

A falta de critérios que caracteriza a base intuicionista adotada pelo principialismo torna-o frágil, na medida em que o impossibilita de justificar, não os seus princípios mas a adesão a eles e não a outros. A necessidade de haver quatro princípios também pode ser colocada em causa, tal como fez, por exemplo, Engelhardt, que defende apenas uma abordagem tendo em conta dois princípios, o do consentimento e o da beneficência. Na primeira versão do principialismo proposta pelo Relatório Belmont em 1978, este só apresentava três princípios: o princípio do respeito pela pessoa humana, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

A divisão adotada por Beauchamp e Childress, segundo alguns autores já anteriormente referidos, parece ir contra os propósitos da própria teoria, que pretende ser simples e clara, na medida em que as regras derivadas do princípio da não maleficência, poderiam ser reunidas apenas num, através de uma especificação e descrição detalhada do seu alcance.

Além disso, poderia ser ponderada a incorporação na teoria de um outro princípio que atendesse às novas perspectivas da biotecnologia e complementasse a conceção principialista, uma vez que a resolução de alguns avanços da biotecnologia não conseguem solucionar cabalmente as situações, sem que outros princípios sejam incorporados à sua teoria, constituindo essa possibilidade um dos méritos deste estudo.

...o principialismo na bioética desfrutou sempre do maior prestígio e, mesmo hoje, apesar de ser alvo de críticas, continua sendo o paradigma predominante na bioética, devido sobretudo ao seu carácter aberto, capaz de incorporar outros princípios além dos quatro mencionados. Além disso, outra razão para a aceitabilidade da bioética principialista reside na clareza da formulação dos princípios e na plausibilidade dos mesmos. Não é portanto de estranhar que a bioética principialista tenha adquirido o estatuto de um paradigma. (Beauchamp & Childress, 2001, p.115)

Por outro lado, a falta de uma formulação do princípio da justiça fragiliza a teoria, já que a possibilidade de oscilar perante os diferentes princípios frente aos dilemas morais, devido ao carácter *prima facie* que possuem, e que pode ser considerado um dos seus méritos, pressupõe que os princípios sejam claramente expostos para que se possa avaliar e decidir pela melhor ação a ser realizada. Para ser viável, seria necessário o conhecimento dos princípios e das regras deles derivados, portanto, o princípio da justiça deveria ter sido alvo de uma abordagem mais profunda, mais explícita, na sua obra, pelo que uma das críticas apontadas é a de que o principialismo falha na sua própria estrutura e torna difícil a aplicação correta dos princípios assumidos.

Para Levinas (2000), “a justiça consiste em reconhecer em outrem o meu mestre. A igualdade entre pessoas nada significa por si mesma” (p.59).

O homem é um ser demasiado complexo, pelo que são muitos e variados os aspetos que caracterizam e determinam a pessoa humana. A observância absoluta de todos os preceitos

da principiologia tradicional é, segundo diversos autores, manifestamente insuficiente para responder a todas as particularidades e necessidades do homem.

Não há dúvida que eles constituem um instrumento prático de examinar e resolver algumas situações, contudo, é necessário ter consciência dos seus limites.

Para o personalismo ético, o principialismo é “...um modelo de aplicação burocrática e mecânica dos quatro princípios: uma teoria sem alma, sem interioridade e, sobretudo, sem transcendência” (Sgreccia, 2002, p.166).

Este autor refere que:

...é necessária uma sistematização e uma hierarquização com o fim de harmonizar e unificar o seu significado. É por isso que, se relemos esses princípios de acordo com uma conexão hierárquica (ontologicamente fundamentada), reaparecerá sua validade, bem como seu sentido. Do princípio de benéfico, passar-se-á ao princípio de autonomia e, depois, ao da justiça (no caso de surgimento de um conflito na aplicação do princípio precedente). (Sgreccia, 2002, p.167)

Para Sgreccia (2002), os princípios fornecem indicações gerais de comportamento, mas é o valor ético do bem da pessoa como fim último a ser atingido que confere o sentido à ação.

Na quarta edição do livro de Beauchamps e Childress (2002), (como uma resposta às críticas), introduziu-se um acréscimo de condições para se aplicar o método dos princípios, tentando, assim, evitar a dificuldade no processo de ponderação, considerado muito intuitivo para que se pudesse justificar a infração de algum dos princípios.

- 1) Podem ser oferecidas razões melhores para agir de acordo com a norma prioritária do que com a norma que está a ser violada (por exemplo, se certas pessoas têm um direito, os seus interesses merecem um lugar especial ao serem ponderados contra os interesses de pessoas que não possuem um direito equivalente);
- 2) O objetivo moral de justificar a infração possui uma expectativa realista de ser alcançado;
- 3) Não se pode substituir o ato por nenhuma alternativa moralmente preferível;

- 4) A forma de infração escolhida é a menor possível, comparada com a obtenção do objetivo primordial da ação;
- 5) O agente procura minimizar os efeitos negativos da infração.

As condições apresentadas são como uma ajuda para decidir que princípio deve prevalecer. Assim, estas condições serviriam para um uso posterior ao da identificação dos princípios que estão presentes ou em conflito. A intenção dos autores não é a criação de um sistema perfeito que resolva qualquer dilema moral existente; a ideia é que sirva de ajuda nos dilemas morais (Beauchamp & Childress, 2002).

3.4. As virtudes na teoria bioética principialista

Apesar da predominância do principialismo, existem outras teorias que pretendem fornecer as bases do agir moral na ética biomédica, como é o caso da ética das virtudes. Essa teoria chama a atenção para o facto de conter argumentos fortes e de se apoiar na tradição aristotélica, sustentando, basicamente que não são os princípios, mas o carácter virtuoso dos agentes executores das ações que tornam possível em última instância, a moralidade destas.

Sob o ponto de vista das virtudes, enumeramos a competência científico-profissional, a consciência dos valores, a coerência no comportamento e na colaboração. É no momento operativo que se desenvolve a vida ética e se realizam os valores. O que é importante reter é que a operacionalidade da ação, quando conduzida de acordo com a coerência entre a competência específica e a consciência dos valores, torna ética, em primeiro lugar, a ação por si só, mas contribui para o enriquecimento quer do profissional, quer do doente, quer ainda da comunidade onde este está ou estará envolvido.

As dificuldades com as quais se depara o principialismo prende-se com o conflito que existe entre princípios diante de um dilema moral ou em relação à sua correta aplicação, atendendo à característica *prima facie* (ausência de hierarquia), não podendo, por isso, tornar um ato, só por si, moralmente correto.

São os próprios autores do principlismo (Beauchamp & Childress, 2001) que afirmam: “frequentemente, o que mais conta na vida moral não é a adesão consistente aos princípios e regras, mas um carácter confiável, um bom senso moral e uma responsividade emocional” (p.26). Tendo em conta que os autores referem que os nossos sentimentos e preocupações pelos outros não raras vezes nos levam a agir de forma diferente das regras pré estabelecidas, não podemos limitar a nossa ação a princípios e regras, pois há circunstâncias em que mais importante do que segui-las é ser-se um agente virtuoso, dado que a aplicação de um determinado princípio depende sempre das virtudes do profissional, como, por exemplo, da prudência.

Para Pellegrino e Thomasma (1988), o fim da medicina não é apenas o restabelecimento da saúde, do corpo, mas também a saúde psicológica e social. É nesse sentido que o profissional de saúde deve, também, procurar que o indivíduo retome a sua autonomia o mais precoce e eficazmente possível. Por essa razão, as diferentes atribuições de valores permitem compreender que existem diferentes tipos de bem, alguns mais importantes do que outros, permitindo, assim, hierarquizar os bens, de forma a evitar conflitos éticos na prática. A saúde incorpora, assim, outros valores, na medida em que há um conceito de bem inerente a ela, o qual interage com outros valores exteriores à prática meramente clínica.

Segundo Pellegrino e Thomasma (1988), o alvo da relação assistencial não é apenas chegar a um diagnóstico, testar uma hipótese ou avaliar a eficácia de um tratamento. Mesmo a saúde pública tem por objetivo a melhoria da saúde e a prevenção da doença das populações, o que, em última análise, irá beneficiar seres humanos individuais.

Relativamente ao facto de a teoria abordada por Pellegrino (2003) no livro “*A Philosophical Basis of Medical Practice*”, se concentrar demasiado na pessoa doente, esquecendo outros aspetos igualmente importantes, como os relacionados com a saúde pública ou a prevenção da doença, o próprio autor esclarece que o objetivo do seu pensamento foi desenvolver gradualmente um paradigma, uma filosofia da medicina que pudesse, por semelhança, ser aplicada à medicina comunitária, à medicina preventiva e às relações terapêuticas que também caracterizam outras profissões da saúde. Explica ainda

que, embora utilize a medicina e em particular a relação médico-doente como modelo de reflexão, o que classifica de medicina clínica, aplica-se igualmente a outras áreas da saúde.

Como referiu Daniel Serrão (1995), a medicina é uma antiquíssima atividade humana que, no que lhe é essencial, não muda nunca; e o essencial é: um ser humano inquieto ou perturbado procura outro ser humano e pede-lhe ajuda.

Em Portugal, ainda é uso a leitura de uma versão adaptada do Juramento de Hipócrates para os médicos, o que denota a preocupação universal em reafirmar certos princípios de conduta na prática clínica, como a beneficência e a não maleficência. Importa, porém, não esquecer que os códigos éticos e deontológicos, apesar de importantes, têm um valor limitado, pois em última análise, dependem do carácter e consciência ética do profissional de saúde.

Jorge Cruz (2012), no seu livro “Que médicos queremos”, baseando-se em Pellegrino e Thomasma, busca a excelência da prática médica, sabendo que a medicina não é apenas o exercício profissional meramente técnico, mas que inclui também uma vertente ética, pois como refere, é uma responsabilidade que o clínico tem de saber assumir, nomeadamente tendo em conta todos os ensinamentos técnicos e também comportando-se como um ser humano virtuoso.

Para isso, Cruz (2012) procurou elencar oito virtudes essenciais que, segundo ele, devem caracterizar os profissionais de saúde, sendo ainda relevante que elas sejam ensinadas, aprendidas e apreendidas por cada um individualmente. Considera, tal como Pellegrino, a vertente eminentemente médica, podendo igualmente aqui o pensamento alargar-se às outras profissões da saúde, pois elas também contactam com o utente em situação de debilidade. Aliás, todos nós, de uma forma ou de outra, ao longo de todo o percurso da nossa existência, seremos utilizadores dos serviços de saúde, quer como cuidadores quer como promotores de saúde e também aqui poderemos fazer a pergunta que Cruz fez a si mesmo: “Que médicos queremos?”, podendo mesmo dizer-se: “Que profissionais de saúde queremos?”.

A virtude é uma disposição para se fazer o bem em função do bem maior do indivíduo, fruto da nossa ação, sendo, por isso, evidente que nem todas as virtudes são necessárias em todas as decisões.

No principialismo de Beauchamp e Childress, embora se reconheça a primazia dos princípios como orientadores da ação moral, as virtudes desempenham um papel importante. Atendendo a que os princípios necessitam de discernimento, responsabilidade e de julgamentos para serem seguidos, um profissional moralmente virtuoso será, concerteza, uma mais-valia para atuar irrepreensivelmente em defesa do indivíduo, sendo que a atuação correta, mesmo que exija um carácter virtuoso, é algo avaliado a partir do cumprimento dos princípios e regras deles derivados.

Para os autores, “o carácter consiste num conjunto estável de características (virtudes) que afectam o julgamento e a acção da pessoa” (Beauchamp & Childress, 2001, p.30), pois quando um indivíduo é levado a agir, fá-lo a partir das suas crenças, motivos ou emoções, as quais compõem o seu carácter e a sua personalidade e determinam o seu modo de atuar e juízos, tornando tanto a ação quanto o motivo desta um ato correto. Percebe-se aqui a influência aristotélica no tratamento das virtudes.

Respondendo um pouco às críticas que lhes são apontadas, Beauchamp e Childress (2001) argumentam: a ética das virtudes “ajuda-nos a ver por que boas escolhas morais frequentemente dependem mais do carácter do que dos princípios, e também permite-nos julgar o carácter moral de uma pessoa de maneira mais rica que a que seria feita por uma ética de princípios e regras” (p.14).

Para o principialismo, as virtudes não têm valor por si mesmas, uma vez que não levam a atitudes corretas, mas têm valor instrumental, pois um indivíduo virtuoso tem naturalmente mais predisposição para seguir as regras adequadas a cada circunstância.

As características de um indivíduo virtuoso passam por: (i) compaixão, expressa pelo indivíduo na sua relação com os outros; (ii) discernimento, associado à sabedoria prática, que implica saber como e quais os princípios ou regras mais relevantes em determinadas circunstâncias; (iii) confiabilidade, que será a virtude mais importante, pois tudo decorre da

credibilidade, e a capacidade de transmitir e ganhar a confiança do outro faz-nos manter certas relações; (iv) integridade, que representa dois aspetos do carácter da pessoa: por um lado, a integração coerente das emoções e aspirações do indivíduo, por outro, uma atitude de confiança nos próprios valores; (v) consciência, que faz com que a pessoa atue de acordo com os seus valores, aqueles que considera corretos independentemente das pressões externas em sentido contrário.

É a partir das virtudes, que foram colocadas no segundo capítulo da última edição do livro *“Principles of biomedical ethics”* (Beauchamp & Childress, 2008), mas não dependendo apenas delas, que se pode proceder a um agir correto, tendo em conta os princípios e as regras. Exigir que os autores sejam capazes de fornecer soluções para todos os problemas morais é exigir aquilo que nenhuma teoria é ainda capaz de conseguir.

O facto de esta teoria ser pluralista e ter campo de abertura para incluir outros princípios contribui para que ela seja flexível o suficiente frente aos avanços da ciência e da sociedade, num mundo decisivamente mais globalizado, onde a saúde é cada vez mais algo diferente da ausência de doença.

4. EQUIDADE COMO PRINCÍPIO FUNDAMENTAL

Entende-se equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot, 2007; Marmot, Friel, Bell & Houwelingt, 2008; Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, 2010). Expressa-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

O acesso adequado é um dos determinantes da saúde potenciadores da redução das desigualdades.

É, sem dúvida, difícil ter que reconhecer que mesmo a saúde, um dos bens mais importantes na vida das pessoas, tem preço e, portanto, limites. Por isso mesmo, é imprescindível adotar critérios para determinar de forma eficiente e justa a alocação dos recursos escassos em saúde. Duas questões importantes devem ser diferenciadas neste ponto, relacionadas com os conceitos de escassez relativa e absoluta. Em primeiro lugar, é conveniente definir-se quanto deve ser alocado à saúde em relação às outras áreas (escassez relativa). Tomada essa decisão, determinar-se-á como deverão ser alocados os recursos destinados exclusivamente à saúde, para atender às diversas necessidades de saúde da população (escassez absoluta). A primeira questão implica a valoração da saúde em relação a outros interesses que uma sociedade, geralmente, também valoriza, como a educação, o lazer, o meio ambiente, a cultura, a segurança interna e externa etc. A segunda requer a identificação de prioridades dentro da área da saúde entre diversas necessidades de saúde e distintas possibilidades de ação (políticas de saúde). Ambas as decisões envolvem complexos argumentos de justiça distributiva e acentuadas dificuldades políticas. Depende de quanto é justo (e politicamente realista) retirar da sociedade civil em recursos por meio da tributação (Dworkin, 2000; Ferraz, 2007; Murphy & Nagel, 2002) e depende também da aplicação de princípios gerais que dão os parâmetros dentro dos quais se deve movimentar a saúde.

Entre as definições do conceito de equidade, uma primeira distinção que deve ser destacada é a formulada por West e Cullis (1979), ao discriminar o princípio de equidade horizontal — tratamento igual para iguais — da equidade vertical — tratamento desigual para desiguais. Convém lembrar que por trás do primeiro conceito está o princípio de igualdade, enquanto o segundo pressupõe uma discriminação positiva e, ainda, que tratamentos iguais podem ser não equitativos.

Cabe destacar que a discriminação efetuada entre equidade horizontal e vertical pode ser questionada por todos aqueles que considerem que não existem duas pessoas iguais, nem duas situações idênticas. Neste sentido, a equidade horizontal perderia aplicabilidade. Por exemplo, duas pessoas com o mesmo problema de saúde recebem o mesmo tratamento. Uma, entretanto, por desfrutar de condições físicas superiores, reage mais rapidamente à

terapêutica. Neste caso, a igualdade de tratamento traduziu-se em desigualdade de resultado, pelo que poderia considerar-se a hipótese de dar mais e/ou melhor tratamento àquele que tem menos condições físicas, de forma a obter resultados iguais em tempos semelhantes. Esse modo de proceder tem por finalidade o alcance da igualdade nos níveis de saúde, através de uma distribuição da despesa pública orientada para a obtenção de iguais resultados (Le Grand, 1982).

Por sua vez, Artells (1983) e Mooney (1983) trabalham sete conceitos possíveis de equidade em saúde:

- 1) *Igualdade de despesa per capita*: que parte do pressuposto de que a distribuição é equitativa quando efetuada em função do tamanho populacional;
- 2) *Igualdade de recursos per capita*: que incorpora à distribuição realizada em base populacional correções em função das diferenças de preços observadas em cada região;
- 3) *Igualdade de recursos para necessidades iguais*: que estabelece que para obter distribuição equitativa, devem ser consideradas as diferentes necessidades sanitárias existentes, efetuando-se correções a partir tanto do perfil demográfico quanto do epidemiológico;
- 4) *Igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais*: que reconhece, além das diferentes necessidades determinadas pelos perfis demográfico e epidemiológico, a existência de desigualdades no custo social do acesso (por exemplo, a distância aos serviços de saúde);
- 5) *Igualdade de utilização para iguais necessidades*: que considera não só a distribuição da oferta e os custos sociais, mas também outros fatores condicionantes da demanda. Neste caso, deverá efetuar-se uma discriminação positiva em favor dos grupos regionais ou sociais com menos predisposição para a utilização dos serviços de saúde;
- 6) *Igualdade de satisfação de necessidades marginais*: que parte do pressuposto de que as necessidades mantêm a mesma ordem de prioridades nas diferentes regiões.

Assim, a equidade seria alcançada se, dado um incremento ou um corte nos recursos, o aumento ou a diminuição na cobertura das necessidades fosse o mesmo em todas as regiões;

- 7) *Igualdade nas condições de saúde*: que tem por objetivo a igualdade nos indicadores de saúde. Este conceito de equidade, diferentemente dos anteriores que privilegiam a distribuição dos recursos, tem como ponto fundamental os resultados obtidos e, como aponta Giraldes (1987), exige estratégias multisetoriais.

Pelo exposto, pode afirmar-se que, atualmente, as tendências preponderantes reconhecem como pilares principais do conceito de equidade a distribuição de recursos através de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades que resultam de fatores exteriores ao “controle individual”.

Ao mesmo tempo importa reiterar que a aceitação, quase consensual, de princípios equitativos permanece restrita exclusivamente à definição formal de um direito, sem que na realidade seja assegurado o seu efetivo exercício.

5. JUSTIÇA, UNIVERSALIDADE, IGUALDADE

De acordo com a Constituição, o Estado deve adotar políticas sociais e económicas e ações e serviços de saúde de “acesso universal igualitário”, ou seja, os serviços e ações de saúde promovidos pelo Estado devem ser acessíveis a todos os cidadãos e estrangeiros residentes no país, em condições de igualdade. Porém, a ideia de universalidade só tem razão de ser à luz do princípio da igualdade. O que justifica a inclusão de todos, sem qualquer distinção, nas políticas de saúde do Estado é o reconhecimento de que todos são iguais no sentido de merecerem igualdade de respeito e consideração do Estado, quando este elabora e implementa as políticas de saúde (Dworkin, 2000). Não teria lógica falar-se em universalidade (acesso para todos) sem o reconhecimento de que todos são iguais. O oposto da universalidade (a restrição a alguns, o privilégio) nada mais é que a negação da igualdade. Não é simples determinar situações concretas em que os princípios abstratos da universalidade e igualdade não sejam aplicados. Se os recursos fossem infinitos, como

popularmente se pensa que sejam, o princípio do acesso universal igualitário poderia ser facilmente concretizado pela sua alocação de acordo com as necessidades de saúde de cada um, porém, a carência individual é claramente insuficiente como critério alocativo.

A preocupação com a justiça é uma constante para o direito. A própria expressão latina que designa o direito (*jus*) tem correlação com *justitia*, implicando a máxima jurídica na qual assenta a justiça dos julgamentos e onde radicam as premissas da igualdade de todos perante a lei e na ideia de que casos semelhantes merecem semelhante decisão.

Também para a bioética, a noção de justiça tem forte impacto, estando associada a um dos seus mais clássicos princípios. A dificuldade, contudo, em precisar a justiça e em como realizá-la, inicia-se pela própria definição a ser adotada para a expressão.

O princípio bioético da justiça – também chamado por alguns autores de “princípio da equidade” e considerado por muitos como o menos conhecido e o menos estudado dos princípios bioéticos classicamente descritos por Beauchamp e Childress (e também teorizado por John Rawls como justiça distributiva) – refere-o como o princípio da diferença e estabelece o seguinte:

- (i) Cada cidadão deve dispor de direitos idênticos no que respeita ao acesso ao sistema mais completo de liberdades básicas, desde que compatível com um sistema similar de liberdades para todos os cidadãos; (ii) As desigualdades sociais e económicas são permissíveis se, e só se, concorrerem para o benefício dos cidadãos em posição mais desfavorável, e desde que permitam o acesso em igualdade de oportunidades de todos os cidadãos às posições oferecidas pela sociedade. (Nunes & Rego, 2002, p.6)

Para Beauchamp e Childress (2008), este é um princípio formal, porque traça as linhas gerais da convivência entre os cidadãos. De facto, este princípio especifica características relevantes para distribuir a propriedade individual e coletiva, tais como a necessidade, o esforço, a contribuição social, entre outras. Para estes autores, independentemente da teoria ética invocada, na prática, a maioria dos sistemas de saúde aplica estes diferentes princípios materiais de justiça.

Remete-se aqui para a ideia atribuída a Aristóteles, segundo a qual se há-de tratar de forma igual aos iguais e desigualmente aos desiguais, na medida da sua desigualdade. Não se

explicitam, contudo, os critérios pelos quais e em que medida dois indivíduos serão considerados iguais.

Nenhum país dedicou à saúde recursos capazes de satisfazer toda a procura, pelo que o estabelecimento de prioridades nos cuidados de saúde tem sido prática comum nos sistemas de saúde. As medidas para estabelecer prioridades têm sido, no entanto, vagas, implícitas e desenvolvidas de forma discricionária e discreta pelos prestadores de cuidados de saúde. O que é novo neste tema é o debate sobre a necessidade de políticas explícitas e sistemáticas de estabelecimento de prioridades, os modelos e métodos a adotar, o envolvimento público nas decisões e também a forma como conciliar esta realidade com a manutenção de sistemas públicos de saúde baseados nos princípios da universalidade na cobertura, equidade no acesso e solidariedade no financiamento, valores, hoje, fundamentais nas sociedades desenvolvidas e democratas.

Nos sistemas de saúde públicos, as decisões de afetação dos recursos da saúde são feitas, basicamente, em dois níveis. Ao nível macro, estabelecem-se prioridades entre programas de saúde. Como consequência dessa decisão, determinados tratamentos podem não ser fornecidos e/ou publicamente financiados (como é o caso da maioria dos serviços de saúde oral, em Portugal). Ao nível micro, são estabelecidas prioridades entre os doentes. Os prestadores de cuidados de saúde enfrentam frequentemente a dificuldade de decidir entre privilegiar a eficiência da distribuição, selecionando os doentes que têm um bom prognóstico, ou privilegiar a igualdade de hipóteses de acesso a todos aqueles que precisem de serviços médicos. A consequência mais habitual desse segundo nível de priorização é o desenvolvimento de listas de espera.

Podem ser identificadas três abordagens distintas em relação à temática da justiça social. Uma, explicitada por Rousseau no seu famoso Discurso sobre a Origem das Desigualdades entre os Homens; outra, adotada pela corrente denominada utilitarismo, preconizada por autores como Hume, Locke, Sidgwick e, posteriormente, Smith; finalmente, a reflexão efetuada por Rawls na sua Teoria da Justiça.

Rousseau (1986), afirma:

...existem duas espécies de desigualdades: uma, que chamo natural ou física, porque foi estabelecida pela natureza, e que consiste na diferença das idades, da saúde, das forças corporais e das qualidades do espírito ou da alma; outra, a que se pode chamar de desigualdade moral ou política, pois que depende de uma espécie de convenção e foi estabelecida, ou ao menos autorizada pelo consentimento dos homens. Consiste esta nos diferentes privilégios desfrutados por alguns em prejuízo dos demais, como o de serem mais ricos, mais respeitados, mais poderosos, ou mesmo mais obedecidos. (p.143)

O pensador francês estabelece uma relação causal entre propriedade e desigualdade dizendo que:

... desde o instante em que um homem teve precisão da ajuda de outrem, desde que percebeu ser conveniente para um só ter provisões para dois, a igualdade desapareceu, introduziu-se a propriedade, o trabalho tornou-se necessário e as vastas florestas se mudaram em campos risonhos que passaram a ser regados com o suor dos homens, e nos quais logo se viu a escravidão e se viu a miséria germinar e crescer com as colheitas. (Rousseau, 1986, p.183)

Assim, pode dizer-se que Rousseau manifesta uma clara preocupação com o aprofundamento das desigualdades introduzidas pelo processo de socialização e que, conseqüentemente, o seu conceito de justiça social é permeado pela ideia de igualdade, destacando como critério distributivo “a cada um segundo seu próprio trabalho”.

Uma abordagem bem diferente, mas também dentro do pensamento liberal, é a desenvolvida pela corrente utilitarista, que considera que uma sociedade é corretamente ordenada e, portanto, justa, quando obtém a maior soma de satisfação, independente da sua distribuição entre os indivíduos pertencentes a essa sociedade. Esta posição permite justificar a penalização e exclusão de indivíduos para obtenção de uma soma maior, cujos benefícios, em última instância, serão apropriados pelos indivíduos que se encontrem numa situação favorável ao aumento da utilidade marginal a ser obtida. Esta teoria nada tem com o princípio da equidade, pois dá mais àquele que pode mais.

Por último, cabe analisar a teoria da justiça desenvolvida por Rawls (1985), e que deve ser compreendida no contexto atual da evolução do pensamento liberal, no qual são repensados os problemas sociais, o papel do Estado e o conceito de cidadania. É neste contexto, e com a influência contratualista de Rousseau, que Rawls desenvolve a sua teoria

de justiça. Para a poder definir, bem como os princípios norteadores correspondentes, Rawls propõe partir de uma posição inicial hipotética e sem realidade histórica, na qual seria estabelecido um contrato.

Segundo Rawls (1985), as pessoas racionais, iguais e livres, colocando-se sob o “véu da ignorância” como ponto de partida, chegariam a definir, na carta fundadora da sua associação, os seguintes princípios:

1. Cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais amplo possível de liberdades básicas; todos os societários têm direitos à mais extensa liberdade compatível com a liberdade dos demais.
 - a. As desigualdades económicas e sociais devem ser tais que: a) Sirvam ao maior benefício dos mais desfavorecidos, dentro dos limites de um justo princípio de repartição;
 - b. Devem estar relacionadas a funções e posições abertas a todos, em acordo com o princípio de justa igualdade de oportunidades. (p.82)

Por sua vez, Nozick (1991) propõe como legítimas as distribuições que resultem de justas aquisições iniciais e de justas transferências, citando como exemplo de injustiça o roubo e a fraude. Consequentemente, considera que o papel do Estado deve limitar-se a reparar as injustiças existentes, sem intervenção na distribuição de bens, a qual será determinada pelas capacidades e talentos individuais. Em síntese, propõe um estado mínimo ultraliberal, que tenha como função principal assegurar as liberdades individuais e dos mercados.

A saúde é uma necessidade universal, básica, objetiva e transcultural (Hogdson, 2009; Nussbaum & Sen, 1993), para a qual contribuem fatores como boas condições sanitárias, habitações condignas, uma alimentação correta, segurança física ou o progresso científico e tecnológico. A associação entre as desigualdades no estatuto socioeconómico e as disparidades na saúde é persistente (Looper & Lafortune, 2009; Veiga, 2005), colocando questões de falta de equidade que deveriam ser evitáveis; na UE, têm sido emitidas diversas recomendações de carácter político nesse sentido (Cazas-Zamora & Ibrahim, 2004; European Network of Health Promotion Agencies, 2008; Judge, Platt, Costongs & Jurczak, 2005). Do ponto de vista de cada indivíduo, a necessidade situa-se ao nível dos cuidados de saúde, e a sua satisfação depende das formas pelas quais os governos intervêm na sua provisão, no seu financiamento e na sua regulação. Na verdade, o mercado dos

cuidados de saúde caracteriza-se por informação imperfeita e risco moral, o que claramente induz a existência de falhas no seu mecanismo de funcionamento.

Os cuidados de saúde são um bem quase público, na medida em que, embora possam ser providos pela iniciativa privada, deve ser garantida a não exclusão de ninguém que deles necessite. A questão não é simples, e defronta toda uma retórica política e mesmo um debate ideológico, envolvendo os princípios de solidariedade, equidade, e dignidade, mas também os objetivos de melhoria da saúde, capacidade de resposta e equilíbrio financeiro. Do ponto de vista ético, a medicina diferencia-se da saúde pública; sublinhando a autonomia e independência do médico, a preocupação recai no diagnóstico e tratamento de doentes individuais, visa o primado da vida e do bem-estar do doente, a confidencialidade e o sigilo (Klugman, 2013). Já o objetivo da saúde pública é melhorar o nível de saúde de toda a comunidade e, nessa medida, os processos de governação são fundamentais.

Em Portugal, a esperança de vida aumentou e, embora a oferta privada de cuidados de saúde tenha vindo a desenvolver-se, mantém-se o acesso generalizado tanto aos CSP como aos hospitais. No entanto, repetem-se as críticas em termos de falta de médicos, ineficiente distribuição de recursos humanos no país, subaproveitamento do potencial humano com desmotivação e falta de incentivos, falhas de acessibilidade atendendo às listas de espera para consultas e cirurgias, baixa qualidade no atendimento no que diz respeito a informação e pontualidade, gestão pouco profissional e, por vezes, caótica, do ponto de vista financeiro, mecanismos de controlo e supervisão desatualizados e ineficazes, e ainda a falência técnica dos cuidados primários, transferindo os utentes para os hospitais (Araújo, 2005; Delgado, 2002). Estes fatores, associados a mudanças demográficas e sociais, poderão ser responsáveis pelo crescimento excessivo das despesas em saúde, incluindo em medicamentos.

É imperativo promover, quer a melhoria do desempenho do próprio sistema, quer a racionalização da oferta pública dos serviços da saúde e a definição de incentivos para a atração de profissionais a zonas com maior interioridade. Na verdade, colocar pura e simplesmente mais dinheiro em cima dos problemas não é necessariamente a melhor forma de os resolver.

Atualmente, entre os princípios norteadores dos sistemas de saúde, pode dizer-se que a universalidade e a equidade são os que têm alcançado maior nível de consenso, ainda que, em muitos casos, a sua validade se encontre restringida exclusivamente à definição formal de um direito, e na realidade não seja assegurado o seu efetivo exercício.

As críticas constantes ao sistema encontram a sua justificação, a nosso ver, na manutenção das assimetrias na distribuição dos rendimentos, nas alterações demográficas, nas crescentes expectativas da população, bem como na elevada politização do setor que permitiu e facilitou resistências à mudança, nomeadamente no que respeita às alterações na estrutura do SNS e à maior exigência da nova gestão pública.

Apesar do SNS garantir tratamento igual e dos critérios de avaliação serem nacionais, existe variabilidade geográfica na gestão e na distribuição dos recursos. Os médicos tendem a localizar-se em regiões onde é mais elevada a concentração de outros recursos de saúde, mas, principalmente, onde o nível de rendimento da população é mais alto, confirmando aliás estudos anteriores (Giraldes, 1995; Oliveira & Bevan, 2003). No entanto, quando tomados globalmente, os dados não confirmam uma forte assimetria espacial no acesso a cuidados de saúde; o peso relativo quer dos médicos, quer da capacidade de internamento, correspondem, grosso modo, ao peso relativo da população nas regiões portuguesas, e evoluíram positivamente entre 2000 e 2008.

Cerca de 20% da população está ao abrigo de subsistemas com base na profissão, como acontece com os funcionários públicos, ou ainda com os trabalhadores do setor bancário. Coexistem ainda seguros de saúde de cariz voluntário. Esta heterogeneidade no acesso aos cuidados de saúde introduz, por sua vez, uma dupla desigualdade, na medida em que corresponde, em média, a trabalhadores com níveis educacionais e rendimentos mais elevados, e garante maior facilidade de acesso a especialistas (Bago d'Uva & Jones, 2009).

Não é suficiente assegurar a eficiência técnica ao nível de cada unidade de saúde, mas é suficiente assegurar o funcionamento eficaz de todo o sistema de saúde público, procurando garantir que nenhuma outra combinação alternativa de recursos possa originar um *output* mais elevado. O ambiente legal, as condições socioeconómicas, o nível de

desenvolvimento económico, o ambiente, a qualidade da administração pública, são fatores importantes e podem condicionar os resultados obtidos.

As razões que estão por detrás do aumento das despesas de saúde não são claras. Têm sido analisados e discutidos diversos fatores, entre os quais, os salários dos médicos, as despesas em medicamentos, o efeito do envelhecimento, a proximidade ao fim da vida, o progresso tecnológico nos meios de diagnóstico e nos tratamentos, os tipos de seguros, a ineficiência dos serviços, no entanto, conclui-se invariavelmente que é necessário proceder a mais investigação (Hartwig, 2006).

É inegável a importância de se ter uma população com nível educacional elevado e com qualidade de saúde; é aliás condição, em si, para o bom funcionamento da economia e da sociedade.

Mas, no atual contexto de envelhecimento da população e das justificadas crescentes expectativas de mais e melhor saúde, é pressionada a despesa, fragilizando-se cada vez mais a qualidade das finanças públicas. Com a criação de mais recursos para os cidadãos, é necessário um melhor e mais eficaz uso dos mesmos. Assim, só o aperfeiçoamento na eficiência e na eficácia dos gastos públicos poderá manter o progresso tendencialmente positivo dos níveis de vida das populações. De acordo com os resultados de Afonso e St. Aubyn (2006), para um conjunto de países da OCDE e para o setor da saúde, poder-se-iam superiorizar os resultados em 40%, utilizando exatamente os mesmos recursos. Claramente, um melhor uso dos recursos poderia permitir, só por si, uma maior provisão de serviços, sem que ficasse comprometida a equidade ou a qualidade dos mesmos, o que teria de passar pela alteração de processos e de práticas (Rocha, 2010).

Nas últimas décadas, o estado de saúde da população portuguesa melhorou significativamente, o que é comprovado pela evolução favorável dos indicadores de mortalidade e morbilidade¹². Todavia, as variações geográficas dos padrões de mortalidade não têm merecido suficiente atenção por parte dos investigadores portugueses e pouco se tem escrito sobre esta temática em Portugal (Pereira 1995; Santana, 2005).

¹² Face à deficitária informação das doenças de declaração não obrigatória, os indicadores de mortalidade (mortalidade infantil, mortalidade específica, mortalidade por outras causas, mortalidade evitável, anos de vida potencial perdidos), não obstante algumas fragilidades, continuam a ser essenciais na análise do estado de saúde da população.

As desigualdades especiais em termos de saúde resultam da conjugação complexa de fatores individuais (psicossociais, biológicos, comportamentais, sociais e económicos) e das características do espaço geográfico nas suas componentes sociais, económica, ambiental e, ainda, da oferta e da qualidade dos serviços de saúde.

Para o Professor Daniel Serrão (1996), a atribuição de recursos escassos ao financiamento de cuidados de saúde é uma questão eticamente muito difícil e será, provavelmente, a primeira de todas as questões éticas dos cuidados de saúde no futuro próximo. Num sistema de saúde, considerado por muitos como estando “doente”, é pertinente que se reúnam esforços de modo a que as diferentes teorias da justiça sejam consideradas e que princípios como a equidade, a solidariedade, a efetividade e eficiência e também a prestação de contas venham forçosamente a ser uma referência no sistema de saúde português (Cruz & Gomes, 2013).

6. FUNDAMENTOS ÉTICOS DA PRIORIZAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

As questões inerentes ao estabelecimento de prioridades transportam-nos para o domínio da ética e da justiça distributiva. O estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados de saúde significa tratar alguns doentes/doenças de forma preferencial, o que envolve, além de aspetos puramente técnicos, julgamentos e dilemas morais. Não existe consenso na literatura sobre como deve ser entendido o conceito “justiça distributiva” em saúde. Os princípios mais comuns dizem respeito à afetação de recursos de acordo com a necessidade, com o mérito ou baseado no princípio do utilitarismo. A distribuição de acordo com a necessidade baseia-se na tradição Aristotélica, segundo a qual, “justiça” requer “tratar de forma igual o que é igual e de modo diferente o que é diferente”. O princípio da distribuição de acordo com o mérito baseia-se no reconhecimento de que algumas características dos indivíduos devem merecer atenção especial. A visão utilitarista defende o primado da eficiência como regra de decisão para a distribuição dos recursos. De acordo com esse princípio, devem ser distribuídos de forma a maximizar a utilidade (satisfação) esperada da sociedade (Nunes & Rego, 2002).

Os diferentes princípios de justiça, implicam diferentes políticas de racionamento e todas têm dificuldades de implementação. Exatamente porque a priorização deve ser baseada numa teoria de justiça, os processos implementados não podem, ou não devem, ignorar os valores da sociedade e a participação dos cidadãos, pelo que o estabelecimento de prioridades só se entende depois da sociedade como um todo conseguir responder a questões normativas sobre a vida, a QV e o papel da saúde.

O debate clarificador sobre a natureza limitada do direito à saúde tem de ser feito, para que a população tome consciência de que dar tudo a todos em todo o território nacional não é uma exigência constitucional absoluta mas sim um direito limitado pelos meios financeiros disponíveis que podem ser inferiores aos necessários. (Nunes & Rego, 2002, p.xiv)

A verdade é que:

...os direitos individuais são universais e igualitários, são reconhecidos por igual a todo e qualquer cidadão, mas o direito à proteção à saúde não o pode ser, porque as pessoas não precisam de ser, porque as pessoas não precisam sempre, nem na mesma medida, de cuidados de saúde. (Nunes & Rego, 2002, p.xiv)

As reformas iniciadas protagonizam um SNS mais completo (por não excluir os idosos); mais acessível (ao garantir médico de família a mais cidadãos); mais ágil (por evitar a proliferação de serviços redundantes); mais eficiente (ao reduzir o desperdício) e mais justo (concedendo prioridade por ordem de necessidade). O tema da priorização explícita decorre, necessariamente, desses objetivos.

7. ACESSIBILIDADE

Quando se pretende avaliar a oferta de cuidados de saúde existentes num território qualquer, a acessibilidade é um dos parâmetros a avaliar, refletindo aspetos económicos, sociais e espaciais. Para além da aferição da qualidade nos serviços de saúde, de acordo com as regras da medicina baseada na evidência, compete igualmente aos cuidados de saúde a adoção de critérios de justiça distributiva, para que possa ser promovido o bem-estar de todos os cidadãos (Serrão, 1998). Trata-se de um conceito complexo, dado encerrar diversas vertentes e apresentar um carácter multidimensional. A primeira questão

que surge é a definição de “acessibilidade”, pois, não raras vezes, é parcelar e pouco consistente.

“A acessibilidade aos cuidados de saúde pode ser definida como sendo a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis” (Baleiras & Ramos, 1992).

Segundo a Declaração de Alma-Ata de 1978 (OMS, 1983), todos deveriam possuir iguais oportunidades de acesso e utilização dos cuidados de saúde, qualquer que seja o género, profissão e estrato social. Esta igualdade de oportunidade e acessibilidade serve de base para a consecução dos CSP. A OMS define que a acessibilidade aos cuidados de saúde deve ser avaliada em termos físicos (distância, tempo de percurso), económicos (custo da deslocação, preço da prestação de cuidados) ou socioculturais (diferença de raça, barreiras linguísticas,...), tendo sido referida na Meta número 27 nas estratégias “Saúde para Todos até ao Ano 2000”.

Segundo Baleiras e Ramos (1992), fatores de acessibilidade estrutural e funcional incluem aspetos arquitetónicos, horários de funcionamento e de consultas e ainda barreiras burocráticas.

Dada a importância dos fatores geográficos na procura e utilização dos serviços de saúde e tendo em conta as diferenças existentes entre o urbano e o rural, consideramos da máxima importância a renovação/criação de uma rede viária eficaz, da rede de transportes públicos, de preferência com horários compatíveis entre os locais de menor acessibilidade (elevada dispersão populacional e pouca oferta de transportes públicos) e os serviços de saúde.

A defesa da dignidade da pessoa humana, a participação de cada pessoa nas decisões que lhe dizem respeito, a justiça no sentido da equidade e não discriminação e também a solidariedade, devem ser os princípios a aplicar na distribuição dos recursos na sociedade (Nunes, 2003).

Considerando a acessibilidade francamente melhorada nos últimos anos, verificamos ainda que “para além das barreiras financeiras ao acesso a cuidados de saúde, existem outros

fatores, nomeadamente geográficos, que limitam esse acesso” (Nunes & Rego, 2002, p.99).

A evidência empírica demonstra graves deficiências no acesso a cuidados de saúde, nomeadamente no referente aos horários de atendimento clínico, à prestação de cuidados efetivos, à existência de transportes com o objetivo de tratamento ou à disponibilidade de atendimento. Consagrado na Constituição da República Portuguesa, o acesso universal aos cuidados de saúde tem sido condicionado por diversos fatores que o perturbam.

8. NOTA CONCLUSIVA

Neste capítulo, pretendemos fazer uma abordagem sistematizada do conceito da bioética e da sua evolução. Abordámos a bioética na saúde e conceptualizamos a teoria principialista, equidade, justiça social e acessibilidade, tendo em conta os diferentes dilemas éticos que se colocam às populações vulneráveis dos idosos em contexto rural.

Contextualizámos o conceito da bioética que pode ser entendida como ciência de intervenção social, centrando a sua atuação, fundamentalmente, no agir da pessoa humana e nas consequências que daí resultam, pretendendo com isso melhorar as realidades da vida e do viver.

Em 1970, o oncologista americano Van Rensselaer Potter cunhou o neologismo Bioética para expressar uma nova ciência que deveria ser o elo de reaproximação entre as ciências empíricas e as ciências humanas. Essa união teria como finalidade a preservação da vida no planeta, visto que o desenvolvimento científico sem sabedoria poderia pôr em risco a própria vida na terra.

O agir ético vai além de um agir intuitivo ou baseado em experiências prévias de vida, costumes e tradições; a ética propõe o agir humano, orientado por princípios e por uma reflexão contínua.

A bioética tem um campo de reflexão bastante amplo e, através dos modelos teóricos desenvolvidos, procura ajudar a pensar sobre as situações da vida ou de conflito, situações

quotidianas, de limite e de fronteira, também classificadas como problemas emergentes e persistentes.

Os princípios básicos que orientam a pesquisa com seres humanos nas ciências do comportamento e da biomedicina foram introduzidos nos Estados Unidos, a partir de 1974, pelo Congresso Norte-Americano, e surgiram como forma de resolver situações semelhantes às das experiências realizadas na II Guerra Mundial. O Relatório Belmont (1978) definiu três princípios para justificar as normas relativamente aos procedimentos a adotar na pesquisa com seres humanos: 1) respeito pelas pessoas (autonomia); 2) a beneficência; 3) justiça (Beauchamp & Childress, 2008).

Beauchamp e Childress, em 1979, com a publicação da sua obra de referência mundial “*Principles of biomedical ethics*”, assumiram a tarefa de descobrir quais os valores essenciais à sociedade humana atual, dos quais se pudessem deduzir princípios *prima facie*, ou seja, que não carecem de ser demonstrados e pudessem ser respeitados e acolhidos por todos os cidadãos, em todas as situações.

Existem, no entanto, vários modelos teóricos desenvolvidos, e o principialismo é um deles. Todos analisam os diferentes dilemas éticos de maneira profunda e é extremamente importante estudar cada um deles. Podemos dizer que todos analisam o mundo em que vivemos e onde nos relacionamos, e reforçam a vontade de que a nossa existência possa ser mais pacífica e duradoura. Alguns dos princípios transversais às diferentes teorias são: a solidariedade, a alteridade e a justiça. Muitos filósofos têm discutido a impossibilidade de se estabelecerem princípios universais perante a diversidade moral e pluralidade de valores existentes. No entanto, os interesses e o bem-estar do ser humano devem sempre ter primazia relativamente aos interesses da sociedade ou da ciência, como estabelece o artigo 2 da Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano, face às intervenções da Biologia e da Medicina – Convenção de Oviedo – que está já incluída no Direito Interno de Portugal.

CAPÍTULO V

METODOLOGIA

1. DESENHO DO ESTUDO EMPÍRICO

A fase metodológica constitui uma etapa de precisão e planeamento; serve, principalmente, para demonstrar a verdade, pois nada é deixado ao acaso e é impossível improvisar. Significa caminho e, como o caminho se faz caminhando, o método que nos deve orientar é esse mesmo, um percurso sistematizado e sustentado, com vista ao conhecimento.

Para contextualizar o desenvolvimento da investigação, foi incorporada uma revisão sistemática da literatura científica contemporânea sobre a saúde do idoso em contexto rural. Esta opção foi considerada oportuna para se aprender com a diversidade de estudos e visões diferentes que, tendo em conta a mesma problemática, possibilita a comparação com os resultados da investigação e oferece um quadro referencial capaz de servir de base ao diálogo e sustentação da bioética nas políticas dirigidas para essa população.

No decurso da fase conceptual, empenhamo-nos em documentar o tema de estudo, o que conduziu à formulação do problema de investigação e ao enunciado do objectivo, das questões... A fase metodológica tem por objectivo precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as actividades a realizar no decurso da investigação. (Fortin, Coté & Filion, 2009, p.214)

Todo o trabalho de construção teórica e empírica em volta do tema “Enquadramento bioético dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural” implica um processo permanente de escolhas epistemológicas que, de forma mais ou menos coerente, conduzem a um conjunto de ilações que se apresentam nesta tese. Uma das primeiras aprendizagens neste processo de definição de uma abordagem ideológica e metodológica foi a tomada de consciência de que o envelhecimento é um acontecimento evolutivo contínuo, que se inicia no momento da concepção e continua ao longo de todo o processo vital; não consiste num

momento específico no nosso percurso de vida. Esta evidência, que à primeira vista parece básica, na verdade, desafia teórica e metodologicamente toda a abordagem sobre o tema do envelhecimento, porque o processo metodológico, para além de fornecer um plano, “permite responder às questões.... Planeando ponto por ponto o seu estudo, o investigador pode eliminar ou, pelo menos, reduzir ao mínimo as fontes de erro e, assim, chegar a uma só explicação plausível, no termo da sua investigação” (Fortin et al., 2009, p.214).

A inclusão da ideia de que o envelhecimento não é um processo que respeita a um determinado grupo da população, que se pudesse circunscrever e, sobretudo, evidenciar, permitiu uma aproximação mais precisa ao tema e à população que seria objeto deste estudo. Se envelhecemos desde o dia em que nascemos, então, as preocupações sobre as pessoas mais velhas dizem diretamente respeito a todos, não só porque partilham o mesmo espaço social, cultural e político, mas porque também o envelhecimento se efetua a cada dia que passa.

A investigação orienta o investigador na planificação e na realização do seu estudo para que consiga atingir os objetivos delineados. “Na composição do desenho de investigação entram vários elementos, sendo os principais: as comparações...o meio, a intervenção, ...a comunicação com os participantes, os instrumentos de medida, os tempos de colheita e análise dos dados” (Fortin et al., 2009, p.231).

A escolha do tema está relacionada com investimentos feitos anteriormente, quer na área da saúde comunitária a nível profissional e a nível de investigação, quer na área da saúde dos idosos, quer ainda na área da intervenção no sistema familiar e nas redes de suporte social.

As ideias e preocupações por esta problemática associam-se à observação de um vazio no acompanhamento dos sistemas sociais e de saúde que suportam os idosos; apesar de haver cada vez mais instrumentos de apoio, a sua efetividade no terreno não corresponde à melhoria percecionada.

O questionamento em torno destas observações traduz um olhar crítico sobre a conceção de saúde inerente à focalização no doente, na doença, ou ainda, na doença física, como

alguns acham necessário precisar (Kornblit, 1996; Sousa, Relvas & Mendes, 2007). Ora, esta conceção afasta-se em muito da ideia holística de saúde que preconizamos. Assim, há que equacionar intervenções que permitam ao indivíduo concretizar o seu próprio projeto de saúde, não só tendo por alvo os doentes, mas também os sistemas que com eles interagem, em particular o sistema familiar, elegendo-os como utentes secundários de pleno direito e acompanhando-os no seu contexto geográfico.

Em conformidade com esta perspetiva, a narrativa deste trabalho procurou ainda o enquadramento das experiências dos sujeitos no seu percurso de vida. Uma abordagem sobre o curso de vida permite um entendimento mais alargado e enriquecido sobre o enquadramento social, histórico e pessoal que envolve a história de cada sujeito.

1.1. Finalidade e objetivos

Fazer um estudo, numa amostra da população portuguesa, sobre o enquadramento bioético dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural foi um desafio equacionado a partir da perceção de saúde no contexto rural, do que se sabe acerca da polarização dos recursos humanos e logísticos entre interior e litoral (meio rural e urbano), assim como dos principais fatores que para ela contribuem. Este diagnóstico fez perceber que há inúmeros campos abertos à investigação nesta área.

Pode dizer-se que o principal interesse deste estudo não foi efetuar generalizações, mas antes fornecer contributos para a reflexão e debate bioético enquadrado nos cuidados à população idosa em contexto rural, nomeadamente recursos de saúde, polarização entre litoral e interior e perceção da QV, tendo como ponto de partida a sua complexidade e singularidade. Assim, em oposição às afirmações universais e à explicação dos fenómenos numa causalidade linear, interessa, como refere Serrano (2004) “conhecer as realidades concretas nas suas dimensões reais e temporais, o aqui e o agora no seu contexto social” (p.32).

Considerando estes pressupostos e sabendo que a epidemiologia se interessa tanto pelos fatores de risco como pelos fatores de prognóstico, ou seja, aqueles que se mostram

capazes de influenciar o curso de uma doença (Bloch & Coutinho, 2002), ou mesmo pelos fatores protetores, deve considerar-se imperioso identificar e descrever as características da população idosa e investigar a interação entre os fatores de risco e de proteção de forma a minimizar, ou mesmo eliminar, fatores potenciadores de desigualdades em saúde evitáveis, contribuindo para a melhoria da QV do idoso, mantendo-o proativo no seu projeto de vida e saúde e contribuindo simultaneamente para a redução de custos em saúde, tema tão atual nos tempos conturbados em que vivemos.

Enraizado numa perspetiva sistémica e holística, o estudo pretende: (i) apresentar o retrato sociodemográfico da população idosa residente em contexto rural do concelho de Vila Real; (ii) caracterizar os recursos sociais e de saúde acessíveis à população rural; (iii) compreender a perceção sobre a QV da população idosa rural; (iv) caracterizar o processo de envelhecimento nas suas diferentes dimensões (saúde, psicológica, económica e social), no sentido da formulação de políticas ajustadas aos desafios, exigências e necessidades da população idosa; (v) caracterizar a perceção sobre o estado de saúde; (vi) avaliar a perceção da QV, abrangendo os seus diferentes domínios; (vii) analisar a relação entre a perceção sobre a QV e variáveis sociodemográficas, gastos em cuidados de saúde e vivência de sentimentos de solidão.

Fundados na literatura revista, em convicções relacionadas com os trajetos traçados profissionalmente e nos objetivos preconizados no estudo, orientou-se a formulação das perguntas de investigação que a seguir se apresentam:

- Será que a perceção sobre a QV da população idosa residente em contexto rural é influenciada por variáveis sociodemográficas?
- Será que a perceção sobre a QV da população idosa residente em contexto rural é influenciada pelos gastos em cuidados de saúde?
- Será que a perceção sobre a QV da população idosa residente em contexto rural é influenciada pela vivência de sentimentos de solidão?

De um modo geral pode dizer-se que a variável é formada por uma série de atributos ou valores necessários para a compreensão do facto ou fenómeno a ser estudado.

Complementando esta opinião, Marconi e Lakatos (2004) referem que as variáveis devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional. São especificadas as variáveis categoriais, formadas por categorias mutuamente exclusivas e que podem seguir ou não uma ordem natural e as variáveis numéricas, formadas por números que indicam a quantidade do que se está a medir.

As variáveis são, pois, as características que observamos para clarificar o problema em estudo. Assim, existem vários tipos de variáveis, conforme a função que desempenham – caracterização, explicativas ou independentes, de resultado ou dependentes, de enviesamento e intervenientes. As variáveis independentes “são as que influenciam, determinam ou afectam uma outra variável” e as variáveis dependentes “consistem naqueles valores (fenómenos, factores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afectados pelas variáveis independentes” (Marconi & Lakatos, 2004, p.189).

Neste estudo, a variável dependente é a QV percebida pelos idosos residentes em freguesias rurais do concelho de Vila Real.

No entanto, os objetos de estudo em bioética, geralmente, apresentam-se de forma complexa, pelo que a linearidade, que tem como finalidade trazer à luz dados mensuráveis, regularidades e tendências observáveis, não está totalmente dissociada de uma análise qualitativa. Epistemologicamente, a quantidade é uma interpretação, tradução e significado que é atribuído à grandeza com que um fenómeno se manifesta (mensuração dessa grandeza sob determinados critérios), mas ela necessita ser interpretada qualitativamente, pois em si, o seu significado seria muito restrito, tendo em conta os processos humanos e sociais que, pela sua natureza, são abrangentes, dinâmicos e complexos.

Para melhorar a compreensão de realidades complexas, a interpretação qualitativa propõe-se a dar visibilidade aos significados atribuídos pelos sujeitos às ações num dado contexto, pelo que se pretendeu interpretar a mensuração das variáveis, procurando compreender a realidade tal como ela é experienciada pelos sujeitos a partir do que pensam e de como agem (valores, representações, crenças, opiniões, atitudes, hábitos).

1.2. Material e métodos

Nesta secção, apresenta-se o material utilizado e os procedimentos realizados no desenvolvimento da pesquisa. A descrição dos métodos é apresentada de forma detalhada e comporta várias dimensões, que vão desde a formulação da amostra, ao instrumento de recolha de dados, ao consentimento informado, à recolha dos dados, à sua introdução no programa informático e ao processamento e tratamento.

Pretende-se fazer uma descrição clara do desenho utilizado:

Descrevem-se as características da amostra e indica-se o seu tamanho. É necessário precisar nesta secção a forma como se procedeu para obter o consentimento dos participantes. No que diz respeito à avaliação dos métodos de colheita de dados, há que determinar como foram recolhidos. Os instrumentos de medida devem ser fiéis e válidos.... (Fortin et al., 2009, p.529)

Em termos gerais, nesta secção descreve-se: *a)* a especificação do material utilizado na pesquisa; *b)* a descrição os critérios de inclusão e exclusão; *c)* a enumeração dos métodos utilizados em ordem cronológica, de forma clara e explícita; *d)* a descrição do(s) instrumento(s) de recolha de dados e o processo de tratamento, e ainda a enumeração do processo de construção do tamanho da amostra.

“As questões que se reportam ao método têm por objectivo determinar em que medida a condução do estudo responde às exigências metodológicas” (Fortin et al., 2009, p.529).

1.2.1. Tipo de estudo

Tendo em consideração que cada disciplina científica, conforme os seus próprios conceitos fundamentais e segundo as operações às quais estes se prestam, é levada a utilizar uma lógica mais ou menos elaborada, todos os cambiantes são possíveis, entre o rigor extremo da linguagem matemática mais refinada e as aproximações da linguagem corrente. Aquilo que o matemático tem necessidade de demonstrar, pode revelar-se evidente no quadro de uma lógica menos exigente. Inversamente, não é raro, em certas disciplinas, usarem-se noções que, pela sua semântica, podem parecer incompletas aos especialistas das ciências exatas.

Dado que a escolha da metodologia se deve fazer em função da natureza do problema a estudar (Serrano, 2004), considerou-se pertinente seguir uma metodologia de investigação quantitativa.

Em função dos objetivos delineados, o estudo é exploratório, descritivo, analítico, correlacional, observacional e transversal. Exploratório, porque com a realização deste estudo pretende-se conhecer a realidade existente nas freguesias rurais que integram o concelho de Vila Real. Segundo A. C. Gil (1999), o referido estudo tem como objetivo “proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado facto” (p.43), especialmente utilizado nas seguintes circunstâncias: “o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis” (p.43). Uma vez que se pretende apresentar em detalhe factos e fenómenos vivenciados na experiência dos indivíduos, o estudo descritivo consiste em “descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Duhamel & Fortin, 2003, p.163). Trata-se de um estudo analítico, pois permitiu compilar os dados disponíveis para se poder analisar e compreender o fenómeno. É, também, correlacional, porque através deste tipo de estudo foi possível verificar a natureza (força e direção) das relações entre determinadas variáveis, apoiando-se em trabalhos de investigação anteriores (Duhamel & Fortin, 2003). Observacional, porque não se manipularam as variáveis independentes (Mausner, 1999), isto é, as variáveis são apresentadas tal como surgem, não havendo interferência por parte do investigador. Transversal, porque se pretendeu avaliar a frequência de um acontecimento cujos dados são, temporalmente, recolhidos num só momento (Fortin et al., 2009).

1.2.2. Do universo de estudo à técnica de amostragem

Segundo Tuckman (2005), população “...é o grupo em relação ao qual vai iniciar-se o estudo” (p.187). Atendendo ao Censos de 2011 (INE, 2012), a Tabela 12 apresenta a população total e, mais especificamente, com idade superior ou igual a 65 anos, residente

nas 27 freguesias rurais do concelho de Vila Real e que orientou a constituição da amostra para o presente estudo.

Tabela 12.

População do concelho de Vila Real, por freguesia e idade

| Freguesias | População Total (HM) | População idade ≥65anos | % população ≥65 anos |
|------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| Vila Real (Total zona rural) | 34262 | 6518 | 19 |
| Abaças | 965 | 254 | 26 |
| Adoufe | 2155 | 384 | 18 |
| Andrães | 1389 | 266 | 19 |
| Arroios | 1117 | 170 | 15 |
| Borbela | 2652 | 469 | 18 |
| Campeã | 1375 | 411 | 30 |
| Constantim | 1020 | 146 | 14 |
| Ermida | 419 | 110 | 26 |
| Folhadela | 2261 | 431 | 19 |
| Guiães | 478 | 107 | 22 |
| Justes | 333 | 125 | 38 |
| Lamares | 351 | 75 | 21 |
| Lamas d'Ôlo | 109 | 41 | 38 |
| Lordelo | 3169 | 410 | 13 |
| Mateus | 3400 | 401 | 12 |
| Mondrões | 1065 | 237 | 22 |
| Mouços | 3051 | 585 | 19 |
| Nogueira | 545 | 160 | 29 |
| Parada de Cunhos | 1939 | 270 | 14 |
| Pena | 483 | 134 | 28 |
| Quintã | 174 | 38 | 22 |
| São Tomé do Castelo | 950 | 267 | 28 |
| Torgueda | 1382 | 314 | 23 |
| Vale de Nogueiras | 836 | 200 | 24 |
| Vila Cova | 162 | 58 | 36 |
| Vila Marim | 1742 | 323 | 19 |
| Vilarinho de Samardã | 740 | 132 | 18 |

O concelho de Vila Real, composto por 30 freguesias, das quais apenas três mantêm características urbanas, conserva os traços da matriz sociocultural inscrita no ditado popular “para cá do Marão mandam os que cá estão” e é geograficamente enquadrado pelas barreiras naturais das Serras do Marão e do Alvão. Com um total de 51.850 habitantes, 9.341 têm idade igual ou superior a 65 anos, dos quais 2.823 residem em

freguesias urbanas e 6.518 em rurais. A população rural com idade ≥ 65 anos representa 19% da população total, com variações entre 38% e 12%, sendo que as freguesias de Lamas D'Ôlo e Justes apresentam valores percentuais mais elevados (38%) e a freguesia de Mateus apresenta a percentagem mais baixa de população idosa (12%).

A variabilidade dos agregados populacionais é constatada pela distribuição nas diferentes freguesias conforme valores apresentados no quadro supracitado, de que são exemplo as freguesias de Quintã, Lamas d'Ôlo, Vila Cova e Lamares, com menos de 100 habitantes com idade ≥ 65 anos.

Atendendo à dimensão da população, foi necessário proceder à seleção de uma amostra. A questão da escolha da parte que vai representar o todo é sempre um dos problemas mais delicados a resolver quando, em investigação, se utiliza o método de medida ou análise extensiva. Porém, como referem Ghiglione e Matalon (1997), não existe qualquer método que nos assegure, em todos os casos, uma amostra absolutamente representativa. Por esta razão, é necessário estar atento às dificuldades, não ficar preso a dados aleatórios e não se vincular rigidamente ao cumprimento das quotas, o que poderia comprometer todo o estudo por causa dos enviesamentos inevitáveis. Neste sentido, procurámos que a composição da amostra e a sua representatividade não condicionasse as conclusões do estudo de investigação.

A primeira questão que se colocou, em termos de operacionalização da pesquisa, foi saber como constituir a amostra de idosos a residir em contexto rural no concelho de Vila Real. Para obtermos uma amostra, que pretendíamos representativa e adequada aos objetivos do estudo, e tendo em conta os dados do Censos de 2011 (INE, 2012), seleccionámos a população com 65 ou mais anos, por freguesias, e estabelecemos o nível percentual dos idosos residentes em cada freguesia rural do concelho de Vila Real. Face a este indicador, seleccionámos apenas as freguesias que, na população total, apresentassem valores iguais ou superiores a 20% de idosos residentes, pelo que passaram a fazer parte do estudo 15 das 27 freguesias rurais que integram o concelho de Vila Real. Ao aplicar o critério anteriormente mencionado, verificou-se que algumas das freguesias, apesar de apresentarem uma população idosa percentualmente elevada, o número de sujeitos a incluir na amostra era

reduzido para garantir a representatividade estatística, pelo que se tomou como opção metodológica garantir a inclusão de pelo menos 15 sujeitos no estudo de cada uma das referidas freguesias.

Por questões de operacionalidade, foram considerados como critérios de inclusão, ser residente numa das 15 freguesias rurais do concelho de Vila Real com 20% ou mais de população com idade ≥ 65 anos; ter idade ≥ 65 anos e aceitar participar no estudo. Trata-se de uma amostra não probabilística, tendo seguido os critérios de seleção acima mencionados, constituída por idosos inseridos na comunidade, em condições gerais e funcionais para uma vida autónoma, sem comprometimento significativo ao nível físico ou psicológico.

Foi critério de exclusão de participação no estudo, os idosos que, através do *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994) (*Anexo A*), apresentassem deterioração cognitiva severa, ou seja, com pontuação total, igual ou inferior a 15 pontos, como também os que não cedessem o seu consentimento para a realização do questionário ou cuja situação de saúde não permitisse participar por impossibilidade de comunicação verbal/escrita.

A amostra corresponde a 29,0% da população total de idosos residentes nas freguesias rurais, cuja representatividade é igual ou superior a 20% na população residente total, representando 339 participantes idosos de ambos os sexos, residentes nas freguesias rurais do concelho de Vila Real. Do total da amostra, os idosos apresentam idades compreendidas entre os 65 anos (idade mínima) e 98 (idade máxima) inclusive, com uma média de idades de 75,0 anos e um desvio padrão de 7,590, sendo que as freguesias que apresentam um maior número de participantes são: Campeã (41), Torgueda (31) e São Tomé do Castelo (27), (Tabela 13).

Tabela 13.

Constituição da amostra por freguesia rural do concelho de Vila Real

| Constituição da Amostra | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Freguesias cuja população com idade ≥ 65 anos representa 20% ou mais da população total residente | | | |
| | População com idade ≥ 65 anos | % População total residente | 10% População com idade ≥ 65 anos |
| Abaças | 254 | 26% | 25 |
| Campeã | 411 | 30% | 41 |
| Ermida | 110 | 26% | 11+9 |
| Guiães | 107 | 22% | 11+9 |
| Justes | 125 | 38% | 13+9 |
| Lamares | 75 | 21% | 8+9 |
| Lamas d'Ólo | 41 | 38% | 4+11 |
| Mondrões | 237 | 22% | 24 |
| Nogueira | 160 | 20% | 16+9 |
| Pena | 134 | 28% | 13+9 |
| Quintã | 38 | 22% | 4+11 |
| S. Tomé do Castelo | 267 | 28% | 27 |
| Torgueda | 314 | 23% | 31 |
| Vale de Nogueira | 200 | 24% | 20 |
| Vila Cova | 58 | 36% | 6+9 |
| Total da Amostra | 1171 | | 339 |

1.2.3. Instrumento de recolha de dados

Dada a natureza da problemática em estudo, optou-se por utilizar como instrumento de recolha de dados um questionário, que integra variáveis de natureza quantitativa e qualitativa de forma complementar.

Do questionário utilizado (*Anexo B*), que pretende dar resposta aos objetivos do estudo, constam as partes que sumariamente passamos a descrever:

Caracterização sociodemográfica, elaborada no âmbito deste trabalho, com o intuito de adquirir informação quanto às características pessoais e sociais da população rural em estudo, bem como obter dados acerca de algumas variáveis relativas à idade, sexo, estado civil, nível de instrução, meio de vida, habitação, contacto com a família e valor do rendimento mensal.

Escala de percepção da QV WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1995; versão portuguesa de Canavarro et al., 2006). É uma versão reduzida (26 questões) da World Health Organization Quality of Life Instrument 100 (*WHOQOL-100*), inicialmente construída pela

OMS com 100 questões. As 26 questões têm cinco opções de resposta, pontuadas de 1 a 5, estando dispostas num sentido positivo, com as pontuações mais altas a corresponderem a melhor QV. Alguns aspetos, como, dor e desconforto, sentimentos negativos, dependência de medicação, morte e morrer, que correspondem às questões 3, 4 e 26, não estão formuladas no sentido positivo, pelo que, nestas questões, as pontuações mais altas não significam melhor QV. Estas 3 questões foram recodificadas para que as pontuações mais altas refletissem melhor QV. Das 26 questões, 2 são do foro geral, em termos de QV, e as outras 24 representam as diferentes dimensões que avaliam a QV no instrumento original (*WHOQOL-100*).

As questões da *WHOQOL-Bref* possuem quatro escalas de respostas do tipo *likert*: (1) intensidade que varia de “nada” a “muitíssimo”, (2) capacidade que varia de “nada” a “completamente”, (3) Frequência que varia de “nunca” a “sempre” e (4) avaliação de satisfação QV e saúde que varia de “muito má” a “muito boa” e “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” respetivamente.

A determinação das pontuações dos domínios resulta da seguinte forma: (1) Domínio físico (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); (2) Domínio psicológico (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); (3) Domínio social (Q20, Q21, Q22); (4) domínio ambiental (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q24, Q25), sendo que Q consiste na questão formulada. Os resultados surgem da multiplicação da média de todos os itens incluídos num domínio por quatro. Cada uma das questões traduz a descrição de um estado, comportamento, capacidade, perceção ou experiência subjetiva (Canavarro et al., 2006).

A versão portuguesa da *WHOQOL-Bref* manteve as características de forma semelhante às do estudo multicêntrico do instrumento original. A sintaxe utilizada para calcular os valores pode ser consultada no sítio do WHOQOL Group português.

Importa referir que os resultados serão analisados em função das pontuações obtidas nos quatro domínios e na dimensão global de QV, não havendo uma pontuação total do instrumento. Assim, cada domínio é calculado através da média dos resultados das questões que o constituem, sendo esta média multiplicada por 100 (variando os resultados

entre 0 e 100), de modo a que os valores dos domínios sejam comparáveis com os do *WHOQOL-100*.

A versão abreviada da escala tem a vantagem de ser um instrumento menos extenso e, atendendo às características da população em estudo, é uma mais-valia comparada com a versão original, constituída por 100 questões. Para além disso, a sua construção tem por base uma noção multidimensional, transcultural e subjetiva de QV, tornando-a conceptualmente fundamentada. Assim, a versão abreviada da escala permite uma comparabilidade dos resultados com estudos internacionais. Além disso, a versão portuguesa do *WHOQOL-Bref* revela bom desempenho psicométrico, apresentando, segundo Canavarro e cols. (2006), alguma fragilidade ao nível da consistência interna no domínio social, referindo que pode estar relacionado com o facto de esse domínio se basear somente em três itens, número relativamente menor, comparativamente aos que integram os outros domínios. Para Ferreira (2009), é importante avaliar a QV nos seus vários domínios, de forma a melhor caracterizar a população em estudo, considerando que o uso do *WHOQOL-Bref* pode ajudar a identificar as fragilidades nas diferentes vertentes da QV relacionadas com a saúde dos idosos, colaborar na identificação das necessidades e proporcionar dados para a melhoria da saúde neste tipo de população.

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) é um projeto de investigação em grande escala, no âmbito das Ciências Sociais, que envolve uma equipa de investigadores de diferentes domínios científicos e nacionalidades e que se centra no Estudo do Envelhecimento, Saúde e Reforma na Europa, com o objetivo de obter dados comparáveis sobre o envelhecimento. Enquanto fenómeno transversal a todos os países, cuja metodologia se desenvolve na obtenção de dados que evidenciem a articulação entre a saúde, a dimensão psicológica, económica e social do processo de envelhecimento é crucial para a formulação de políticas ajustadas às necessidades atuais (Börsch-Supan & Jorges, 2005). O questionário engloba variáveis de saúde (autoperceção do estado de saúde, condições de saúde, funções física e cognitiva, comportamentos de risco/saudáveis), psicológicas (saúde psicológica, bem-estar, satisfação na vida), económicas (emprego, características do emprego, oportunidades de emprego após a idade da reforma,

rendimento do agregado, consumo, habitação e educação) e sociais (assistência familiar, redes sociais, atividades de voluntariado). Decidimos optar pela versão *dropoff*, utilizada em suporte de papel nos estudos em Portugal, de forma a complementar os instrumentos utilizados.

Assistimos, atualmente, a profundas mutações de âmbito demográfico, económico e social que determinam a reconfiguração das relações intergeracionais, recompondo o tecido social. O envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida, impõem novos desafios à sociedade, elevando as exigências e diversificação do tipo de respostas.

A primeira e segunda vagas do *SHARE* ocorreram em 2004 e 2006, respetivamente, tendo sido inquiridos 45.000 cidadãos europeus sobre as respetivas condições de vida. A terceira vaga teve lugar em 2008 e as informações recolhidas incidiram sobre os percursos de vida (*SHARELIFE*) dos cidadãos da Europa. Portugal e mais quatro países (Luxemburgo, Estónia, Hungria e Eslovénia) juntam-se ao consórcio europeu e realizam, em 2010-2011, a 4ª vaga do *SHARE*¹³.

Em Portugal foram utilizados dois questionários: um tendo por base a entrevista pessoal assistida por computador e que contém 20 módulos, tendo a entrevista uma duração média de cinquenta e cinco minutos no caso de um indivíduo solteiro, e de setenta no caso de ser realizada a um casal (Tabela 14): outro questionário em suporte papel, designado *dropoff*, sendo uma versão reduzida do questionário anteriormente mencionado e que foi utilizado neste estudo.

¹³ Em Portugal, a coordenação científica do projeto coube à Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa (www.fe.unl.pt) e ao Centro de Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho (www.cics.uminho.pt). O Alto Comissariado da Saúde é o parceiro institucional do projeto (www.acs.min-saude.pt). A Gfk-Metris é responsável pela recolha da informação (www.gfk.pt).

Tabela 14.
Síntese dos módulos do questionário *SHARE*

| Módulo | Designação |
|--------|------------------------------|
| DN | Dados Demográficos |
| SN | Redes Sociais |
| CH | Família e Filhos |
| PH | Saúde Física |
| BR | Risco Comportamental |
| CF | Função Cognitiva |
| MH | Saúde Mental |
| HC | Cuidados de Saúde |
| EP | Emprego e Pensões |
| GS | Força de Prensão |
| PF | Teste Respiratório |
| SP | Apoio Social |
| FT | Transferências Financeiras |
| HO | Alojamento |
| HH | Rendimento do Agregado |
| CO | Consumo |
| AS | Bens |
| AC | Atividades |
| EX | Expectativas |
| IV | Observações do Entrevistador |

A Tabela 14 pretende sumariar os módulos do questionário *SHARE*, com indicação das variáveis incluídas em cada módulo e que se passam a descrever:

DN (Dados Demográficos) inclui questões sobre o estado civil, o país de origem, o nível de instrução e a profissão de cada entrevistado;

SN (Redes Sociais) pretende conhecer as redes sociais dos entrevistados, sendo o termo “redes sociais” referente aos laços que as pessoas mantêm em alturas diferentes da sua vida. Com este módulo pretende-se obter uma listagem de pessoas que assumem uma elevada importância na vida do entrevistado;

CH (Família e Filhos) recolhe dados sobre os pais, irmãos e filhos do entrevistado, reportando as informações acerca dos pais (estilo de vida, saúde e profissão) à data em que o entrevistado tinha 10 anos;

PH (Saúde Física) procura captar vários aspetos da saúde do entrevistado, desde a auto percepção da sua saúde a aspetos mais concretos do seu estado de saúde como a invalidez, doença crónica, dores e dificuldades sentidas no desempenho de atividades diárias;

BR (Risco Comportamental) recolhe informações sobre os comportamentos relacionados com a saúde, como fumar, beber álcool, e a realização de atividades físicas;

CF (Função Cognitiva) pretende avaliar quatro dimensões das funções cognitivas do entrevistado: memória, concentração, numeracia e fluência verbal;

MH (Saúde Mental) apura a percepção do entrevistado sobre as suas condições de vida e recolhe informações sobre os seus eventuais problemas emocionais;

HC (Cuidados de Saúde) inclui questões sobre a frequência com que o entrevistado procura cuidados médicos, desde a ida ao médico a estadias no hospital, e ainda questões sobre seguros de saúde ou outros apoios;

EP (Emprego e Profissão) recolhe informações sobre as eventuais atividades profissionais atuais do entrevistado, o rendimento que delas obtém assim como o rendimento de outras fontes e pensões;

GS (Força de Prensão) é um conjunto de medições físicas que implicam o registo da força máxima de prensão do entrevistado, recorrendo-se à ajuda de equipamento específico, um dinamómetro;

PF (Teste Respiratório) mede a capacidade pulmonar do entrevistado, através do sopro para um expirómetro;

SP (Apoio Social) recolhe informações sobre os apoios que os entrevistados recebem da família e de outras pessoas que não pertençam ao seu agregado familiar, apurando ainda a forma como os membros do agregado se entrem ajudam;

FT (Transferências Financeiras) interroga o entrevistado sobre eventuais transferências e pagamentos regulares que possa ter efetuado ou recebido de outros, incluindo questões sobre heranças recebidas;

HO (Alojamento) recolhe informações sobre a situação atual do alojamento do entrevistado (dimensão, qualidade do alojamento, valor da propriedade, rendas, etc.);

HH (Rendimento do Agregado) e CO (Consumo) pretendem compilar algumas medidas sumárias de vários tipos de rendimento e despesas do agregado (alimentação, combustível, electricidade e telefone);

AS (Bens) inclui questões sobre o montante de bens financeiros e não financeiros, bem como o rendimento obtido desses bens;

AC (Atividades) contém uma série de perguntas que incidem sobre as atividades realizadas nos últimos 12 meses e o modo como os indivíduos se sentem em relação a diversos aspetos da sua vida;

EX (Expectativas) pretende explorar as expectativas do entrevistado, o seu grau de segurança em relação ao futuro e o modo como se processa a tomada de decisões financeiras no agregado do entrevistado;

IV (Observações do Entrevistador) constitui a finalização do questionário. Após a intervenção do entrevistado, existe uma série de questões a que o entrevistador terá de responder, relativamente à experiência da entrevista.

Quanto à versão *dropoff* utilizada neste estudo, por uma questão de recursos e para maior adequação aos objetivos visados, os módulos a integrar foram: *PH (Saúde física)*, *MH (Saúde mental)*, *HC (Cuidados de Saúde)*, *SP (Apoio Social)* e *DN (Dados Demográficos)*.

1.2.3.1. Pré-teste

Com a finalidade de validar a clareza, compreensão, precisão e pertinência das questões e prever o tempo médio do preenchimento do questionário, foi aplicado um pré-teste a idosos residentes em contexto rural, numa aldeia do concelho de Cabeceiras de Basto - Moscoso, pertencente ao distrito de Braga, a um grupo de idosos com características semelhantes às da população alvo.

Esta etapa é, segundo Fortin, Grenier e Nadeau (2003), ”indispensável e permite corrigir e modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões” (p.253).

Após a aplicação do pré-teste, foi necessário introduzir algumas alterações relativas à sequência da ordem de colocação de algumas questões e, em alguns casos, face ao baixo nível de escolaridade dos idosos, que dificultava o preenchimento do instrumento de recolha de dados, houve necessidade de adequar a linguagem e a colocação das questões. O tempo despendido, em média, no preenchimento do questionário foi de, aproximadamente, 30 minutos.

1.2.4. Procedimentos na recolha de dados

Tendo sido apresentado o pedido de autorização para recolha de dados de investigação à comissão de ética da ARS Norte em 2009, veio a obter-se uma resposta com aprovação em reunião do dia 15 de janeiro de 2010, por unanimidade, com o processo nº 35 de 2009 (*Anexo C*). Foi necessário um processo adicional de especificações e de contacto prévio (via email) com os Presidentes de Junta das freguesias envolvidas, dos respetivos párocos e das autoridades locais (GNR) (*Anexo D*), de forma a envolvê-los. Este processo de contacto e pedido de colaboração e autorização da recolha de dados foi feito em abril de 2013, tendo-se iniciado a referida recolha a partir dessa data. Esta foi efetuada com a colaboração de alunos da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, devidamente treinados entre 13 de abril e 24 de maio de 2013.

Iniciou-se a entrevista para a aplicação do questionário, com uma nota de apresentação, na qual constava a identificação do entrevistador, bem como os objetivos do estudo e o compromisso de garantia de confidencialidade na utilização das respostas obtidas. Após ter sido concedida a autorização, os questionários foram aplicados.

Atendendo ao baixo nível de escolaridade de alguns elementos da população, colocou-se a possibilidade de o entrevistador que se encontrava na presença do inquirido poder ajudar parcial ou totalmente no preenchimento do questionário.

A utilização das escalas validadas para a população portuguesa pelos seus diferentes autores, nomeadamente *WHOQOL-Bref* (Canavarro et al., 2006) e *SHARE* (Barros, 2005), foi feita após as respetivas autorizações (*Anexos E e F*).

O protocolo de investigação foi apresentado e submetido à apreciação da Comissão de Ética da ARS Norte, tendo sido aprovado depois de a investigadora ter apresentado o projecto ao Instituto de Bioética e este ter dado a sua aprovação.

Todos os participantes deste estudo são voluntários e foram informados acerca dos objetivos da investigação em curso. Foi solicitado o consentimento informado ao idoso por escrito (*Anexo B*).

Ao longo do processo, o registo dos dados obtidos foi efetuado de forma a salvaguardar a confidencialidade (recorrendo-se, para tal, às iniciais do nome e ao código atribuído pelo entrevistador). As informações foram recolhidas tendo como destino único a construção da base de dados para esta investigação. Em todo o processo esteve presente o princípio da não maleficiência. Os benefícios esperados decorrem dos resultados do estudo, da sua divulgação, assim como da adoção das suas recomendações.

1.2.5. Tratamento dos dados

O tratamento dos dados emerge no decorrer do processo de investigação, sendo uma fase integrada no mesmo, que está presente quando o investigador “...se remete a um período de colheita de dados e em que ele deve situar-se em relação ao que já emergiu dos dados e ao que resta para descobrir” (Dubouloz, 2000, p.306). No seguimento desta ideia, é premente proceder-se à transcrição total dos dados adquiridos no decorrer do referido processo de investigação.

Os dados foram analisados com o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20,0 for Windows, e apresentam-se em tabelas as suas frequências absolutas, relativas, a moda, a média e o desvio padrão.

No presente estudo recorreu-se a procedimentos estatísticos para o tratamento dos dados: à estatística descritiva, à análise de correlação, e à análise das diferenças intergrupos.

Através da estatística descritiva, procuramos caracterizar os dados sociodemográficos dos participantes no estudo, assim como os resultados obtidos com a aplicação da escala de avaliação da percepção da QV e do *SHARE*, através do cálculo de frequências e percentagens e determinação da média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo, consoante o tipo de variáveis em causa.

A significância estatística foi aceite para $p \leq 0,05$. O nível de significância confere poder ao teste, já que o poder deste aumenta quando o nível de significância é maior; a possibilidade de detetar um efeito real aumenta quando se adota um nível de significância em 5%. Nos estudos relacionados com as áreas da saúde, um valor inferior a 0,05 é suficiente para rejeitar a hipótese nula (Barros & Reis, 2003).

Nesta investigação, recorreremos essencialmente aos testes de *Mann-Whitney*, ao *Kruskal Wallis* e à correlação de *Spearman*. O teste de *Mann-Whitney* é o equivalente não paramétrico ao teste t independente e é utilizado quando as condições necessárias aos testes paramétricos não podem ser atendidas. É apropriado às comparações entre grupos cujas amostras são pequenas ou quando a variável sob análise está em escala ordinal. Baseia-se na comparação da soma dos postos ou posições que os valores ocupam em cada grupo (Barros & Reis, 2003).

O teste de *Kruskal Wallis* avalia se as medianas da população sobre uma variável dependente são iguais em todos os níveis de um fator. Este teste é a versão não-paramétrica para medições da *ANOVA* de um fator independente. Aplica-se quando temos mais de duas amostras independentes e podemos assumir que elas são de populações com o mesmo formato, não necessariamente normal. O teste pode ser usado com dados ordinais intervalares ou proporcionais e classifica todos os resultados observados. Se existirem diferenças entre os grupos, então os resultados das várias amostras serão sistematicamente organizados de acordo com a classificação. Caso contrário, se não existirem essas diferenças, os resultados serão misturados indiscriminadamente. A hipótese nula estabelece que não há diferença entre os grupos, pelo que estes não se agrupam de forma sistemática.

A correlação de *Spearman* (ρ) é o equivalente não paramétrico da correlação de *Pearson* ou correlação linear simples. A sua utilização é feita quando pelo menos uma das variáveis foi quantificada numa escala ordinal, quando as variáveis não seguem uma distribuição normal, quando a amostra é pequena, menor que 30. Sendo uma medida de correlação não-paramétrica, ele avalia uma função monótona arbitrária que pode ser a descrição da relação entre duas variáveis, sem fazer nenhuma suposição sobre a distribuição de frequências das variáveis. Não requer a suposição de que a relação entre as variáveis é linear, nem requer que as variáveis sejam medidas em intervalos de classe, e pode ser usado para as variáveis medidas no nível ordinal (Barros & Reis, 2003). O coeficiente ρ de *Spearman* mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais; em vez do valor observado, usa apenas a ordem das observações.

Deste modo, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição nem à presença de *outliers*, não exigindo portanto que os dados provenham de duas populações normais. Aplica-se igualmente em variáveis intervalares/rácio como alternativa ao r de *Pearson*, quando neste último se viola a normalidade. Nos casos em que os dados não formam uma nuvem “bem comportada”, com alguns pontos muito afastados dos restantes, ou em que parece existir uma relação crescente ou decrescente em formato de curva, o coeficiente ρ de *Spearman* é mais apropriado.

Relativamente ao coeficiente de correlação de *Spearman*, utilizamos valores de r que, por convenção de Pestana e Gageiro (2005), sugerem que: $r < 0,2$ – associação muito baixa; $0,2 \leq r \leq 0,39$ – associação baixa; $0,4 \leq r \leq 0,69$ – associação moderada; $0,7 \leq r \leq 0,89$ – associação alta e $0,9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta.

Na análise de regressão, quando se assume que não existe uma correlação ordinal no erro associado aos resíduos, implica que a magnitude do resíduo num caso não tem impacto na magnitude do resíduo do caso seguinte. O teste de *Durbin-Watson* analisa a presença de correlação ordinal entre resíduos. O valor do teste pode variar entre 0 e 4. Um valor aceitável para este teste deve enquadrar-se no intervalo de 1,5 a 2,5, sendo o valor encontrado para a nossa regressão o de 1,934.

Explorámos a influência do meio rural sobre a QV do idoso, tendo em conta a perceção dos cuidados de saúde nomeadamente em relação aos princípios da ética principialista, um dos principais objetivos deste estudo. Avaliámos também se determinadas características sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridade, entre outras) influem na perceção dos cuidados de saúde representados.

A aplicação em simultâneo dos saberes inerentes às metodologias quantitativa e qualitativa poderá potenciar a recolha de informação conducente a um grande avanço na investigação social. Partindo de uma atitude positiva face a ambas as metodologias, investigadores de metodologia mista estão em melhor posição, porque estão munidos de lentes bifocais em vez de lentes simples.

De forma a facilitar a sua compreensão, os dados serão trabalhados em SPSS e apresentados sob a forma de tabelas, onde se omite as fontes, dado que se referem sempre ao presente estudo.

CAPÍTULO VI

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentaremos os resultados cuja sistematização possibilita a familiarização com os dados da amostra, no sentido de descrever as suas características básicas e também a relação entre as variáveis.

Tendo por base a compreensão do enquadramento bioético dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural, optou-se por conjugar, na apresentação dos resultados, os objetivos do estudo e as questões que os enquadram, com base nos seguintes blocos temáticos: (i) *caracterização sociodemográfica* relativa ao sexo, idade, nível de escolaridade, profissão, meio de vida, condições de habitação; (ii) *avaliação multidimensional da adaptação ao processo de envelhecimento* na articulação entre a saúde (condições de saúde, percepção do estado de saúde, tipologia de exames complementares de diagnóstico), a dimensão psicológica (bem-estar, satisfação com a vida e problemas emocionais), económica (custos com os tratamentos médicos, internamentos hospitalares e medicação) e social (contactos com amigos e/ou familiares); (iii) *avaliação da QV* nos seus diferentes domínios (global, físico, psicológico, social e ambiental), de forma a identificar as fragilidades e necessidades relacionadas com a saúde dos idosos e projetar estratégias que visem a melhoria da saúde desta população enquadrada pelos princípios que orientam a teoria da principiologia de Beauchamp e Childress, a saber: a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Para a apresentação dos dados mais relevantes, são utilizadas tabelas, a que se segue o comentário dos resultados e a sua comparação com outros estudos que permitam a melhor compreensão da problemática em estudo.

A) Caracterização sociodemográfica

Na Tabela 15, apresentam-se os dados de caracterização da amostra relativamente ao sexo, grupo etário, estado civil, nível de instrução, principal meio de vida e tipo de habitação.

Tabela 15.
Características sociodemográficas dos idosos residentes em contexto rural do concelho de Vila Real

| | | n | % |
|-------------------------------|-------------------------------------|-----|------|
| Sexo | Feminino | 205 | 60,5 |
| | Masculino | 134 | 39,5 |
| Grupo Etário | 65-70 | 133 | 39,2 |
| | 71-76 | 65 | 19,2 |
| | 77-82 | 79 | 23,3 |
| | 83-88 | 41 | 12,1 |
| | ≥89 | 21 | 6,2 |
| Estado Civil | Solteiro | 23 | 6,8 |
| | Casado com registo | 188 | 55,5 |
| | Casado sem registo - União de facto | 4 | 1,2 |
| | Divorciado/Separado | 7 | 2,1 |
| | Viúvo | 117 | 34,5 |
| Nível de instrução | Sem instrução | 91 | 26,8 |
| | Ensino Básico 1º ciclo | 204 | 60,2 |
| | Ensino Básico 2º ciclo | 16 | 4,7 |
| | Ensino Básico 3º ciclo | 13 | 3,8 |
| | Secundário | 10 | 2,9 |
| | Ensino Superior | 5 | 1,5 |
| Principal meio de vida | Rendimento do trabalho | 18 | 5,3 |
| | A cargo da família | 8 | 2,4 |
| | Pensão de reforma | 308 | 90,9 |
| | Rendimentos (propriedade/empresa) | 2 | 0,6 |
| | Apoio Social (outro) | 2 | 0,6 |
| | Outras situações | 1 | 0,3 |
| Habitação | Própria | 291 | 85,8 |
| | Alugada | 26 | 7,7 |
| | Emprestada | 13 | 3,8 |
| | Outra | 9 | 2,7 |

As variáveis sociodemográficas possibilitam mais do que uma ocorrência para cada indivíduo. Desta forma, os resultados relacionados com estas variáveis foram considerados para a população alvo do estudo, nomeadamente no que à amostra diz respeito. Quanto às principais características sociodemográficas dos indivíduos, 60,5% da amostra é do sexo feminino, 39,2%, tem entre 65 e 70 anos, sendo seguidos de perto, com 23,3%, pelos idosos que têm entre 77 e 82 anos. Quanto ao estado civil, 55,5% estão casados com registo e 34,5% são viúvos, considerando-se relevante mencionar que dos participantes, 93 são viúvas e 24 são viúvos.

A maioria dos idosos (87,0%) tem baixo nível de instrução, sendo que 26,8% não tem qualquer grau académico e 60,2%, completou apenas o ensino básico com primeiro ciclo. Nesta amostra, apenas um indivíduo do sexo masculino e quatro do sexo feminino tinham completado o ensino superior. A pensão de reforma é para 90,9% o principal meio de vida, sendo 85,8% dos idosos proprietários da sua habitação; destes realça-se que a tipologia da casa autónoma é mais frequente (71,1%), contra 26,3% residentes em moradia. Das condições da habitação, é de sublinhar que 99,7% tem casa de banho, 93,8% tem água da rede pública, sendo relevante que 72,3% tem disponibilidade de esgotos da rede pública, contra 27,7% com a utilização de fossa cética, e para 94,1% dos idosos existe disponibilidade de recolha de lixo pelas entidades municipais.

A avaliação sociodemográfica foi ao encontro do esperado, em função da literatura existente. Portugal, de acordo com o Censos de 2011 (INE, 2012), apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, sendo o índice de longevidade de 80,57 anos para as mulheres e 74,0 para os homens. O INE (2012) prevê ainda que, para 2050, essa tendência se agrave com um aumento significativo deste índice, sendo previsível que se situe em 84,1 anos nas mulheres e 77,9 nos homens, pelo que os resultados encontrados em idosos residentes em freguesias rurais do concelho de Vila Real refletem as estatísticas quer nacionais quer internacionais. O Eurostat (2013) também corrobora estas estatísticas, prevendo para 2060 uma esperança média de vida de 89 anos para as mulheres e 84,9 anos para os homens. Esta realidade foi também confirmada por Coelho Filho e Ramos (1999), ao referir que “a predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino reflectiu a maior longevidade das mulheres em relação aos homens” (pp. 450-451).

Os dados encontrados neste estudo, relativamente ao estado civil, são consentâneos com os que refletem as estatísticas, uma vez que o INE (2012) refere que 20% dos idosos vivem sozinhos e 40% com outros idosos.

Quando se aborda o nível de instrução, verificamos que os dados encontrados no nosso estudo vão ao encontro do estudo realizado numa comunidade portuguesa, em 2001, onde a autora refere que a maioria dos idosos é analfabeta (48,6%) (Menezes, 2001). Também

Nunes (2009) realizou um estudo segundo o qual a população idosa representada tinha como habilitações literárias o 1º ciclo do ensino básico (60%), e Braga, Casella, Campos e Paiva (2011) chegaram a resultados similares.

O rendimento auferido pelos idosos também encontra paralelo em estudos de diversa índole, nomeadamente em Costa, Nakatani e Bachion (2006) que identificam no grupo estudado 45,3% de idosos que auferiam rendimento mensal igual ou inferior ao salário mínimo, e que a maioria (89,5%) dos idosos possuía moradia própria.

De entre as variáveis sociodemográficas ressalva-se o baixo nível de escolaridade (87,0%) e de rendimento económico (90,9% vive da reforma) como limitadores das condições para uma vida cívica plena, base de uma ética de relação que visa promover valores inerentes ao próprio Homem numa visão global onde os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça deveriam estar consignados. O mundo vive hoje numa dupla vertente, por um lado o incremento da solidariedade e do maravilhoso mundo do desenvolvimento e por outro no terrível mundo do silêncio introspectivo e nestas duas diferenças fica o crescimento entre dois mundos, onde o nível e condições de vida das pessoas e dos povos são cada mais dispares, aumentando as desigualdades sociais, mundo para o qual as questões da bioética chamam à atenção pois verdadeiramente: “O homem é primeiramente a sua vida” (Entralgo, 2002, p.185).

B) Avaliação multidimensional da adaptação ao processo de envelhecimento

O conceito de saúde, intimamente relacionado com o contexto socioeconómico e histórico, modificou-se ao longo das últimas décadas. Hoje em dia, estar com saúde não significa apenas não estar doente. Insiste-se mais nos aspetos positivos de um corpo e de um espírito libertos, a par de um desenvolvimento pessoal. Sabe-se que é um fator essencial da vida humana e um valor que supera todos os outros ao longo da existência de cada indivíduo. A saúde é o estado e simultaneamente a representação mental do indivíduo no controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto, bem como do aspeto emocional, pelo que se trata de um estado subjetivo que varia de indivíduo para indivíduo e ao longo do tempo, dependendo mesmo do estado emocional em que se encontra. A representação mental da

condição individual e do bem-estar é, pois, variável no tempo, procurando cada pessoa o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca, pelo que a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo. A Tabela 16 pretende apresentar a distribuição das respostas quanto à auto percepção dos idosos sobre o seu estado de espírito.

Tabela 16.

Estado de espírito referido pelos idosos

| | n | % |
|----------------------------------------------------------------------|-----|------|
| Não tenho problemas a andar | 185 | 54,6 |
| Tenho alguns problemas a andar | 145 | 42,8 |
| Tenho de estar na cama | 9 | 2,7 |
| Não tenho problemas em cuidar de mim | 242 | 71,4 |
| Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me | 74 | 21,8 |
| Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a | 23 | 6,8 |
| Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais | 181 | 53,4 |
| Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais | 127 | 37,5 |
| Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais | 31 | 9,1 |
| Não tenho dores ou mal-estar | 108 | 31,9 |
| Tenho dores ou mal-estar moderados | 208 | 61,4 |
| Tenho dores ou mal-estar extremos | 23 | 6,8 |
| Não estou ansioso/a ou deprimido/a | 192 | 56,6 |
| Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a | 128 | 37,8 |
| Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a | 19 | 5,6 |

Relativamente à população em estudo, 54,6% não referiu qualquer problema na mobilidade, embora 42,8% o tenha referido; 71,4% não tem qualquer dificuldade em cuidar de si e 53,4% desempenha, sem constrangimentos, as suas atividades habituais. É de sublinhar que 37,5% tem algumas limitações em desempenhar as suas atividades habituais e que 61,4% referiu ter dores ou mal-estar moderados. Embora 56,6% dos participantes no estudo não se sintam ansiosos ou deprimidos, consideramos relevante mencionar que 37,8% dos inquiridos referiram sentir-se moderadamente ansiosos ou deprimidos. De facto, a preservação da autonomia tanto a nível físico como psicológico é um dos pilares básicos do envelhecimento e deve ser reforçado e encorajado no comportamento do idoso, de forma a promover a autodeterminação e a dignidade que responsabiliza e dá significado à dimensão ética da saúde.

Os dados obtidos não corroboram grande parte dos estudos realizados sobre a percepção da saúde, nomeadamente o de Fransen e cols. (2002) que argumenta que, com o aumento da idade cujo resultado é o de um maior desgaste e de prevalência de doenças crónicas, o grau de dependência vai aumentando. Porém, no nosso estudo, a percepção do estado de saúde poderá dever-se à dimensão da amostra e ao facto de ser uma população idosa que permanece no seu domicílio e, portanto, com níveis de autonomia para as atividades diárias o que pode conduzir a uma melhor percepção da QV, como também é enunciado pelo WHOQOL Group (1995):

...a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objectos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afectado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente. (p.1404)

É, no entanto, de sublinhar que a maioria dos idosos referiu dores osteoarticulares, o que também é corroborado no estudo segundo o qual a mobilidade articular dos idosos se encontra diminuída (Costa et al., 2006).

Num estudo a nível nacional, Sousa, Galante e Figueirido (2003) referem que a maioria dos inquiridos tem uma percepção positiva em relação à sua QV e bem-estar, sendo que 62,8% dos idosos eram autónomos.

Com o envelhecimento da população, passam a predominar as doenças crónicas, tais como a diabetes, as doenças cardiovasculares e osteoarticulares. Além destas, encontram-se ainda problemas neurológicos e mentais, doenças odontológicas, ósseas e ainda, não raras vezes, doenças oculares e auditivas, que alteram grandemente a percepção da QV do idoso. Se é verdade que os progressos da medicina permitiram o aumento da vida média e consequentemente a experimentação de um vasto leque de doenças, é necessário garantir uma atitude positiva, não descurando as modificações que paulatinamente se instalam e que comprometem o entendimento cultural da velhice matizado pelo contexto histórico de cada indivíduo.

Relativamente à perceção que os idosos têm do seu estado de saúde, os valores variam entre 4 e 100, sendo que a média é de 61,63. Por sexo, as mulheres têm pior perceção do seu estado de saúde (58,80) relativamente aos homens (65,97), tendo em conta uma escala de 0 a 100, correspondendo 0 a pior estado de saúde e 100 a melhor perceção do estado de saúde. A informação disponível no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (INE, 2009) indica que cerca de 41,4% dos residentes em Portugal Continental com 65 anos ou mais considera o seu estado de saúde como mau ou muito mau. Esta realidade pode encontrar também razão num estudo similar de Araújo, Ramos e Lopes (2011) sobre a perceção do estado de saúde da população em que é referido que em zonas rurais a perceção da QV diminui a probabilidade dos indivíduos se consciencializarem do seu fraco estado de saúde pela prática continuada de atividade física. Os idosos, e de modo particular aqueles que se mantenham ativos e intervenientes, vão percorrendo a velhice compatível com uma vida satisfatória e, por isso, não devem gerar-se, à luz do princípio da equidade, atitudes discriminatórias e desfavoráveis.

As Tabelas 17, 18 e 19 pretendem sumariar os encargos com a saúde. É importante e relevante para a gestão dos recursos (escassos) de saúde conhecer e compreender melhor a realidade da saúde no contexto do envelhecimento da população portuguesa, não se devendo descurar a sua diferenciação e particularidades regionais e locais. Com o decorrer dos anos, considerar as diminuições orgânicas e a descompensação do equilíbrio fisiológico (que originam significativas alterações na forma e composição corporal e maior suscetibilidade a determinadas patologias), nomeadamente as alterações de estrutura e as perdas funcionais, é contributo para uma melhor gestão dos recursos de saúde necessários à potenciação da QV. Os dados relativos aos problemas de saúde referidos pelos idosos, nos últimos seis meses antes da aplicação do questionário, apresentam-se na Tabela 17.

Tabela 17.

Problemas de saúde, nos últimos seis meses, referidos pelos idosos

| | Sim | | Não | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|
| | n | % | n | % |
| Dores de costas, joelhos, ancas ou outra articulação | 255 | 75,2 | 84 | 24,8 |
| Problemas de coração, dores no peito durante a realização de exercício físico | 93 | 27,4 | 246 | 72,6 |
| Dificuldade em respirar | 90 | 26,5 | 249 | 73,5 |
| Tosse persistente | 60 | 17,7 | 279 | 82,3 |
| Pernas inchadas em edemas | 141 | 41,6 | 198 | 58,4 |
| Dificuldade em dormir | 158 | 46,6 | 181 | 53,4 |
| Quedas | 90 | 26,5 | 249 | 73,5 |
| Medo de cair | 143 | 42,2 | 196 | 57,8 |
| Tonturas, desmaios ou desfalecimento | 81 | 23,9 | 258 | 76,1 |
| Problemas de estômago ou intestino | 102 | 30,1 | 237 | 69,9 |
| Incontinência ou perda involuntária de urina | 79 | 23,3 | 260 | 76,7 |
| Fadiga | 166 | 49,0 | 173 | 51,0 |
| Nenhuma | 46 | 13,6 | 293 | 86,4 |
| Outros sintomas que não foram mencionados | 25 | 7,4 | 314 | 92,6 |

Quando questionados sobre quais os problemas de saúde que mais os incomodaram nos últimos seis meses, relativamente à data da aplicação do questionário, os participantes constatarão como mais relevantes: dores de costas, joelhos, ancas ou outra articulação (75,2%), fadiga (49,0%), dificuldades em dormir (46,6%), medo de cair (42,2%) e pernas inchadas e edemas (41,6%). A percepção do modelo existente para a assistência aos idosos não se adequa à satisfação das suas necessidades em saúde, uma vez que, apesar de recorrerem com maior frequência aos cuidados de saúde, continuam a persistir as suas queixas. Apesar de uma importante parcela dos idosos estar bem de saúde e de se verificar alguma variabilidade de opinião relativamente às alterações mais prevalentes nos idosos, mantém-se a percepção de que a maioria dos problemas identificados é de carácter crónico, pelo que podem persistir durante vários anos, causando diminuição da QV e gastos quer em cuidados quer em recursos de saúde. A doença crónica, por si só, não deve ser um fator limitativo, porque equacionada a terapia de acompanhamento (não se tratam doenças, acompanham-se pessoas) esta permite a visão integral da pessoa humana, que aceitando as suas limitações pode usufruir dos direitos de qualquer cidadão, continuando a participar de uma verdadeira cidadania.

Relativamente aos dados apresentados, verificamos que os idosos consomem cada vez mais os recursos do sistema de saúde, situação que não se tem revertido em melhoria percecionada pelos próprios relativamente aos seus problemas de saúde, de que é exemplo o consumo de medicamentos, acrescido das adversidades da polimedicação, como poderemos analisar na Tabela 18.

Tabela 18.

Consumo semanal de medicamentos referido pelos idosos

| | Sim | | Não | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|
| | n | % | n | % |
| Medicamentos para o colesterol elevado | 148 | 43,7 | 191 | 56,3 |
| Medicamentos para a tensão arterial elevada | 186 | 54,9 | 153 | 45,1 |
| Medicamentos para doenças coronárias ou cerebrovasculares | 63 | 18,6 | 276 | 81,4 |
| Medicamentos para outras doenças do coração | 64 | 18,9 | 276 | 81,4 |
| Medicamentos para a asma | 18 | 5,3 | 321 | 94,7 |
| Medicamentos para a diabetes | 89 | 26,3 | 250 | 73,7 |
| Medicamentos para as dores ou inflamação das articulações | 168 | 49,6 | 171 | 50,4 |
| Medicamentos para outras dores (p.ex: dor de cabeça, dores de costas...) | 143 | 42,2 | 196 | 57,8 |
| Medicamentos para a dificuldade de dormir | 119 | 35,1 | 220 | 64,9 |
| Medicamentos para a ansiedade ou depressão | 61 | 18,0 | 278 | 82,0 |
| Medicamentos hormonais para a osteoporose | 61 | 18,0 | 278 | 82,0 |
| Medicamentos para a sensação de estômago a queimar | 83 | 24,5 | 256 | 75,5 |
| Medicamentos para a bronquite crónica | 25 | 7,4 | 314 | 92,6 |
| Nenhum medicamento | 43 | 12,7 | 296 | 87,3 |

Estudos efetuados mostram que a percentagem de pessoas com reações adversas aumenta aproximadamente 10%, quando o utente toma apenas um fármaco e para quase 100% quando são utilizados dez medicamentos (Katzung, 2006). A polifarmácia, normalmente usada para a polimedicação, sendo uma prática corrente na população idosa e explicada pelo número de doenças crónicas e pela elevada incidência de sintomas e consultas em especialidades diferentes (Duarte & Diogo, 2005), comporta múltiplos riscos. A incidência das reações farmacodinâmicas e farmacocinéticas aumenta proporcionalmente com a idade, sendo que nos indivíduos de 40-50 anos, constituem 10%, e naqueles com 80 anos ou mais, a proporção aumenta substancialmente (25%) (Duarte & Diogo, 2005). Um indivíduo está tanto mais suscetível a reações adversas provocadas pela polimedicação, quanto maior for o número de fármacos prescritos ou automedicados, parecendo existir uma relação exponencial entre o número de fármacos e as interações prejudiciais (Katzung, 2006). Esta evidência parece também verificada nos dados obtidos, como explicitado na

Tabela 18, onde apenas 12,7% da população inquirida refere não tomar qualquer tipo de medicamento. Num estudo realizado em Portugal, por Cima e cols. (2011), verificou-se, tal como no nosso estudo, que os fármacos mais consumidos são os do grupo cardiovascular, com maior consumo por parte da mulheres e que a percentagem de medicamentos do grupo cardiovascular representa cerca de 92,4% dos medicamentos consumidos. No que se refere ao consumo de medicamentos, verificou-se que 54,9% refere tomar medicamentos para o controlo da tensão arterial, 91,8% refere tomar medicação para as dores, sendo que, destes, 49,6% toma medicamentos para as dores osteoarticulares, 43,7% toma medicamentos para o colesterol e 35,1% relata tomar medicação indutora do sono. Deste modo, considera-se pertinente a utilização de métodos explícitos, tal como os critérios de Beers, no sentido de evitar o uso de medicação potencialmente inapropriada e assegurar medidas generalizadas de cuidados e segurança com a prescrição farmacológica em idosos (Budinitz, Shehab, Kegler & Richards, 2007).

A proporção de idosos na população tem aumentado exponencialmente, conforme textualizado em momentos anteriores e, neste contexto, o acréscimo da prevalência de doenças crónicas faz com que cada vez mais aumente a taxa de procura de cuidados de saúde, bem como a frequente utilização de medicamentos. A maioria dos estudos sobre a sua utilização aponta para um número médio de quatro fármacos por idoso (Avery, Groom, Brown, Thornhill & Boot, 1999; Morgan, Agnew & Barer, 2004). O uso mais intensivo dos serviços de saúde reflete um aumento da despesa em cuidados de saúde, que interfere no orçamento familiar, sobretudo das populações que, em meio rural, como é o caso deste estudo, dependem quase exclusivamente de pensões de reforma inferiores a 500 euros e de recursos de uma agricultura de subsistência. O conhecimento da realidade sobre os encargos diretos com as situações de doença possibilitará uma melhor adequação e racionalização dos recursos em saúde. Aliás, a questão do forte crescimento dos encargos com os preços dos medicamentos e com os diferentes atos médicos, mais do que nunca devido à restrição orçamental decorrente do memorando de entendimento com a comissão tripartida (Comissão Europeia, Banco Central Europeu, Fundo Monetário Internacional) obriga, de acordo com Barros (2012), a uma redução na despesa pública em medicamentos em cerca de um terço. A perspetiva economicista da saúde não deve corromper a

perspetiva holística nem a dimensão humanista de que tem de se revestir. No entanto, a afetação de recursos para a saúde no que concerne à política do medicamento e à introdução de genéricos, deve ter em conta o poder económico do consumidor. Sendo a economia e a ética ciências complementares, em que uma define os meios e a outra os fins, esta deve extrair da ética as orientações necessárias para que as suas conclusões sejam realmente visíveis no processo de tomada de decisão terapêutica. Atendendo aos encargos com tratamentos médicos, os participantes do estudo responderam de acordo com o apresentado na Tabela 19.

Tabela 19.

Encargos com tratamentos médicos referidos pelos idosos

| | Eu pago na totalidade | | Eu pago quase na totalidade | | Eu pago menos de metade | | Eu não pago nada | | Não sei | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|-----------------------------|------|-------------------------|------|------------------|------|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Paga consulta de clínica geral | 69 | 20,4 | 20 | 5,9 | 19 | 5,6 | 207 | 61,1 | 24 | 7,1 |
| Paga consultas de especialidade pedidas pelo médico de família | 65 | 19,2 | 27 | 8,0 | 21 | 6,2 | 193 | 56,9 | 33 | 9,7 |
| Paga consultas de especialidade não pedidas pelo médico de família | 167 | 49,3 | 25 | 7,4 | 20 | 5,9 | 65 | 19,2 | 62 | 18,3 |
| Paga consulta num médico escolhido por si | 221 | 65,2 | 20 | 5,9 | 18 | 5,3 | 29 | 8,6 | 51 | 15,0 |
| Paga dentista | 237 | 69,9 | 19 | 5,6 | 8 | 2,4 | 19 | 5,6 | 56 | 16,5 |
| Paga medicamentos receitados | 76 | 22,4 | 59 | 17,4 | 137 | 40,4 | 37 | 10,9 | 30 | 8,8 |
| Paga internamento em hospitais públicos | 53 | 15,6 | 27 | 8,0 | 18 | 5,3 | 163 | 48,1 | 78 | 23,0 |
| Paga internamento em hospitais privados | 145 | 42,8 | 14 | 4,1 | 10 | 2,9 | 32 | 9,4 | 138 | 40,7 |
| Paga estadias em lares ou cuidados de enfermagem ao domicílio, em caso de doença crónica ou incapacidade | 101 | 29,8 | 15 | 4,4 | 14 | 4,1 | 69 | 20,4 | 140 | 41,3 |

Tratando-se de um valor médio autorreferido e, portanto, potencialmente subvalorizado, pode constatar-se que, relativamente às consultas de clínica geral, 61,1% dos participantes referiu não ter qualquer encargo financeiro, sendo que 56,9% também referiu não proceder a qualquer pagamento, quando tem consultas de especialidade solicitadas pelo médico de família. No entanto, os encargos com as consultas de especialidade não requeridas pelo médico de família, são na totalidade assumidas por 49,3% dos participantes, valor que aumenta para 65,2%, quando o idoso, no exercício da sua autonomia, recorre a cuidados médicos da sua preferência. Relativamente às consultas de odontologia, 69,9% dos inquiridos paga a consulta na sua totalidade e quanto ao pagamento de internamentos

hospitalares, verifica-se que 48,1% refere não ter qualquer encargo financeiro com o internamento em hospitais públicos; já em hospitais privados, 42,8% refere pagar na totalidade. De um modo geral, constata-se pelos resultados que os idosos têm uma comparticipação monetária reduzida nos tratamentos e atos médicos, o que merece prudência na sua interpretação, na medida em que não devem apenas ser considerados como exercício de uma escolha autónoma e esclarecida, se não pela limitação da justiça distributiva dos recursos financeiros a que não será alheio o nível de instrução.

Campos (2001), refere que o aumento da esperança de vida acompanhado pela transição epidemiológica implica a sobrevivência por mais anos de pessoas com mais idade e o conseqüente acréscimo de encargos com a saúde dos cidadãos. Todas as hipóteses de trabalho apontam, segundo o mesmo autor, para a necessidade de considerar que as pessoas que se encontram no segmento final da vida são mais propensas a utilizar cuidados de saúde e que o aumento da densidade de idosos na população em geral implicará acréscimos regulares exponenciais dos gastos em saúde. No entanto, o autor refere ainda que “não é tecnicamente fácil identificar os gastos em saúde...os quais variam de acordo com factores diferentes dos determinantes da normal procura de cuidados de saúde” (p.25) e que “é nas comunidades do interior, nas pequenas cidades, vilas e já até em aldeias que a assistência a idosos corre melhor, onde há maior sensibilidade da comunidade” (p.15).

Em sede de Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2012), criado em 1990 como órgão consultivo que analisa os problemas éticos emergentes do progresso científico e da aplicação tecnológica aos domínios da biologia e saúde, tem sido frequente, no seu diálogo com a sociedade civil, a emissão de pareceres, explicitando:

...o debate sobre os custos dos medicamentos e as restrições à prescrição intensificou-se recentemente ... tornando ainda mais urgente a necessidade de propor um modelo de decisão baseado no princípio da justiça que permita ... a salvaguarda da dignidade de quem é tratado e de quem trata. (p.4)

A propósito da despesa pública em saúde, Barros (2009) refere que o preço da maior parte das decisões relativas à utilização de cuidados médicos e de saúde não corresponde a uma imagem ilusória de que a saúde não tem preço, pois a título de exemplo o autor refere que:

...se pensarmos numa ida ao dentista, todos os meses, e o preço da consulta triplicar, será razoável prever que o utente vai alterar o seu comportamento de procura de cuidados de saúde nessa altura o utente está apenas a redescobrir a velha noção de que a procura de um bem ou serviço depende negativamente do seu preço. (p.30)

Refere ainda que “...com seguro, na saúde, quem paga o bem ou serviço pode ser uma entidade diferente de quem beneficia desse bem ou serviço. Apenas esta diferença, aparentemente pequena, ocasionará um resultado de afectação de recursos totalmente diferente” (p.31) e que, em nosso entender, necessita ser introduzido no debate público sobre o estado social norteado pelo princípio ético da justiça distributiva.

Os exames complementares de diagnóstico fornecem informações necessárias para a confirmação de uma determinada alteração ou doença. É relevante referir que as boas práticas recomendam que um exame complementar de diagnóstico seja precedido de uma cuidada anamnese, orientada para o valor e as limitações do exame solicitado. A Tabela 20 refere as razões para a solicitação de uma diversidade de exames complementares de diagnóstico, segundo a percepção dos idosos.

Tabela 20.

Razões para a realização de exames complementares referidas pelos idosos

| | Sim | | Não | | Não se aplica (não fez estes exames nos últimos 6 meses) | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|-------------------------------------------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Fez estes exames (Raio-x, ressonância magnética ou TAC) porque pediu ao médico | 34 | 10,0 | 119 | 35,1 | 186 | 54,9 |
| Fez estes exames (Raio-x, ressonância magnética ou TAC) porque o seu médico os receitou | 135 | 39,8 | 23 | 6,8 | 181 | 53,4 |
| Fez estes exames (Raio-x, ressonância magnética ou TAC) por outros motivos | 13 | 3,8 | 104 | 30,7 | 222 | 65,5 |

Relativamente ao número de exames (Raio-x, ressonância magnética ou Tomografia Axial Computorizada) que os idosos realizaram nos últimos seis meses, a média foi de 1,19, com o máximo de 15 exames referido por um participante com doença oncológica prolongada. Quando questionados sobre a realização de exames complementares de diagnóstico, como era expectável, verificou-se que 39,8% realizou exames complementares a pedido do seu médico e 10,0% por sua livre iniciativa.

Segundo Galvoeira (2011), os meios complementares de diagnóstico e terapêutica desempenham um papel fundamental na atividade clínica. A evolução tecnológica verificada nos últimos anos permite oferecer, atualmente, um leque alargado de novos meios mais precisos e mais sofisticados e, por inerência, mais dispendiosos, pelo que se tornou necessário proceder à definição de critérios técnicos e clínicos mais apertados para a sua utilização eficaz e eficiente.

Desde a década de 80 que se tem verificado uma forte *décalage* entre a necessidade crescente de cuidados de saúde dos cidadãos, e de modo particular dos mais idosos, e a escassez de recursos no setor público, nomeadamente no que concerne aos meios complementares de diagnóstico. O grande desafio que se coloca nos dias de hoje a este setor, centra-se, por um lado, na necessidade de otimizar a capacidade instalada nos prestadores públicos e, por outro, na utilização da medicina baseada na evidência, ou melhor, no conhecimento que, não descurando critérios de efetividade, os interpreta à luz de critérios de justiça distributiva.

Num cálculo simples, Lucena, Gouveia e Barros (1995) estimaram um aumento médio da despesa em saúde atribuível ao envelhecimento da população de 2,4%, enquanto o aumento das despesas reais foi de 34%, pelo que Barros (2009) refere que “na melhor das hipóteses o envelhecimento foi responsável por 7% do aumento das despesas com cuidados médicos em Portugal” (p.47).

A Tabela 21 apresenta o valor médio, em euros, dispendido pelos idosos em cuidados de saúde, relativo a internamento e tratamentos hospitalares, aquisição de medicamentos, realização de exames complementares de diagnóstico e serviços de apoio.

Tabela 21.

Valor médio anual do custo com serviços de saúde despendido pelos idosos

| Quanto diria que pagou do seu bolso | Média |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Quanto diria que pagou do seu bolso por internamento em hospital | 2,45 |
| Quanto diria que pagou do seu bolso por tratamentos hospitalares sem internamento | 14,16 |
| Quanto diria que pagou do seu bolso por medicamentos com receita médica (exclua automedicação) | 389,19 |
| Quanto diria que pagou do seu bolso por cuidados em lares ou centros de dia | 27,14 |
| Quanto diria que pagou do seu bolso por serviços de apoio ao domicílio | 65,19 |
| Quanto diria que pagou do seu bolso por os últimos exames que fez (como raios-x, ressonâncias magnética ou TAC) | 10,35 |

Relativamente aos gastos em saúde, os inquiridos referiram, tal como apresentado na Tabela 21, que para o internamento hospitalar pagaram em média 2,45 euros, sendo 800 euros o valor máximo pago. Quando nos reportámos a tratamentos hospitalares sem internamento, referiram terem pago, em média, 14,16 euros, num máximo de 3105 euros. Em relação aos gastos com medicamentos por prescrição médica e, portanto, excluindo a prática da automedicação, os inquiridos referem ter gasto em média 389,19 euros por ano. Reportando-nos ao valor dispendido com cuidados em lares ou centros de dia, serviços de apoio ao domicílio e exames complementares de diagnóstico, referiram ter gasto, em média, respetivamente, 27,14; 65,19 e 10,35 euros.

Tal como já relatado e corroborado por diversos autores, também Machlin (2009) descreve, num estudo relacionado com as tendências dos gastos em saúde entre 1996 e 2006, nos Estados Unidos, que entre as pessoas com mais de 65 anos de idade, os gastos totais com cuidados de saúde hospitalares decresceram comparativamente à prestação dos CSP na proporção de 43,2% para 37,2% e de 23,4% para 28,7%, respetivamente. Cuidados domiciliários e prescrições médicas desceram 14,9% para 6,6% do total das despesas para com os idosos e nas prescrições médicas houve um aumento de 12,7% para 22,0%. Os gastos com a saúde oral também tiveram um significativo aumento no encargo com despesas de saúde.

De um modo geral, constata-se que os idosos das freguesias rurais referem custos económicos baixos com a saúde, no entanto, considerando que a maioria dispõe de menos de 500 euros mensais, as despesas com a saúde assumem um peso significativo, tal como referem também Gonçalves e Silva (2004). Este será um dilema de natureza bioética, uma vez que os escassos recursos económicos entroncam com as despesas plurais entre cuidados de saúde e condições de vida, reconhecendo-se aqui, também, assimetrias sociais que urge corrigir à luz de um serviço nacional de saúde que pretende consagrar valores constitucionalmente protegidos como são a equidade, a igualdade de oportunidades e até o bem comum.

O gasto reduzido com os cuidados de saúde diferenciados decorre da cobertura generalizada em CSP, cuja expansão se verificou com a criação do SNS em 1979. Desde

então, o sucesso da sua implementação é evidente nos indicadores de saúde como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil e os anos de vida potencial perdidos, com reflexo nos ganhos em saúde que obriga necessariamente à conjugação com indicadores de qualidade de vida.

Para o idoso, muitas vezes são as variáveis de ordem psicossocial que interferem na sua autonomia funcional e independência. Destaca-se a independência emocional como significativo bloqueador da cognição e das decisões de ordem lógica, nomeadamente as relacionadas com as AVDs, enquanto atividades que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira. A independência emocional é condição importante nas mudanças de atividades no processo proativo para a inserção no meio social onde se encontra. A questão emocional, no que se refere ao medo do fracasso, debilita quaisquer interações sociais, pois o medo do fracasso, o forte sentimento de inferioridade e a inadequação construída ao longo do processo cultural, influenciam fortemente a componente emocional percebida pelo idoso e o seu *empowerment* relativamente à construção da sua autonomia. Para Carvalho (2004), *empowerment* é um conceito complexo que reflete noções de índole de conhecimento diversa, pelo que a sua definição se torna complexa, mas na sua essência visa capacitar os indivíduos e comunidades no seu próprio processo de promoção da saúde. Para que isso aconteça, é fundamental a ampliação das práticas democráticas no campo da saúde, sendo útil viabilizar estratégias que busquem garantir a participação dos sujeitos na definição do seu modo de encaminhar a vida e que valorizem, no quotidiano do “fazer saúde”, a coparticipação de profissionais e utentes no processo de saúde/doença. Para que o idoso consiga tomar para si o seu processo de saúde, deve reconhecê-lo como um todo, e os aspetos emocionais fazem parte desse todo e encontram-se representados na Tabela 22.

Na maioria dos países industrializados, no conjunto das pessoas que vivem sós, o maior número está afeto às pessoas idosas. Em Portugal, 51% das pessoas com mais de 64 anos vivem sós, particularmente as mulheres e os que têm nível de escolaridade baixo (Guerreiro, 2003). Se viver só pode ser o resultado de percursos individuais, como por exemplo, a saída dos filhos de casa ou a situação de viuvez, às zonas rurais acresce o maior

risco de pobreza (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006) e de solidão, pela desertificação e perda dos laços de intergeracionalidade.

Tabela 22.

Frequência de problemas emocionais referida pelos idosos

| | Muitas vezes | | Algumas vezes | | Muito poucas vezes ou nunca | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|---------------|------|-----------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Com que frequência se sentiu sem companhia | 35 | 10,3 | 96 | 28,3 | 208 | 61,4 |
| Com que frequência se sentiu posto de parte | 20 | 5,9 | 75 | 22,1 | 244 | 72,0 |
| Com que frequência se sentiu isolado | 35 | 10,3 | 71 | 20,9 | 233 | 68,7 |
| Com que frequência se sentiu sozinho | 36 | 11,4 | 93 | 29,3 | 188 | 59,3 |
| Com que frequência teve problemas emocionais (depressão ou ansiedade) que afetaram as atividades diárias | 31 | 9,1 | 121 | 35,7 | 187 | 55,2 |
| Com que frequência teve problemas emocionais (depressão ou ansiedade) que afetaram o relacionamento com familiares e amigos | 28 | 8,3 | 106 | 31,3 | 205 | 60,5 |

Da população estudada, conforme se pode observar na Tabela 22 e no que respeita à frequência com que se sentiram sem companhia, posto de parte, isolado e sozinho, a maior parte referiu “*muito poucas vezes ou nunca*” respetivamente, 61,4%, 72,0%, 68,7% e 59,3%. No entanto, é de referir que 29,3% dos idosos já se sentiram algumas vezes sozinhos. Relativamente à questão, “com que frequência tiveram problemas emocionais, de entre os quais depressão ou ansiedade, e que afetaram as atividades diárias e o relacionamento com familiares e amigos”, os participantes responderam, 55,2% e 60,5%, respetivamente, que muito poucas vezes e nunca foram afetados por problemas de ordem emocional. Consideramos, no entanto, relevante que 35,7% e 31,3%, respetivamente, consideraram que os problemas emocionais afetaram algumas vezes a sua relação com as atividades diárias e o relacionamento com familiares e amigos.

Segundo Berger (1995), os medos do envelhecimento têm, frequentemente, origem no aspeto cognitivo do fenómeno (memória, julgamento, pensamento), muitas vezes considerado como um período de declínio fatal. Este preconceito foi alimentado durante muito tempo por estudos que consideravam os efeitos do envelhecimento sobre os processos mentais de forma inflacionada. A maioria das pessoas, incluindo os profissionais

de saúde, associa senilidade a declínio intelectual e crê que se trata de um fenómeno que acompanha normalmente o envelhecimento, o que é apenas uma crença errónea.

Segundo Cohen e Eisdorfer (1997), o que importa realçar das alterações verificadas no comportamento do idoso é o alerta quanto à possibilidade de estarmos perante comportamentos depressivos. Efetivamente, o idoso poderá estar numa situação de perdas contínuas, como seja a diminuição do suporte sociofamiliar, a perda do *status* ocupacional e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas, que provocam, não raras vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que podem gerar síndrome depressivo (Ballone, 2002). Diferentes estudos têm mostrado que as maiores prevalências de depressão se observam em doentes com acidente vascular cerebral (25% a 48%), doenças coronárias (8% a 44%). Para além das doenças descritas, os problemas emocionais aumentam os índices de morbilidade e mortalidade (Drago & Martins, 2012).

Destacam-se, pelo grau de incidência, os quadros depressivos e ansiosos e os frequentes transtornos psiquiátricos com consequências graves no grupo etário dos idosos. Apesar da natureza deste problema se ter vindo a modificar, no início deste século, a OMS alertava para os riscos destes transtornos e colocava ênfase na pressão e ansiedade em populações vulneráveis como os idosos (WHO, 2005).

No presente estudo, não se evidenciam valores preocupantes de solidão e problemas emocionais, cujas razões podem estar relacionadas com a manutenção de um *status* funcional autónomo que permite a realização das AVDs e com a manutenção dos laços de intergeracionalidade e da rede social informal, plasmada no diatado popular, “...Entre...Quem é?...”. No entanto, face às transições demográficas e sociais que se verificam nas freguesias rurais do concelho de Vila Real, os problemas da solidão e isolamento dos mais idosos deve continuar a merecer um constante interesse pelos diferentes parceiros sociais (autarquias, instituições de saúde e do setor social e agentes públicos).

A leitura da expressão do isolamento e solidão dos idosos cruza-se com as mudanças estruturais das próprias famílias, resultado da emigração dos filhos e, não raras vezes, da própria viuvez e de perdas relacionais, que comprometem o suporte social e intergeracional

e potenciam na sua ausência estados de morbidade psicossocial. Por isso, a qualidade de vida percebida é também o produto das interações humanas que se desenvolvem, pelo que é necessário promover uma relação intrínseca entre a situação operativa, ou seja, a criação de condições sociais e humanas que aumentem a solidariedade, diminuam o abandono familiar e que combatam a desertificação e a reflexão bioética.

C) Avaliação da percepção sobre a qualidade de vida

A QV, de difícil definição tal como já amplamente relatado no referencial teórico, tem um forte condicionalismo cultural e, no limite, pode assumir uma percepção individual, pelo que a sua interpretação deve ter por base essa característica e também considerar o âmbito multidisciplinar e multidimensional. Os dados apresentados na Tabela 23 dizem respeito à distribuição das respostas dos idosos residentes nas zonas rurais do concelho de Vila Real, quanto à sua percepção da QV no domínio global, através das duas primeiras questões da escala da QV.

Tabela 23.

Distribuição das respostas dos idosos quanto à percepção da QV - Domínio global

| Domínio Global | Muito má | Má | Nem boa nem má | Boa | Muito boa |
|----------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Q1 – Como avalia a sua QV? | 3,5 | 12,4 | 42,5 | 36,6 | 5,0 |
| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| Q2 – Até que ponto está satisfeito com a sua saúde | 7,7 | 21,8 | 37,2 | 30,4 | 2,9 |

Podemos verificar que, relativamente à primeira pergunta “Como avalia a sua QV”, 42,5% dos idosos participantes no estudo considerou-a razoável (*nem boa nem má*) e 36,6% considerou a sua QV como “boa”. Dos idosos que a classificaram “*nem boa nem má*”, 44,9% era do sexo feminino e 38,8% do sexo masculino. De realçar que 51,4% dos homens e 63,0% das mulheres tem uma percepção negativa da qualidade de vida global (QVG). Quando confrontados com a pergunta sobre o grau de satisfação com a sua saúde, (questão 2), verificamos que 37,2% dos idosos respondeu “*não estar satisfeito nem insatisfeito*”, e a satisfação plena com a saúde se verificou apenas em 33,3% dos idosos. É relevante mencionar que 25,9% das mulheres e 37,3% dos homens referiram estar

satisfeitos com a sua saúde. Também podemos observar que 72,2% das mulheres percecionam de forma pouco positiva a sua saúde, comparativamente aos homens (58,2%).

Utilizando a correspondência entre *WHOQOL-100* e o *WHOQOL-Bref*, os resultados obtidos com a análise das respostas estão presentes na Tabela 24.

Tabela 24.

Média e desvio padrão nos domínios avaliados e QVG

| Domínio | Média | Desvio padrão |
|---------------------|-------|---------------|
| Domínio Global | 53,3 | 20,9 |
| Domínio Físico | 52,1 | 20,8 |
| Domínio Psicológico | 57,5 | 18,8 |
| Domínio Social | 56,2 | 17,3 |
| Domínio Ambiental | 57,0 | 16,0 |

O resultado mais próximo de 100 representa melhor QV. Constatamos que a média da QVG é de 53,3, sendo os valores médios, por ordem decrescente, no domínio psicológico, 57,8, no domínio ambiental, 57,0, no domínio social, 56,2 e no domínio físico, 52,1.

a) Domínios da qualidade de vida e o domínio global

Procedeu-se à correlação de Spearman entre os diferentes domínios (físico, psicológico, social e ambiental) e o domínio global, conforme Tabela 25.

Tabela 25.

Coefficiente de correlação entre os diferentes domínios da QV e o domínio global

| Domínio | r | r ² Ajustado | Coefficiente de Regressão β | Valor de t |
|---------------------|-------|-------------------------|-----------------------------------|------------|
| Domínio Global | 1 | | | |
| Domínio Físico | 0,724 | 0,542 | 0,737 | 20,006** |
| Domínio Psicológico | 0,694 | 0,530 | 0,729 | 19,554** |
| Domínio Social | 0,538 | 0,298 | 0,548 | 12,012** |
| Domínio Ambiental | 0,602 | 0,395 | 0,630 | 14,892** |

** $p < 0.01$ (2 extremidades)

Foi observado, através dos resultados obtidos, que todos os domínios se correlacionam positivamente, evidenciando-se uma correlação significativa ao nível 0,01, refletida nos diferentes domínios que, por ordem decrescente, são: o domínio físico ($r=0,737$), domínio psicológico ($r=0,729$), domínio ambiental ($r=0,630$), sendo o domínio social aquele que apresenta menor correlação ($r=0,548$). Procedeu-se, ainda, ao cálculo do coeficiente de

determinação, também chamado de r^2 , que é uma medida de ajustamento do nosso modelo (regressão linear), sendo que o domínio físico explica 54% do modelo, o domínio psicológico explica 53%, o domínio ambiental 39,5% e, por último, o domínio social explica apenas cerca de 29,8% do modelo. O domínio físico interfere de sobremaneira na percepção da QV, pelo que procurámos saber que percepção tinham os idosos residentes em contexto rural, relativamente a esse domínio. As respostas encontram-se inscritas em forma de percentagem na Tabela 26.

Tabela 26.

Distribuição das respostas dos idosos quanto à percepção da QV - Domínio físico

| Domínio Físico | Nada | Pouco | Nem muito Nem pouco | Muito | Muitíssimo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Q3 - Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa fazer? | 12,1 | 21,2 | 33,3 | 26,0 | 7,4 |
| Q4 - Em que medida precisa de cuidados de médicos para fazer a sua vida diária? | 17,4 | 24,2 | 28,0 | 26,3 | 4,1 |
| | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
| Q10 - Tem energia suficiente para a sua vida diária? | 4,7 | 22,1 | 42,2 | 26,8 | 4,1 |
| | Muito má | Má | Nem boa Nem má | Boa | Muito boa |
| Q15 - Como avalia a sua mobilidade e capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio a)? | 6,2 | 18,0 | 31,9 | 36,9 | 7,1 |
| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| Q16 - Até que ponto está satisfeito com o seu sono? | 8,6 | 25,1 | 31,9 | 28,9 | 5,6 |
| Q17 - Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia a dia? | 6,5 | 20,9 | 35,7 | 31,9 | 5,0 |
| Q18 - Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade de trabalho? | 7,4 | 23,9 | 33,9 | 31,0 | 3,8 |

Analisando a distribuição das respostas dos idosos quanto à percepção da QV, verificamos que os idosos inquiridos têm percentualmente a tendência para responder na posição “*nem muito nem pouco*” a todas as questões, relativamente ao domínio físico. Podemos no entanto aferir que face à pergunta “Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa fazer”, a resposta é 33,3% “*nem muito nem pouco*”. Quando questionados sobre a necessidade de cuidados médicos para fazer a sua vida diária, 58,4% dos inquiridos respondeu no intervalo de “*nem muito nem pouco*” a “*muitíssimo*”. Relativamente à energia para a sua vida diária, 42,2% dos idosos refere ter energia moderada e 36,9% boa mobilidade e capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio. Quando questionados sobre a qualidade do seu sono, 31,9% refere estar mais ou menos satisfeito, sendo no entanto de realçar que 65,6% denota uma insatisfação com o seu

sono (“*nem satisfeito, nem insatisfeito*”, “*insatisfeito*” e “*muito insatisfeito*”), 35,7% refere não estar “*nem satisfeito nem insatisfeito*” com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia a dia, embora se possa verificar uma tendência para a insatisfação (63,1% posiciona-se entre o “*nem muito satisfeito nem pouco satisfeito*” e o “*muito insatisfeito*”). Pode referir-se o mesmo quanto à capacidade de trabalho, em que 33,9% dos participantes no estudo não se mostrou “*nem satisfeito nem insatisfeito*”, embora a tendência seja para a insatisfação (65,2%). A Tabela 27 diz respeito ao domínio psicológico, para todas as questões que o integram.

Tabela 27.

Distribuição das respostas dos idosos quanto à percepção da QV - Domínio psicológico

| Domínio Psicológico | Nada | Pouco | Nem muito nem pouco | Muito | Muitíssimo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|----------------|------------------|
| Q5 - Até que ponto gosta da vida? | 3,5 | 9,1 | 35,1 | 42,5 | 9,7 |
| Q6 - Em que medida sente que a sua vida tem sentido? | 3,2 | 8,6 | 36,6 | 43,4 | 8,3 |
| Q7 - Até que ponto se consegue concentrar? | 5,9 | 20,6 | 38,1 | 30,1 | 5,3 |
| | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
| Q11 - É capaz de aceitar a sua aparência física? | 4,4 | 13,6 | 46,0 | 31,0 | 5,0 |
| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| Q19 - Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio? | 2,9 | 11,8 | 41,6 | 36,9 | 6,8 |
| | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre |
| Q26 - Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 13,3 | 28,3 | 36,3 | 18,6 | 3,5 |

Como se verifica, a tendência de resposta situou-se no “*nem muito satisfeito nem pouco satisfeito*”. Quando questionados sobre até que ponto gostam da vida e em que medida sentem que a vida tem sentido, verifica-se que a maior parte se posiciona em “*muito*”, respetivamente 42,5% e 43,4%, e quando questionados sobre até que ponto se conseguem concentrar, 38,1% refere “*nem muito nem pouco*”.

Confrontados com a aceitação da aparência física, apenas 5% dos idosos refere que aceita completamente a sua aparência física.

Quanto à pergunta sobre a satisfação consigo próprio, o registo é tendencialmente positivo, sendo que apenas 14,7% dos idosos refere insatisfação. Quanto à frequência com que

experienciam sentimentos negativos, é de sublinhar que mais de metade dos idosos (58,4%) refere que os sentimentos de tristeza, desespero, ansiedade ou depressão estão frequentemente presentes nas suas vidas.

A expectativa social e a pressão cultural, atuando em conjunto, forçam não raras vezes a um reajuste da forma de vida, e projetam o modo de vida antes de um eventual declínio do corpo e da mente, para que o idoso se adapte à sua própria perceção de QV. Nesse sentido, apresenta-se a distribuição das respostas dos idosos residentes em contexto rural no concelho de Vila Real quanto à sua QV no domínio social. As respostas encontram-se espelhadas na Tabela 28.

Tabela 28.

Distribuição das respostas dos idosos quanto à perceção da QV - Domínio social

| Domínio Social | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Q20 - Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? | 1,2 | 5,9 | 37,5 | 46,9 | 8,6 |
| Q21 - Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual? | 20,9 | 11,2 | 51,6 | 14,5 | 1,8 |
| Q22 - Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos? | 1,2 | 6,8 | 38,1 | 45,1 | 8,8 |

No que concerne ao domínio social da perceção da QV, 46,9% refere estar satisfeito com as suas relações pessoais, sendo que podemos verificar que 84,4% refere estar entre “*satisfeito*” e “*moderadamente satisfeito*” (com as suas relações pessoais). Quando questionados sobre a sua vida sexual, 51,6% refere “*nem estar satisfeito nem insatisfeito*”, embora se possa verificar uma tendência para a insatisfação. Pelo contrário, no que diz respeito ao apoio que recebe dos amigos, 45,1% sente-se “*satisfeito*”.

O local onde as pessoas vivem e se percebem enquanto pessoas, influencia de sobremaneira a sua QV, pelo que foram questionados os idosos residentes em contexto rural sobre a sua perceção da QV relativamente ao domínio ambiental, cujos resultados se encontram descritos na Tabela 29.

Tabela 29.

Distribuição das respostas dos idosos quanto à percepção da QV - Domínio ambiental

| DomínioAmbiental | Nada | Pouco | Nem muito nem pouco | Muito | Muitíssimo |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|----------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Q8 - Em que medida se sente em segurança no seu dia a dia? | 1,8 | 15,9 | 34,2 | 41,6 | 6,5 |
| Q9 - Em que medida é saudável o seu ambiente físico? | 1,8 | 7,1 | 34,8 | 46,6 | 9,7 |
| | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
| Q12 - Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? | 3,5 | 21,2 | 54,9 | 16,5 | 3,8 |
| Q13 - Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? | 4,1 | 17,7 | 49,9 | 24,2 | 4,1 |
| Q14 - Em que medida tem oportunidade de organizar atividades de lazer? | 18,6 | 28,6 | 30,7 | 17,7 | 4,4 |
| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| Q23 - Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive? | 1,5 | 3,8 | 28,9 | 51,9 | 13,9 |
| Q24 - Até que ponto está satisfeito (a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? | 1,8 | 9,7 | 40,7 | 41,6 | 6,2 |
| Q25 - Até que ponto está satisfeito a) com os transportes que utiliza? | 2,1 | 9,1 | 33,0 | 41,0 | 14,7 |

Quando confrontados com as questões que integram o domínio ambiental da percepção da QV, verifica-se que a maior parte dos idosos residentes em contexto rural no concelho de Vila Real, consideram que sentem muita segurança no seu dia a dia (41,6%), tal como consideram que o ambiente físico é saudável (46,6%).

Quanto às questões sobre se o dinheiro é suficiente para a satisfação das necessidades, acesso às informações para organizar a vida diária e as atividades de lazer, o registo predominante é na posição “*moderadamente*”, respetivamente 54,9%, 49,9% e 30,7%. No entanto, importa referir que 3,5% dos idosos residentes em contexto rural no concelho de Vila Real referiu não ter dinheiro suficiente para satisfazer as suas atividades necessárias.

Quando questionados sobre até que ponto estão satisfeitos com as condições do lugar em que vivem, com o acesso aos serviços de saúde e com os transportes, só um reduzido valor percentual de idosos refere insatisfação, respetivamente 5,5%, 11,5% e 11,2%.

Depois de analisarmos os dados obtidos relativamente aos diferentes domínios da QV e ao domínio global, verificamos que outros autores obtiveram resultados similares, nomeadamente Pereira e cols. (2006) numa investigação em idosos, em que referem que os

domínios que mais influenciaram a QVG, foram, por ordem decrescente, o domínio físico, ambiental, psicológico, sendo o domínio social aquele que não mostrou contribuir significativamente para a QV no seu domínio global. Teixeira (2010) refere, na sua investigação, que as correlações entre os vários domínios da QV e o domínio global são correlações fortemente positivas, o que significa que os vários domínios e a QVG aumentam no mesmo sentido. Braga e cols (2011), no seu estudo, concluíram no mesmo sentido, embora não tenham atingido significância estatística.

1.1. Análise inferencial

A indução é, segundo a lógica filosófica, a operação mental que parte de um certo número de observações ou experiências, para a proposição geral, a lei. Assim, os métodos de inferência estatística envolvem o cálculo de estatísticas, a partir das quais se infere sobre os parâmetros da população, isto é, permitem com determinado grau de probabilidade, generalizar à população certas conclusões, por comparação com os resultados amostrais. O problema básico da inferência estatística é descobrir, face aos dados das observações, qual é a distribuição populacional. Mais precisamente, qual é a distribuição da variável aleatória que caracteriza a população.

Os processos de inferência estatística introduzem ordem em qualquer tentativa para tirar conclusões da evidência fornecida por amostras. A lógica desses processos dita algumas das condições que devem guiar a recolha de dados, e as provas estatísticas dizem-nos qual deve ser a dimensão da amostra para que possamos afirmar que elas representam realmente diferenças na população da qual se extraiu a amostra para estudo. Para tomar decisões dessa natureza é que foi criada a estatística inferencial, que trabalha tipicamente com a estimação estatística, significando que ela procura, a partir do conhecimento de estatísticas (média e desvio padrão), de uma ou mais amostras, fazer a estimativa dos próprios parâmetros da população (Barros & Reis, 2003).

Neste ponto, procurou-se comprovar algumas das possíveis relações, mediante a análise estatística anteriormente realizada, permitindo, deste modo, a possibilidade de formular conclusões para a amostra deste estudo, exigindo-se muita precaução na extrapolação dos

resultados para a população, dado o tamanho da amostra e esta estar circunscrita a uma determinada realidade social e cultural.

Previamente à análise realizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para analisar se a distribuição das variáveis seguia um padrão de normalidade. Após a realização do teste, e não se verificando a normalidade, foram utilizados testes não paramétricos. A designação de teste não paramétrico deve-se ao facto de não ser necessário especificar a distribuição da população de onde provém a amostra (Magalhães & Lima, 2001). Os métodos não paramétricos usam procedimentos que se aplicam independentemente da distribuição da população. Para a análise da correlação da percepção da QV dos idosos residentes em contexto rural nos seus diferentes domínios com o sexo, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*, para verificar se há diferença estatisticamente significativa entre as médias de ordem da amostra masculina em relação à feminina. A importância do teste de *Mann-Whitney* advém do facto de ser geralmente considerado como alternativa não paramétrica ao teste *t* para a diferença de médias. Os resultados apresentam-se na Tabela 30.

Tabela 30.

Percepção da QV e os seus domínios em função do sexo

| | Masculino | | Feminino | | U <i>Mann-Whitney</i> | W <i>Wilcoxon</i> | p |
|---------------------|-----------|-----------------|----------|-----------------|--------------------------|----------------------|-------|
| | n | Média de ordens | n | Média de ordens | | | |
| Domínio Global | 134 | 187,53 | 205 | 158,58 | 11385,500 | 32500,500 | 0,006 |
| Domínio Físico | 134 | 192,22 | 205 | 152,86 | 10221,500 | 31336,500 | 0,000 |
| Domínio Psicológico | 134 | 190,28 | 205 | 156,74 | 11017,50 | 32132,500 | 0,002 |
| Domínio Social | 134 | 177,92 | 205 | 164,82 | 12674,000 | 33789,000 | 0,223 |
| Domínio Ambiental | 134 | 184,98 | 205 | 160,21 | 11728,000 | 32843,000 | 0,023 |

Quanto à relação entre a QV e o sexo, verificou-se que na QV global ($p=0,006$), no domínio físico ($p=0,000$), domínio psicológico ($p=0,002$), domínio ambiental ($p=0,023$), há diferenças estatisticamente significativas, sendo que o sexo masculino apresenta valores mais elevados. No domínio social ($p=0,223$) não há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sexo.

Pretendemos também verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à percepção da QV dos idosos em contexto rural e o estado civil. Para tal, procedeu-se à recodificação de variáveis, tendo sido criadas duas categorias, que agrupam

os idosos em solteiros, viúvos e divorciados/separados na categoria “sem companheiro” e outra que integra os idosos casados/união de facto na categoria “com companheiro”. Os resultados são apresentados na Tabela 31.

Tabela 31.
Perceção da QV em função do estado civil

| | Sem companheiro | | Com companheiro | | U | W | p |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------|-----------|-------|
| | n | Média de ordens | n | Média de ordens | | | |
| Domínio Global | 147 | 158,76 | 192 | 178,61 | 12459,500 | 23337,500 | 0,058 |
| Domínio Físico | 147 | 151,13 | 192 | 184,45 | 11338,000 | 22216,000 | 0,002 |
| Domínio Psicológico | 147 | 150,64 | 192 | 184,82 | 11266,000 | 22144,000 | 0,001 |
| Domínio Social | 147 | 152,68 | 192 | 183,26 | 11565,500 | 22443,500 | 0,004 |
| Domínio Ambiental | 147 | 156,15 | 192 | 180,61 | 12075,500 | 22953,500 | 0,022 |

Pela análise da tabela, constatou-se que existe significância estatística para os domínios físico ($p=0,002$), psicológico ($p=0,001$), social ($p=0,004$) e ambiental ($p=0,022$). No entanto, a relação não é estatisticamente significativa para o domínio global ($p=0,058$), cujo valor obtido, muito próximo da significância estatística, pode ser devido à dimensão da amostra. Portanto, a tendência será que a perceção da QV varie de acordo com a existência ou não de companheiro, sendo que a perceção sobre o domínio físico, psicológico, social e ambiental é sempre melhor entre os idosos que referem a existência de companheiro.

Consideramos relevante fazer a análise relativamente à correlação da QV com a idade dos idosos residentes em contexto rural no concelho de Vila Real. Atendendo a que com o teste *Kolmagorov-Smirnov* não se comprovou a normalidade na distribuição da amostra, utilizou-se para esta correlação o teste de *Sperman*. A Tabela 32 apresenta os resultados da correlação entre a QV e a idade.

Tabela 32.
Correlação entre a QV e a idade

| QV/Idade | ρ | p |
|---------------------|--------|-------|
| QV Global | -0,243 | 0,000 |
| Domínio Físico | -0,334 | 0,000 |
| Domínio Psicológico | -0,222 | 0,000 |
| Domínio Social | -0,178 | 0,001 |
| Domínio Ambiental | -0,183 | 0,001 |

**A correlação é significativa ao nível 0,01 (2 extremidades).

Pelos dados observados, constatou-se que no domínio global ($p=0,000$), no domínio físico ($p=0,000$), domínio psicológico ($p=0,000$), domínio social ($p=0,001$) e domínio ambiental ($p=0,001$) existe significância estatística no que se refere à correlação entre os diferentes domínios da QV e a idade. Tendo-se observado uma correlação negativa entre os diferentes domínios e a idade, é possível dizer que, à medida que aumenta a idade, diminui a percepção da QV em todos os domínios.

Para a análise da relação entre a percepção da QV e o nível de instrução dos idosos residentes em contexto rural no concelho de Vila Real, foi utilizado o teste de *Kruskall-Wallis*, usualmente aceite como uma alternativa não paramétrica à análise de variâncias simples. O teste de *Kruskall-Wallis* é uma generalização para $K > 2$ amostras, do teste de *Mann-Whitney* anteriormente apresentado, sendo que neste caso o nosso K é 3. Os resultados obtidos encontram-se apresentados na Tabela 33.

Tabela 33.

Percepção da QV em função do nível de instrução

| | Sem Instrução | | Ensino Básico | | Secundário e Superior | | Kruskal-Wallis | p |
|---------------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------------|-----------------|----------------|-------|
| | n | Média de ordens | n | Média de ordens | n | Média de ordens | | |
| Domínio Global | 91 | 134,59 | 233 | 179,52 | 15 | 236,90 | 22,186 | 0,000 |
| Domínio Físico | 91 | 131,35 | 233 | 180,41 | 15 | 242,73 | 25,139 | 0,000 |
| Domínio Psicológico | 91 | 125,35 | 233 | 182,02 | 15 | 254,23 | 33,665 | 0,000 |
| Domínio Social | 91 | 136,38 | 233 | 178,11 | 15 | 247,93 | 22,361 | 0,000 |
| Domínio Ambiental | 91 | 118,83 | 233 | 183,35 | 15 | 273,00 | 45,928 | 0,000 |

Podemos verificar pelo valor de p que a percepção da QV dos idosos residentes em contexto rural e o nível de instrução é estatisticamente significativo para os diferentes domínios: global ($p=0,000$), físico ($p=0,000$), psicológico ($p=0,000$), social ($p=0,000$) e ambiental ($p=0,000$). Os dados evidenciam que, à medida que aumenta o nível de escolaridade, aumenta a percepção da QV. Os idosos que possuem o ensino secundário ou superior têm médias de ordem mais elevadas de QVG e nos diferentes domínios.

Relativamente à relação entre a percepção da QV e o rendimento, procedeu-se à recodificação em duas categorias, ou seja, idosos que auferiam ≤ 500 euros mensais e idosos que tinham de rendimento > 500 euros mensais. Os resultados apresentam-se na Tabela 34.

Tabela 34.
Perceção da QV em função do rendimento mensal

| | Menos de 500 euros | | Mais de 500 euros | | U | W | p |
|---------------------|--------------------|-----------------|-------------------|-----------------|----------|-----------|-------|
| | n | Média de ordens | n | Média de ordens | | | |
| Domínio Global | 270 | 161,59 | 69 | 202,91 | 7044,000 | 43629,000 | 0,001 |
| Domínio Físico | 270 | 156,57 | 69 | 222,55 | 5689,000 | 42274,000 | 0,000 |
| Domínio Psicológico | 270 | 155,22 | 69 | 227,84 | 5324,000 | 41909,000 | 0,000 |
| Domínio Social | 270 | 157,40 | 69 | 219,29 | 5914,000 | 42499,000 | 0,000 |
| Domínio Ambiental | 270 | 153,44 | 69 | 234,80 | 4843,500 | 41428,500 | 0,000 |

No que se refere à relação entre a perceção da QV e o rendimento mensal dos idosos, podemos constatar que existe significância estatística para os domínios global ($p=0,001$), físico ($p=0,000$), psicológico ($p=0,000$), social ($p=0,000$) e ambiental ($p=0,000$). As médias de ordem da QV percecionada pelos idosos são mais elevadas na categoria dos idosos que têm um rendimento superior a 500 euros mensais.

Para melhor compreensão da realidade percecionada pelos idosos residentes em contexto rural no concelho de Vila Real, propusemo-nos analisar a relação entre a QV e os gastos com medicação ou consultas médicas, cujos resultados constam da Tabela 35.

Tabela 35.
Perceção da QV em função dos gastos com medicamentos e consultas médicas

| QV/ gastos com medicamentos e consultas médicas | Correlação (ρ) | p |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-------|
| QV Global | -0,268** | 0,000 |
| Domínio Físico | -0,314** | 0,000 |
| Domínio Psicológico | -0,199** | 0,000 |
| Domínio Social | -0,178** | 0,001 |
| Domínio Ambiental | -0,072 | 0,186 |

** A correlação é significativa ao nível 0,01 (2 extremidades).

Existe uma relação estatisticamente significativa entre a QV e os gastos com medicamentos e consultas médicas no domínio global ($p=0,000$), no domínio físico ($p=0,000$), no domínio psicológico ($p=0,000$) e no domínio social ($p=0,001$), sendo que quando diminui a QV nestes domínios, aumentam os gastos com os medicamentos ou as consultas médicas. Relativamente ao domínio ambiental, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas.

A solidão é uma realidade frequentemente abordada na literatura do envelhecimento; por essa razão, propusemo-nos analisar na amostra a relação entre o sentimento de solidão e o

sexo, e a QV nos seus diferentes domínios, cujos resultados são apresentados nas Tabelas 36 e 37.

Tabela 36.

Correlação entre os sentimentos de solidão e o sexo

| | Masculino | | Feminino | |
|-----------------------------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | n | Média Ordens | n | Média Ordens |
| Valores da escala | 134 | 189,85 | 205 | 157,02 |
| U=11074,500; W=32189,500; p=0,001 | | | | |

A média de ordens nos idosos do sexo masculino apresenta um valor superior à média de ordens dos idosos do sexo feminino, 189,85 e 157,02, respetivamente. A média de ordem representa um indicador, em que através da questão 5 a) do questionário *SHARE*, nos é indicado que quanto maior o seu valor, menor será o sentimento de solidão, pelo que se pode inferir que as mulheres apresentam mais sentimentos de solidão comparativamente aos homens ($p=0,001$).

Tabela 37.

Perceção da QV em todos os domínios e sentimentos de solidão

| QV/ Sentimentos de solidão | Correlação (ρ) | p |
|----------------------------|-----------------------|-------|
| QV Global | 0,372** | 0,000 |
| Domínio Físico | 0,349** | 0,000 |
| Domínio Psicológico | 0,405** | 0,000 |
| Domínio Social | 0,347** | 0,000 |
| Domínio Ambiental | 0,339** | 0,000 |

**A correlação é significativa ao nível 0,01 (2 extremidades).

Relativamente à QV, verificou-se que existe significância estatística para a relação entre os diferentes domínios da QV e os sentimentos de solidão. O resultado obtido mostra uma correlação positiva entre a QV e os sentimentos de solidão, ou seja, aumentando a QV, diminuem os sentimentos de solidão.

Em jeito de síntese, podemos inferir que o sexo masculino, os idosos que vivem com companheiro, os que têm nível de instrução mais elevado e os que têm rendimentos superiores a 500 euros, apresentam melhor perceção da QV. Verifica-se também que, à medida que a idade aumenta, diminui a perceção positiva da QV e o mesmo ocorre quando

umentam os custos com medicamentos e consultas médicas. São também os idosos que expressam menos sentimentos de solidão os que têm melhor percepção da QV. Sprangers e cols. (2000), Suurmeijer, Reuvekamp e Aldenkamp (2001) e Arnold e cols. (2004) corroboram a teoria de que existe uma relação entre os fatores idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro e baixos níveis de QV.

Pretendemos, neste momento, confrontar os resultados obtidos com diferentes autores que se debruçaram sobre a temática em estudo.

Considerando que a percepção da QV é, ao longo do tempo, um construto modificável e determinado pelo contexto cultural e social, que no nosso estudo não é alheio à matriz da ruralidade que a enforma, verifica-se, no entanto, a conformidade com resultados de outros estudos. Alguns autores (Aguilar, Navarro, Farina & Martin, 2009; Martinelli et al., 2008; Vuillemin et al., 2005) afirmam que os homens apresentam uma percepção mais positiva da QV em relação às mulheres, principalmente no domínio social e psicológico. No nosso estudo, verifica-se que o fenómeno se expande a todas as dimensões da QV, conforme referem Vuillemin e cols. (2005), reforçando os aspetos da interioridade, que continuam a perpetuar as diferenças culturais inerentes ao papel da mulher.

Se é consensual aceitar-se que a idade cronológica avançada não é sinónimo de declíneo, parece, no entanto, evidenciar-se uma diminuição da percepção da QV, provavelmente relacionada com a capacidade de preservar a autonomia e a perda de papéis socialmente atribuída aos mais idosos. Resultados que indicam a tendência para a diminuição da QV à medida que a idade aumenta são descritos por Vuillemin e cols. (2005) num estudo transversal, e por Blacklock, Rhodes e Brown (2007), ao referirem uma associação inversa entre a percepção da saúde e o aumento da idade, que pode estar também associada às diminuições funcionais e perdas de desempenho, bem como ao aumento da dor.

O envelhecimento populacional tem colocado reflexões éticas quanto à utilização indiscriminada da medicação, pondo em análise a polimedicação e os riscos inerentes. Na verdade, constata-se que o envelhecimento coexiste com comorbilidades associadas e com uma panóplia de intercorrências farmacológicas que ocultam sintomatologia e dificultam o estabelecimento de diagnósticos diferenciais. Neste sentido, a idade tem sido referida como

um dado importante na previsão do recurso a medicamentos, aumentado a probabilidade do seu uso a partir da quarta década de vida (Bardel, Wallander & Svärdsudd, 2000). Neste campo, os interesses comerciais da indústria farmacêutica, dos *stackeholders*, e interesses instalados dos profissionais de saúde têm orientado a prescrição terapêutica, pelo que é essencial uma atuação orientada por princípios éticos fundamentados.

A relação entre a percepção da QV e os problemas financeiros é referido por Sherbourne, Meredith, Rogers e Ware (1992) ao verificarem que os problemas financeiros reduzem o bem-estar dos idosos. É consensual que, com o acréscimo da prevalência das doenças crônicas e da diminuição da capacidade funcional entre a população idosa, se constata um perfil elevado de utilização de medicamentos, a que estão associados gastos mensais com repercussão no rendimento familiar, evidenciando-se uma relação com níveis de pobreza que comprometem, num paradigma existencial, a dignidade da pessoa.

A QV inclui um largo espectro de áreas da vida. Os modelos de QV vão desde a “*satisfação com a vida*” ou “*bem-estar social*” a modelos baseados em conceitos, como a independência, controlo, competências sociais e cognitivas. Smith (2001) considera que o conceito se modificou a partir dos meados do século XX. Antes significava apenas a disponibilidade de bens materiais (comida, casa de banho, casa aceitável, acesso aos serviços de saúde e ação social, dinheiro suficiente); hoje inclui também outras dimensões menos tangíveis (como o sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidade de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, ...). A QV associada apenas à autonomia, restringe e pode mesmo comprometer o seu sentido mais lato, que corresponde às condições de vida com dignidade, em que o indivíduo pode afirmar “faço parte, eu conto!” (Magalhães, 2001, p.224).

CAPÍTULO VII

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO/CONCLUSÕES

1. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Viver é um fenómeno contínuo: começamos a viver e, como tal, a envelhecer, no momento da nossa conceção, pelo que o indivíduo percorre um caminho inexoravelmente ligado à ansiedade do seu existir e da sua finitude, tal como refere Heidegger (1951), “a angústia não sabe o porquê da sua existência ... porque isso não é nada nem está em parte alguma...; a angústia deve-se ao mero facto de estar no mundo” (pp. 206-207), mas não podemos e nem queremos ser tão pessimistas, pois a vida é bela, ou, pelo menos, pode ser bela.

Quando se tem a oportunidade de observar diariamente uma paisagem esplendorosa e um aconchego familiar, ninguém tem tempo para se lembrar das “intempéries” da noite anterior ou das dissonâncias da vida. Todos necessitamos de carinho, ajuda, companhia, que suavizem, tanto quanto possível, as agruras que a vida sempre nos dá, num momento ou noutro; esta é, fundamentalmente, a proposta que pretendemos transmitir, pois o provimento psíquico e afetivo é, não raras vezes, mais importante do que a mera questão biológica. Por isso, a família retrata-se como “...o lugar mais natural para viver a condição de ancianidade, continua a ser aquele ambiente onde ele é de casa, entre parentes, conhecidos e amigos, e onde pode prestar ainda algum serviço” (João Paulo II, 1999, p.13).

No modelo familiar alargado, a família garantia a proteção aos seus membros mais velhos até ao fim da vida, em oposição ao modelo de família nuclear, no seio do qual as pessoas idosas se encontram muitas vezes sós, em casal ou isoladas nos últimos anos da sua vida. O jogo subjacente aos interesses e a ausência de normas que permitam determinar quem, na rede de parentesco, tem o dever de cuidar, conduzem frequentemente a conflitos, pois “enquanto se trata de pequenas ajudas que não põem em causa os modos de vida dos indivíduos, não se verificam grandes dilemas, quando implicam uma maior sobrecarga,

coloca-se a questão de como repartir os encargos” (Pimentel, 2001, p.81). O tipo de solidariedade que se estabelece entre as diferentes gerações depende não só do capital económico e emocional detido pelos primeiros, mas também da trajetória social, emocional e profissional percorrida pelos segundos. O ideal é, pois, que se preserve a autonomia do idoso, garantindo-lhe ajudas sociais eficazes, relativamente às necessidades crescentes que advêm do processo temporal de um tempo vivido. É importante a facilitação de oportunidades e de meios para que cada um, individualmente, tenha a possibilidade de viver, ao longo do seu ciclo de vida, saudável, no meio onde se sente bem e onde (re) criou a sua identidade pessoal, social e cultural.

A forma como as próprias pessoas perspetivam a sua saúde é tão importante como as perspetivas dos profissionais (Pike & Foster, 1995). Os modelos que normalmente utilizamos baseiam-se em teorias que, por sua vez, estão intimamente relacionadas com os nossos valores e as nossas crenças, fazendo com que a promoção da saúde seja perspetivada à luz da nossa conceção. É, no entanto, fundamental que ouçamos também as crenças e os desejos das pessoas idosas num processo inclusivo para que possamos obter efetivos ganhos em saúde.

Atendendo a uma abordagem educacional, é importante conceder à pessoa idosa informações sistematizadas e acompanhadas, conhecimentos e compreensão sobre as questões da saúde, que lhe permita a tomada de decisão consciente. Assim, o idoso pode desenvolver capacidades para tomar para si o seu processo de saúde/doença com uma perspetiva de maior e melhor autonomia, nomeadamente relacionada com a procura de cuidados de saúde.

Na nossa perspetiva, a intervenção na comunidade deve ter duas vertentes: uma individual, que tem em conta a aquisição de competências individuais, as vulnerabilidades e particularidades de cada indivíduo de *per si*; a outra, um modelo mais comunitário, que se concentraria no *empowerment* de uma comunidade, pelo facto de serem as próprias pessoas a estabelecer os seus objetivos e necessidades, trabalhando conjuntamente para atingirem as suas metas, num processo de inter e intra-ação complementar, tomando consciência dos fatores determinantes que afetam o seu processo de saúde. Num percurso de inclusão que

faça com que o idoso se sinta participativo no processo decisório, aumentando a autoestima e autoconfiança e contribuindo, indiretamente, para o processo de proatividade, tudo concorre para criar o sentido do fazer e querer fazer, evitando que o idoso se sinta sedentário e conformado com o seu destino e, conseqüentemente, com a sua saúde/doença, consideradas, do ponto de vista holístico, no sentido amplo do termo.

Ewles e Simnett (1999), consideram que o *empowerment* contribui para que as pessoas idosas possam acompanhar e fazer parte ativa do seu próprio processo inclusivo, de forma a que, efetivamente, o idoso sinta que é capaz de realizar os seus objetivos, mesmo os mais simples, como por exemplo, administrar a medicação de forma correta, ser capaz de, autonomamente, procurar cuidados de saúde adequados ou resistir ao processo de doença. Em última análise, perspectiva-se que o idoso seja capaz de tirar maior partido dos serviços de saúde, tendo como ponto fundamental o processo comunicacional.

A linguagem é responsável pela comunicação entre os seres vivos, e os seres humanos fazem parte desse imenso grupo. Ela impregna pensamentos, sonhos, serve de intermediária nas relações, é responsável pela troca e transmissão de conhecimentos, favorece a formação e a transformação (Rabadán, 1998); aliás, o conhecimento só cresce se partilhado, sendo a linguagem um elo imprescindível no desenvolvimento desse processo.

Ao partilhar experiências de vida, aceitando e procurando vencer desafios e somar conhecimentos, as relações serão certamente fortalecidas e a linguagem e o pensamento criativo mostrarão, certamente, novas soluções, novas ideias, reflexões e observações, sem perder a consciência da temporalidade, dos valores, dos contextos e das mudanças sociais. A comunicação tem um enorme papel terapêutico, pois permite ao indivíduo desenvolver e manter o sentido da sua identidade, diminuindo a ansiedade e a depressão.

Atuar na saúde das populações, nomeadamente da população idosa residente em contexto rural, implica uma conceção integral do ser humano. Um estudo realizado por Moraes e Souza (2005) revelou que idosos independentes para as AVDs e satisfeitos com as suas relações familiares têm maior probabilidade de um envelhecimento saudável em qualquer contexto sociodemográfico.

Podemos, pois, verificar que as propostas de intervenção a nível da saúde em idosos residentes em contexto rural, podem ser consideradas em três âmbitos específicos: (i) o idoso, a família e a comunidade. Tal como referido, o idoso é a congregação do seu “ser”, do seu “eu” com o contexto que influenciou o seu desenvolvimento. Somente considerando-o nesta perspetiva é que se pode proceder a qualquer intervenção potenciadora de ganhos em saúde; (ii) a intervenção em saúde no que diz respeito à clínica, é sobretudo na prevenção primária que reside o segredo da melhor efetividade ao menor custo com maior eficácia e eficiência. Temos de referir a importância fundamental das parcerias comunitárias intra e interinstitucionais, eficazes e verdadeiramente efetivas e permanentes; (iii) o *empowerment* dos idosos no processo construtivo de saúde, sendo proativos e impulsionadores do seu próprio dinamismo, em grande parte devido a uma otimização do processo comunicacional.

Neste sentido, indicam-se sete princípios de bioética social, interligados, para a elaboração de estratégias que incentivem comportamentos assertivos para um envelhecimento de vida proativo:

- Fomentar a atividade, incluindo todos os intervenientes da comunidade, pois a atividade contribui para o bem-estar do indivíduo prolongando os seus efeitos na família e na comunidade;
- Promover ações de carácter preventivo, incidindo em aspetos preventivos e não apenas curativos, de compensação ou de remediação. Assim, a intervenção deve realizar-se ao longo do ciclo de vida e não apenas na velhice. A par das medidas necessárias para quem já se encontra nessa fase, deve dar-se ênfase à prevenção de doenças, incapacidades e dependência nos indivíduos mais novos;
- Promover a solidariedade intergeracional, pois esta assume particular importância na efetivação de um envelhecimento ativo e saudável. Pressupõe igualdade entre gerações e o desenvolvimento de atividades que percorram todos os grupos populacionais, trabalhado no sentido de promover a saúde e o equilíbrio;

- Promover a participação e investir no fortalecimento pessoal (*empowerment*). As estratégias devem motivar e dar oportunidades aos indivíduos para desenvolverem as suas próprias estratégias de saúde e bem-estar;
- Respeitar a cultura na sua diversidade e identidade, tendo em conta as particularidades das populações rurais, dos seus hábitos de vida e das suas crenças.

Deve, então, procurar-se um equilíbrio entre a responsabilidade pessoal (autocuidado), ambientes adequados e solidariedade intergeracional. Associam-se ao conceito de envelhecimento bem-sucedido fatores psicológicos e psicossociais, de natureza social, ambiental, económica, educativa, sanitária e biológica (Fernandez-Ballesteros, 2000). A promoção do envelhecimento bem-sucedido não implica anular a idade, mas otimizar o processo de envelhecimento. O planeamento e implementação de estratégias individuais requerem uma postura proativa por parte do indivíduo, socorrendo-se tanto de recursos internos como externos (Kahana, Kahana & Kercher, 2003).

Podemos considerar vários tipos de adaptações para um envelhecimento saudável e bem-sucedido, como por exemplo, adaptações preventivas e corretivas (Kahana et al., 2003). Nas preventivas, inclui-se a promoção da saúde física e mental, da satisfação com a vida e planeamento do futuro com antecedência (Ferrario, Freeman, Nellett & Scheel, 2008). Ao tomar estas medidas preventivas, o indivíduo não terá que realizar tantas adaptações corretivas. Sabe-se que o planeamento de estratégias orientadas para o futuro tem uma influência positiva na satisfação com a vida que proporciona bem-estar, conceito estreitamente relacionado com um envelhecimento bem-sucedido (Ouweland, Ridder & Bensing, 2007). Nas adaptações corretivas, insere-se a congregação de medidas de suporte, a alteração dos papéis familiares e sociais, as mudanças no ambiente habitacional e as atividades domésticas e a autonomia, autorregulação e independência (Ferrario et al., 2008).

Enunciamos, a seguir, um conjunto de medidas que devem ser consideradas, nomeadamente políticas sociais, educativas e de saúde, que podem ser adotadas no sentido da prevenção e intervenção precoce e traduzidas em campanhas de promoção de estilos de

vida saudáveis, educação informal e formal, investigação académica, políticas de ação social, políticas profissionais, empresariais e ambientais (Friedrich, 2003).

Também no contexto da prevenção e intervenção precoce, pode equacionar-se a criação de estruturas ou serviços de parcerias efetivas que permitam otimizar a saúde, detetando e assegurando o tratamento de doenças ou incapacidades dos indivíduos, como por exemplo, equipas de diferentes unidades funcionais de saúde ou de segurança social no âmbito do acompanhamento e/ou intervenção nos grupos mais vulneráveis. Podem, ainda, ser instituídos programas de intervenção de saúde física e mental, ao nível das juntas de freguesia, sendo de ressaltar que, dada a heterogeneidade dos indivíduos e a diversidade no envelhecimento, é importante evitar soluções simples. A elaboração dos programas de intervenção deve considerar a especificidade de cada interveniente.

Além disso, deve intervir-se na educação formal, incluindo temas relativos ao envelhecimento bem-sucedido e a sua promoção nos currículos escolares, desde o ensino pré-escolar ao superior. Fomentar encontros intergeracionais para se trabalhar um tema específico e planear atividades para as várias fases da vida, promovendo a dinâmica intergeracional e o combate ao isolamento das populações rurais, são práticas apontadas por vários autores, sugerindo que o contacto com pessoas idosas aumenta as atitudes positivas das crianças e adolescentes em relação à velhice e ao envelhecimento (Cohen, Sandel, Thomas & Barton, 2004; Ferrario et al., 2008).

As atividades mencionadas seriam uma mais-valia para o enquadramento dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural que, atendendo ao paradigma custo/efetividade, promoveriam uma política intervencionista diferente da atual com resultados mais efetivos e eficazes, e que poderiam constar de uma proposta de intervenção necessariamente mais plural e eticamente mais integradora:

- Melhorar a gestão dos recursos dos CSP, com o incentivo aos cuidados comunitários e de proximidade, quer dando visibilidade aos cuidados de saúde quer promovendo a diferenciação positiva de cuidados, e tendo em conta a justiça distributiva, não pretende proporcionar tudo a todos, de forma indiscriminada, mas proporcionar na medida das necessidades efetivas de cada um;

- Potenciar os recursos comunitários com parcerias interinstitucionais efetivas, duradouras e complementares, quer a nível autárquico quer a nível social. É necessário promover uma atitude mobilizadora da sociedade que coloque em permanente interrogação e desoculte os preconceitos e esteriótipos e revitalize a solidariedade intergeracional e uma cidadania ativa;
- Criar mecanismos de incentivo ao regresso das populações adultas à sua origem, que sejam capazes de alavancar potencialidades produtivas e endógenas e que tendencialmente invertam os fenómenos de emigração para as grandes cidades, e de desemprego, promovendo uma maior coesão territorial e social numa relação intrínseca entra a situação operativa e a reflexão bioética;
- Ampliar a acessibilidade aos cuidados de saúde da população rural, melhorando a efetividade da rede pública de transportes regulares, de forma a potenciar a livre circulação de pessoas, bens e géneros, bem como o cumprimento, em tempo útil e oportuno, das necessidades em cuidados de saúde efetivos;
- Imprimir uma maior racionalização ético-deontológica na prescrição médica no que respeita à polimedicação, questionando-se os problemas relacionados com os medicamentos, os custos sociais e económicos associados, a relação risco-benefício e equacionando-se até a introdução dos critérios de Beers como boa prática clínica no âmbito da avaliação da polimedicação potencialmente inapropriada como medida de prevenção iatrogénica;
- Fomentar a participação ativa das pessoas idosas, mesmo quando, por via da maior longevidade, apresentem, concomitantemente, doenças crónicas, baixos níveis de literacia e débeis recursos económicos, que comprometem a manutenção plena da autonomia e da independência. Exige-se o incremento de políticas e programas intersetoriais e integradores e a emergência de uma intervenção profissionalizada, que se demarquem de uma visão economicista e avulsa e que não descurem o desiderato da continuidade do ciclo de vida e da QV permanentemente atravessada pela reflexividade da bioética.

Em síntese, o envelhecimento ativo e bem-sucedido é um problema global. Para o conseguir atingir são necessárias propostas, elas também, globais e necessariamente intersetoriais e intercooperantes, tendo em conta o homem como ser social, em que a sua ação terá reflexos nele e no outro, tal como o imperativo categórico de Kant menciona: age de tal forma que a tua ação possa ser considerada uma lei universal.

A satisfação do direito à proteção da saúde das populações, nomeadamente das mais envelhecidas e desprotegidas socialmente, tendo em conta a sua diversidade, é uma questão de Estado. A ele cabe a responsabilidade de definir os grandes objetivos de uma política de proteção da saúde e de estruturar, com a intervenção das populações e dos profissionais, um sistema que dê cumprimento aos diferentes aspetos das políticas de saúde, à sua execução e à sua avaliação. Terá sempre de se ter como pressuposto que a saúde não é apenas o bem-estar físico, mas a dignidade de um ser em comunhão consigo, com o ambiente e com o outro.

As estratégias apresentadas são, no seu conjunto, fundamentais para a construção de uma cidadania social e política, no âmbito de uma sociedade plural e democrática, onde deve prevalecer o respeito pela dignidade humana. Esta noção de dignidade é transversal a todos os seres humanos, fruto de uma herança histórica da civilização, mas é importante questionar se não será o modo ético como o ser humano se vê a si próprio que deverá encontrar sentido numa abordagem bioética, resumida nos quatro princípios fundamentais da teoria de Beauchamp e Childress: dois deles derivados do célebre juramento hipocrático (os princípios da beneficência e da não maleficência) e os outros dois que sintetizam valores mais atuais (princípio da justiça e princípio da autonomia).

2. CONCLUSÕES

Abordar a temática do enquadramento bioético dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural reveste-se de alguma complexidade. Escrever sobre saúde, bioética e contexto rural no conturbado universo da saúde não é, hoje, uma tarefa fácil nem isenta de riscos. A nossa abordagem incidiu, essencialmente, na perspetiva do utente idoso residente

em contexto rural, através da percepção da QV e da autopercepção do estado de saúde nas suas diferentes dimensões e das suas implicações no domínio da bioética em saúde.

Antigamente, o cuidar da saúde era considerado um trabalho eminentemente técnico, e o profissional recebia honorários que, à época, poderiam ser produtos da terra, objetos, dinheiro ou outros. Ainda hoje, nas zonas mais recônditas do meio rural, existem alguns vestígios destes procedimentos na relação entre o utente e os profissionais de saúde.

O homem, revisto no seu contexto, implica o “eu social” e, como vimos, todo o ser humano aspira ao seu “mundo idealizado”. Ora, quanto maior e mais saudável for a relação de afetos que estabelecemos, mais forte será a nossa participação na sociedade e a nossa real percepção da dignidade humana. A dignidade humana só é uma característica de cada ser, na medida em que é o aspeto fundamental de todo o seu contexto e, em última análise, de toda a humanidade. Representa e traz ao de cima tudo o que o indivíduo vê, conhece e faz ao longo das diferentes etapas da sua vida.

A verdade é que cada indivíduo revê o processo de envelhecimento segundo as fontes da sua percepção pessoal e, embora a literatura já comece a tornar-se extensa, a visão bioética ainda carece de algum aprofundamento, pelo que abordar essa perspetiva se tornou um desafio e, não raras vezes, uma angústia.

Abordar a temática da ruralidade foi uma tarefa ainda mais difícil, pois os referenciais teóricos mostraram-se escassos e pouco sistematizados em relação à problemática do estudo.

A bioética parece ser um fenómeno eminentemente urbano, pois a maioria dos bioeticistas trabalha em grandes universidades ou hospitais, centrando o seu foco de atenção nas últimas descobertas, nos avanços tecnológicos e nos dilemas daí decorrentes. Esta investigação pretende ser mais simples e perceber os pequenos gestos, as pequenas coisas que fazem de nós aquilo que somos e que transcorrem dos grandes dilemas que são a equidade, a justiça distributiva, a intercooperação e a literacia. O fenómeno da desertificação dos espaços rurais em detrimento da “pretensa” melhor QV existente nas zonas urbanas, dicotomizando o rural e o urbano, o interior e o litoral, deve considerar a

diminuição das iniquidades em saúde, através da coesão territorial, económica e social. Em termos de políticas sociais e de saúde, o objetivo é promover um desenvolvimento equilibrado reduzindo as disparidades existentes, evitando os desequilíbrios territoriais e conferindo-lhes maior coerência.

A criação de riqueza e prosperidade das zonas rurais menos desenvolvidas propiciará o crescimento e diversificação de outros mercados, o que, desde logo, beneficiará as regiões mais desenvolvidas, como sejam as zonas urbanas, para não falar das vantagens inerentes ao investimento em áreas desfavorecidas.

Na primeira fase do ciclo de investigação, realizámos uma análise de quantos são e como vivem os idosos, contextualizando o processo de envelhecimento no geral e as características específicas dos idosos transmontanos, residentes em contexto rural no concelho de Vila Real, procurámos elencar os serviços de saúde existentes, saber a perceção da QV dos idosos, analisando-a à luz da bioética, nomeadamente da teoria principialista e, finalmente, procurámos refletir nas iniquidades percecionadas e algumas possíveis propostas de intervenção.

Para a identificação e análise dos temas expostos foram tidos em conta os referenciais bibliográficos existentes sobre o tema, quer através de autores e plataformas estatísticas nacionais e internacionais, quer da aplicação de um inquérito de autoperceção da QV dos idosos, quer ainda do *SHARE*. A partir deste enquadramento, procurámos promover o debate sobre o enquadramento bioético dos cuidados de saúde a idosos em contexto rural, baseado num corpo de conhecimentos holístico e integrativo, convertendo esse mesmo conhecimento em ação e inovação.

A recolha de informação adequada foi feita através de análise documental, utilizando-se as bibliotecas académicas e municipais, a informação cedida pelas instituições, bem como a informação disponibilizada em *sites* das respetivas áreas do conhecimento, e da aplicação dos questionários aos idosos que constituíram a amostra, cujos principais resultados se descrevem:

- 60,5% dos participantes era do sexo feminino;

- 39,2% tinha idade entre os 65 e 70 anos, havendo 18,3% com 83 ou mais anos;
- 55,5% era casado, sendo relevante constatar que 41,3% não tinha companheiro (34,5% viúvos e 6,8% solteiros);
- 87,0% apresentava um nível de instrução baixo, sendo que 60,2% completou o 1º ciclo do ensino básico e 26,8% não tinha qualquer tipo de instrução e apenas 1,5% tinha o ensino superior;
- 90,9% tinha como principal fonte de rendimento a pensão de reforma, e esta era maioritariamente inferior a 500 euros;
- 85,8% era proprietário da sua habitação.

Dos resultados sobressai o nível de instrução baixo e um rendimento substantivamente diminuto. Estes acentuam os problemas de saúde associados à vulnerabilidade e ao aumento das desigualdades sociais, o que compromete os princípios éticos que devem ser garantidos a qualquer ser humano, nomeadamente a equidade, a solicitude e a solidariedade. Neste contexto, é premente a adoção de medidas de equidade vertical, onde os cidadãos mais desfavorecidos do ponto de vista económico, apresentam piores indicadores de saúde, podendo, por isso, estar em causa o princípio da justiça que acolhe a discriminação positiva, ou seja, deve tratar-se de forma desigual, indivíduos com necessidades desiguais (Nunes & Rego, 2002). Também o baixo nível de instrução condiciona o exercício da literacia enquanto capacidade de processamento da informação na vida quotidiana, na escolha na tomada de decisão e na procura assertiva de cuidados de saúde, com repercursões no discernimento e nas condições para uma cidadania plena, tarefa fulcral da bioética.

A problemática do envelhecimento tem sido atravessada pelos estereótipos, colocando-a como uma situação de perda, em grau variável, das capacidades, da eficiência e da produtividade. Quando confrontados com a adaptação ao processo de envelhecimento, verificou-se que, maioritariamente, a população idosa inquirida mantinha independência para as AVDs, sendo que:

- 54,6% não referiu qualquer problema na mobilidade sendo, no entanto, referido por 42,8%;

- 71,4% não tinha qualquer problema em cuidar de si;
- 56,6% não se sentiu ansioso ou deprimido;
- 91,8% referiu tomar medicação para as dores, sendo que 49,6% toma medicação para as dores osteoarticulares;
- 92,4% tomava medicamentos do grupo farmacológico dos cardiovasculares, e destes, 54,9% toma medicamentos para controlo da tensão arterial;
- 42,5% considerou a sua QV “nem boa nem má”, sendo de realçar que as mulheres percecionaram de forma mais negativa do que os homens (25,9% e 37,3%) a QV;
- 24,7% referiu estar insatisfeito consigo próprio;
- 54,9% considerou que o dinheiro é mais ou menos suficiente para a satisfação das suas necessidades;
- 5,5% não estava satisfeito com as condições do lugar em que vive.

Embora a QV seja um conceito de difícil definição, apresenta-se frequentemente associado às questões económicas, demográficas, ambientais e de saúde pública. Mais recentemente, como ideal desejável, a QV tem-se colocado como um dos imperativos éticos, recolocando a sua esfera de análise não apenas na ausência de sofrimento ou de uma incapacidade mas na dimensão antropológica sobreponível a uma vida digna e com sentido. É este o imperativo bioético que é desejável assegurar nos cuidados de saúde nomeadamente em contexto rural.

Quando correlacionámos a QV com algumas variáveis, constatou-se que existe relação estatisticamente significativa em todos os domínios da QV com o sexo, estado civil, idade, instrução e rendimento. Relativamente ao domínio social, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sexo.

Pudemos então constatar que a perceção sobre a QV diminui com a idade e, por outro lado, aumenta com o nível de instrução e com o rendimento mensal.

Quando confrontados com os gastos em medicamentos, verificou-se uma relação inversa, ou seja, a QV diminui à medida que aumentam os gastos com os medicamentos ou as consultas médicas. Os gastos mais referidos foram em consultas de odontologia (69,9%), seguidos de consultas em médico de medicina geral e familiar (65,2%) e consultas de

especialidade (49,3%) não indicadas pelo médico de família. Quanto ao investimento monetário, cerca de 389,19 euros anuais são gastos em medicamentos, excluindo a automedicação. Reportando-nos ainda à saúde, 39,8% referiu ter realizado exames complementares de diagnóstico a pedido do seu médico, sendo ainda relevante que 10,0% dos idosos os tenha realizado por iniciativa própria.

A clássica discussão em torno da prescrição terapêutica - como o número de medicamentos, a escolha dos fármacos, as embalagens excessivamente dimensionadas, os inconvenientes da polipragmasia, ou seja, do sentido condenável de polimedicação não justificada (Osswald, 2004), da qual não se demarca o cunho altamente competitivo e concorrencial da atividade da indústria farmacêutica - adquire pertinência analítica face ao contexto particular deste estudo. Estamos na presença de um grupo socialmente discriminado pela alocação de recursos económicos e pelo isolamento geográfico, que põe em causa a eficácia da terapêutica medicamentosa, equacionando-se, por isso, a relação custo, risco e benefício. Deste modo, questionam-se os princípios da beneficência e não maleficência, a justiça distributiva e a própria consciência ética inerente ao ato prescritivo.

Correlacionando o sentimento de solidão com o sexo e com a QV, verificou-se que são as mulheres que apresentam mais sentimentos de solidão e também em todos os domínios da QV, as mulheres apresentaram pior perceção. Compreender este resultado, obriga necessariamente a revisitar as raízes socioculturais da diferenciação entre géneros que continua a reservar para as mulheres uma menor participação e ligação às redes de apoio social ou de suporte informal que perdura no contexto das áreas rurais do interior do país. Considerando a ética como a ciência da relação, interessa assegurar a continuidade das redes de suporte social e das interações afetivas que se geram no seu interior, devendo este desígnio ser uma responsabilidade coletiva, um dever e um direito individual, que importa perseguir no sentido de que a participação cívica e o exercício da cidadania possam coexistir com a vida. De facto, apesar do tamanho da rede social ser maior nas zonas rurais parece não ser suficiente para aumentar a perceção sobre a QV (Paúl, 2005).

Pela natureza metodológica do processo, seguimos uma trajetória flexível que adequámos à complexidade das interações do contexto onde se pretendeu a produção de novos percursos

da prática com todos os *stakeholders* no processo de coprodução de literacia, por forma a minimizar as desigualdades em saúde e estabelecer um plano de mudança orientado para o desenvolvimento de novas práticas centradas na família, enquanto alvo de cuidados.

Família é onde somos mais nós, onde tiramos as máscaras do dia a dia e a quem recorremos nos momentos de fragilidade. É aquela que nos apoia sem restrições e sem medos, discute, contraria e diverge, mas, efetivamente, está presente em momentos de real necessidade. Quando falamos de idosos, o processo de adaptação é contínuo e a intergeracionalidade, como processo adaptativo, é fundamental. No contexto rural, essa rede ainda se encontra bastante ativa e é complementada pela rede de vizinhança, o que potencia a autonomia do idoso, mantendo-o ativo no seu espaço e no seu contexto. No entanto, devemos estar vigilantes, pois, atendendo à realidade da evolução demográfica observada nos resultados publicados pelo INE, no último Censos de 2011, e às previsões demográficas também previstas pela mesma entidade e por entidades internacionais como o Eurostat, verificámos que o agravamento do envelhecimento será uma realidade cada vez mais evidente. Os idosos tenderão a viver cada vez mais isolados, não sendo pouco incomum ver idosos a cuidar de idosos, num ambiente cada vez mais desertificado, pois a população ativa rumo cada vez mais para as grandes cidades, onde a empregabilidade poderá ser mais efetiva, bem como o acesso a uma maior panóplia de bens e serviços. O êxodo da população ativa torna o idoso residente em contexto rural um alvo fácil no processo de vulnerabilidade.

Os idosos residentes em contexto rural apresentam alguns critérios de fragilidade, como sejam, idade, défices sensoriais de visão e audição, problemas socioeconómicos e familiares, doenças crónicas e demências, entre alguns outros. A configuração rural oferece desafios especiais para o fornecimento de cuidados de saúde. As comunidades rurais são identificadas não somente pela sua baixa densidade populacional e distância para o ambiente urbano, mas também por uma combinação de condições sociais, geográficas e fatores culturais, pelo que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, um melhor acesso a esses cuidados, a distribuição equitativa de recursos finitos, o conhecimento científico, a manutenção da confiança na relação médico-doente através da resolução dos

conflitos de interesse e a responsabilidade profissional devem ser uma prioridade. Porém, a ação do profissional de saúde, por si só, não elimina as desigualdades em saúde, pelo que esta problemática deve ser encarada de forma mais abrangente (Cruz, 2012).

A solidariedade universal gerada na comunicação vai muito para além da simples cidadania numa comunidade humana circunscrita. Para que o conceito de solidariedade não sirva para ocultar as dificuldades reais de fundar uma sociedade civil na ética do discurso, necessário é que a bioética, como ética das coisas e das pessoas vivas, se desenvolva a partir das questões práticas nas quais se confrontam a justiça e a solidariedade. Por exemplo, o financiamento dos cuidados de saúde é uma destas questões e já é considerada como a primeira de todas as que a sociedade pós-moderna tem de enfrentar e resolver neste século, em espírito de bioética para uma responsabilidade global.

Pode dizer-se que, em múltiplos estudos (de epidemiologia social, de economia da saúde, de ciência política ou de bioética), a equidade em saúde se refere, quase sistematicamente, à ausência de disparidades sistemáticas na saúde (ou nos seus principais determinantes), em grupos com diferentes níveis de vantagem e desvantagem social, em termos de riqueza, poder e prestígio. Neste contexto, deverão ser observados os princípios da beneficência e da autonomia plasmados na teoria principialista, e alargá-los ao universo da igualdade, solidariedade e equidade. Deverá ter-se em conta que as regras são fundamentais e que norteiam os princípios, mas devem ser contextualizados nas particularidades das comunidades reais e concretas, para as quais o presente estudo pretendeu contribuir. Nesse sentido, as áreas de vigilância integradas em cada um dos focos de ação deverão ser a dimensão física, psicológica, social e ambiental.

A discussão do enquadramento bioético dos cuidados de saúde em contexto rural situa-se no âmbito do debate sobre o compromisso entre equidade e eficiência. A abordagem situou-se ao nível das desigualdades na acessibilidade aos cuidados de saúde, factuais, e não no julgamento ético da iniquidade, como revelam estudos aprofundados sobre o setor em Portugal, nomeadamente os numerosos trabalhos, bem conhecidos dos economicistas da saúde, os professores Jorge Simões, Correia de Campos e Pita Barros.

A maior parte dos determinantes não são facilmente modificáveis pelos próprios indivíduos, requerendo uma combinação de ações realizadas pelas pessoas, pelas comunidades, pelas diferentes organizações intercooperantes e complementares, a nível local, regional ou nacional.

Recomenda-se uma sistematização dos apoios, tendo em conta todos os intervenientes sociais no processo saúde/doença, visto na sua dimensão holística, intervindo nos diferentes focos de atenção, ou seja, em primeiro lugar é fundamental continuar o reforço do fornecimento de bens e serviços essenciais à população, bem como do conhecimento (dimensão distributiva); em segundo lugar, importa promover um sistema com localidade de média dimensão com um forte grau de interação e de complementaridade funcional (dimensão morfológica); em terceiro lugar, deve apostar-se fortemente na capacitação individual e coletiva, que proporcione um espírito empreendedor, capaz de mobilizar mais eficazmente os recursos locais, através da mobilização dos agentes locais (dimensão de cooperação) e, por último, é fundamental promover a sustentabilidade ambiental ao nível da gestão racional e equilibrada dos recursos e da preservação das áreas naturais e patrimoniais (dimensão ambiental).

Para finalizar, podemos parafrasear Simone de Beauvoir (1990), quando refere que:

...quando compreendemos o que é a condição dos velhos, não podemos contentar-nos em reivindicar uma política de velhice mais generosa, mais recursos financeiros, habitações com condições, lazeres organizados. É todo o sistema que está em jogo e a reivindicação só pode ser radical: mudar a vida. (p.665)

Chegados ao término desta investigação, vem-nos à memória as palavras de Pedro Laíns Entralgo (2002), ao referir que “as questões em que se possa ter um certo conhecimento não podem ser mais do que questões penúltimas; sobre as questões últimas só será possível ter um conhecimento incerto ou provável” (p.82). Entralgo entende que “o certo, o racionalmente certo, será sempre penúltimo, e o último, o que se refere ao mais profundo da realidade das coisas, será sempre incerto, ainda que o que se diga com essa pretensão possa ser razoável e crível” (p.82). De facto, o debate bioético desenvolve-se mediante uma referência contínua, implícita ou explícita, a questões essencialmente humanas, onde se entrecruzam convicções, motivações, valores, conhecimentos, crenças e imagens

simbólicas que orientam os comportamentos. Os profissionais de saúde devem, portanto, na sua prática, ter em conta a realidade contextualizada do indivíduo como ser único, integrado na sua comunidade e alicerçado no seu “eu” e situado no seu contexto.

Consideramos que deve haver uma procura empática entre os diferentes intervenientes no processo de saúde, procurando julgar, apoiar e acolher o que é diferente. A diversidade é um requisito que se deve compreender e valorizar como recurso para o bem do indivíduo e, em última análise, da comunidade como um todo. Esta atitude requer capacidade de libertação dos preconceitos das partes envolvidas, disponibilidade, flexibilidade, e exige competência para gerir não só recursos como também equívocos e conflitos, procurando-se uma explicitação de códigos linguísticos, para que se possa potenciar a literacia e, por consequência, uma efetiva acessibilidade aos cuidados de saúde.

Por não se tratar de um trabalho finalizado, a oportunidade de reflexão ao longo do seu desenvolvimento permite apresentar as limitações que, mais do que desalentar o seu aproveitamento, alerta para precauções que podem ser minimizadas. De entre as principais limitações estão, naturalmente, as que decorrem do tamanho amostral e do contexto particular do estudo e que, por conseguinte, se por um lado recomendam prudência na generalização dos resultados, por outro, encerram a especificidade para a compreensão bioética do envelhecimento em contexto rural. Importa referir que, no desenvolvimento da investigação nesta área, será necessário aprofundar instrumentos de recolha de dados sensíveis à avaliação dos dilemas bioéticos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovay, R. (2006). Para uma teoria dos estudos territoriais. In M. Manzanal, G. Neiman & M. Lattuada, *Desarrollo rural: Organizaciones, instituciones y territorios* (pp. 51-70). Buenos Aires: Ediciones Ciccus.
- Afonso, A., & St. Aubyn, M. (2006). *Relative efficiency of health provision: A DEA approach with non-discretionary inputs* [ISEG-UTL Economics Working Paper No. 33/2006/DE/UECE]. Retirado de <http://pascal.iseg.utl.pt/~depeco/wp/wp332006.pdf>
- Aguilar, P.S., Navarro, S.R.M., Farina, Y. R., & Martin, M.MN-T. (2009). Obesity and health: Related quality of life in the general adult population of the canary island. *Quality of Life Research, 18* (2), 171- 177. doi:10.1007/s11136-008-9427-1
- Andrade, M.C.P. (2001). Psicologia da saúde: Contributos de uma abordagem interdisciplinar da educação para a saúde. *Revista Referência, 7*, 17-24.
- Arantes, P. (2003). Perspectiva holística do idoso: Uma visão necessária. *Revista Sinais Vitais, 48*, 62-66.
- Araújo, J.F. (2005). *A reforma do serviço nacional de saúde: O novo contexto de gestão pública* [Documento de Trabalho NEAPP, 9, Série 1]. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI%289%29.pdf>
- Araújo, J., Ramos, E., & Lopes, C. (2011). Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos portugueses de zonas rural e urbana. *Acta Médica Portuguesa, 24* (S2), 72-88.
- Araújo, L.F., Coutinho, M.P.L., & Santos, M.F.S. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: Um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade, 18* (2), 89-98.
- Arnold, R., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Kempen, G.I., Ormel, J., & Suurmeijer, T.P. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res., 13* (5), 883-896. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15233502>
- Artells, J. (1983). Notas sobre la consideración económica de la equidad: Utilización y acceso. In J. Artells (Org.), *Planificación y economía de la salud en las autonomías* (pp. 23-30). Madrid: Masson.
- Attias-Donfut, C. (1995). Transferts publics et transferts privés entre générations. In C. Attias-Donfut & A. Rozenkier (Dirs.), *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, état* (pp. 5-23). Paris : Editions Nathan.
- Avery, A.J, Groom, L.M., Brown, K.P., Thornhill, K., & Boot, D. (1999). The impact of nursing home patients on prescribing costs in general practice. *Clin Pharm Ther, 24* (5), 357-363. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10583698>

- Ávila, P. (2008). *A literacia dos adultos: Competências-chave na sociedade do Conhecimento*. Oeiras: Celta.
- Awad, G., & Voruganti, L.N.P. (2000). Intervention research in psychosis: Issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull*, 26 (3), 557-564. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10993397>
- Bago d'Uva, T., & Jones, A.M. (2009). Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP. *Health Econ.*, 28 (2), 280-289. doi:10.1016/j.jhealeco.2008.11.002
- Baleiras, S.J., & Ramos, V. (1992). A gestão da prática clínica pelo médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 9 (4), 116-124.
- Ballone, G.J. (2002). Depressão do idoso. In *Psiquiatria geral*. Recuperado de <http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>.
- Bardel, A., Wallander, M., & Svärdsudd, K. (2000). Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65- year-old women in mid-Sweden: A populationbased study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53 (6), 637-643. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10880784>
- Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: Does it make a difference? *Social Science & Medicine*, 53 (10), 1373-1381. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11676407>
- Barros, M.V.G., & Reis, R.S. (2003). *Análise de dados em atividade física e saúde: Demonstrando a utilização do SPSS*. Londrina: Midiograf.
- Barros, P.P. (2005). *Economia da Saúde: Conceitos e comportamentos*. Coimbra: Almedina.
- Barros, P.P. (2009). *Economia da saúde. Conceitos e comportamentos* (2a ed.). Coimbra: Almedina.
- Barros, P.P. (2012). Restrição orçamental e problemas éticos na prescrição. In *Fundamentos éticos nas prioridades em saúde, Actas do Ciclo de Conferências CNECV 2011*. Lisboa: Ed. CNECV.
- Beard, J.R., Biggs, S., Bloom, D.E., Fried, L.P., Hogan, P., Kalache, A., & Olshansky, J. (Eds.). (2012). *Global population ageing: Peril or Promise*. Geneva: World Economic Forum. Retrieved from http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf
- Beauchamp, T.L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica* (4a ed.) São Paulo: Loyola.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2008). *Principles of biomedical ethics* (6a ed.). New York: Oxford University Press.)
- Beauchamp, T.L., & McCullough, L.B. (1987). *Ética médica: Las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona: Labor.

- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bech, P. (1993). Quality of life measurements in chronics disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59 (1), 1-10. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8441790>
- Benavente, A. Costa, F.A, & Ávila, P. (1996), *A literacia em Portugal: Resultados de uma pesquisa Intensiva e extensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Benavente, A. Costa, F.A, & Ávila, P. (Orgs.). (1995). *Estudo nacional de literacia. Relatório preliminar*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Benavente, A., & Rosa, J.C. (1995). Literacia e cidadania. In L. Salgado, *Literacia e aprendizagem da leitura e da escrita* (pp. 21-22). Lisboa: Ministério da Educação.
- Benavente, A., Campiche, J., Seabra, T., & Sebastião, J. (1994). *Renunciar à escola. O abandono escolar no ensino básico*. Lisboa: Fim de Século.
- Berger, L. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In L. Berger & M. Mailloux-poirier, *Pessoas idosas uma abordagem global: Processo de enfermagem por necessidades* (157-198). Lisboa: Lusodidacta.
- Bjorkman, J.W., & Altenstetter, C. (1997). Globalised concepts and local practice: Convergence and divergence in national health policy reforms. In C. Altenstetter & J.W. Bjorkman (Eds.), *Health policy reform, national variations and globalization*. Basingstoke: Macmillan.
- Blacklock, R.E., Rhodes, R.E., & Brown, S.G. (2007). Relationship between regular walking, Physical activity, and health-related quality of life. *Journal of Physical Activity and Health*, 4 (2), 138-152. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17570884>
- Bloch, K.V., & Coutinho, E.S.F. (2002). Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In R.A. Medronho (Org.), *Epidemiologia* (pp. 107-113). São Paulo: Atheneu.
- Blue, C.L., Brubaker, K.M., Papazian, K.R., & Riester, C.M. (1989). Callista Roy. Modelo de adaptación. In A. Marriner, *Modelos y teorías de enfermería* (pp. 260-274). Barcelona: Ediciones Rol.
- Bonita, R., Irwin, A., & Beaglehole, R. (2009). Promoting public health in the twenty-first century: The role of the World Health Organization. In I. Kawachi & S. Wamala (Eds.), *Globalization and health* (Ch. 16, pp. 268-284). New York: Oxford University Press.
- Born, T., & Boechat, N.S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E.V. Freitas, L. Py, F.A.X. Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2a ed., pp. 1131-1141). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Börsch-Supan, A., & Jürges, H. (Eds.). (2005). *The survey of health. Ageing and retirement in Europe: Methodology*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. Retrieved from http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/SHARE_BOOK_METHODODOLOGY_Wave1.pdf

- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 115-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowling, A. (1994). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*, 41 (10), 1447-1462. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560313>
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., ... Sutton, S. (2003). Let's ask them: A national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging Human Development*, 56 (4), 269-306. Retrieved from http://eprints.ucl.ac.uk/1561/1/QoL_ijagdql_paperAG56401.pdf
- Braga, M.C.P., Casella, M.A., Campos, M.L.N., & Paiva, S.P. (2011). Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Revista APS*, 14 (1), 93-100. Retirado de <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/965/450>
- Brager, G.A., Sprecht, H., & Torczyner, J. L. (1987). *Community organizing* (2nd ed.) New York: Columbia University Press.
- Braveman, P. (1998). *Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://www.gega.org.za/download/braveman.pdf>
- Bris H.J. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Briz, T. (2009). Epidemiologia e saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (Nº especial 25 anos), 31-50.
- Budnitz, D.S., Shehab, N., Kegler, S.R., & Richards, C.L. (2007). Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Arch Intern Med.*, 147 (11), 755-765. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18056659>
- Câmara Municipal de Vila Real. (2013). *História do Concelho de Vila Real*. Retirado de http://www.cm_vilareal.pt
- Campos, A.C. (2001). O envelhecimento da população e os gastos com a saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (1), 25-27.
- Campos, A.C. (2008). *Reformas da saúde: O fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.
- Canavarro, M.C., Serra, A.V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, ... Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização

- mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- Carlos, M.R. (Coord.). (2006). *Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Carrilho, M.J., & Patrício, L. (2010). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 101-145. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/RED_48_art5.pdf
- Carter, B., & McGoldrich, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. In B. Carter & M. McGoldrik, *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2a ed., pp. 7-29). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carvalho, A.S. (Coord.). (2008). *Bioética e vulnerabilidade*. Coimbra: Almedina.
- Carvalho, S.R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projecto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (4), 1088-1095. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>
- Cazas-Zamora, J.A., & Ibrahim, S.A. (2004). Confronting health inequity: The global dimension. *American Journal Public Health*, 94 (12), 2055-2058. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448588/>
- Center for the Advancement of Community Based Public Health. (2000). *Uma estrutura de avaliação para os programas de saúde da comunidade*. Durham, NC: Autor. Retirado de http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20programas%20de%20saude%20em%20comunidades;05102111;20100107.pdf
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. (2013). *Relatório de gestão e contas exercício de 2012*. Vila Real: Autor.
- Childress, J.F. (1982). *Who should decide? Paternalism in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Cima, C.I.F., Freitas, R.S.A., Lama, M.C.M., Mendes, C.A.S.C., Neves, A.C., & Fonseca, C. (2011). Consumo de medicação crónica. Avaliação da prevalência no Norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27 (1), 20-27. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpcg/v27n1/v27n1a04.pdf>
- Clavel, G. (2005). *A sociedade de exclusão: Compreendê-la para dela sair*. Porto: Porto Editora.
- Coelho Filho, J.M., & Ramos, L.R. (1999). Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste Brasileiro: Resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 33 (5), 445-453. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0629.pdf>
- Cohen, D., & Eisdorfer, C. (1997). Depressão. In F.A.B. Calkins & P.R. Katz, *Geriatrics prática* (2a ed., pp. 301-311). Rio de Janeiro: Revinter.
- Cohen, H., Sandel, M., Thomas, C., & Barton, T. (2004). Using focus group as an educational methodology: Deconstructing stereotypes and social workpractice misconceptions

- concerning aging and older adults. *Educational Gerontology*, 30 (4), 329-346. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601270490278858#.U-sQg-NdWtY>
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Comissão Europeia. (2006). *O futuro demográfico da Europa: Transformar um desafio em oportunidade*. Retirado de http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situatio_in_europe/c10160_pt.htm
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da comissão para os determinantes em saúde*. Organização Mundial de Saúde. Retirado de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADo-do.pdf>
- Conferência Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo: Reuniões ministeriais setoriais em 2009. Relatório final*. (2010). Madrid: Secretaría Geral Ibero-Americana. Retirado de <http://segib.org/reuniones/files/2010/04/RMS-Relatorio-Final.pdf>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2012). *Parecer sobre um modelo de deliberação de deliberação para financiamento do custo dos medicamentos*. Lisboa: Autor.
- Constituição da República Portuguesa*. (1998). Coimbra: Almedina.
- Cooper, D. (1971). *La mort de la famille*. Paris: Seuil.
- Costa, A.B. (1998). *Exclusões sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Costa, E.C., Nakatani, A.Y.K., & Bachion, M.M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver actividades de vida diária e actividades instrumentais de vida diária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (1.), Suppl 1, 43-48. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>
- Costa, M.A.M. (1999). Questões demográficas: Repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In *O idoso: Problemas e realidades* (pp. 7-22). Coimbra: Formasau.
- Cresson, G. (1995). *Le travail domestique de santé*. Paris: Éditions L' Harmattan.
- Cruz, J. (2012). *Que médicos queremos? Uma abordagem a partir de Edmund D. Pellegrino*. Coimbra: Almedina.
- Cruz, J., & Gomes, C.C. (2013). O conceito de filosofia da medicina em Pellegrino e Thomasma. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 11, 82-99. Retirado de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10465>
- Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*, 94 (11), 1864-1874. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/>
- Curtis, S., & Jones, I.R. (1998). Is there a place for geography in the analysis of health inequalities?. *Social of Health & Illness*, 20 (5), 645-672. doi:10.1111/1467-9566.00123

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *European strategies for tackling social inequities in health: Leveling up part 2*. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
- De la Rica, M., & Hernando, I. (1994). Cuidadores del anciano demente. *Revista Rol de Enfermería*, 17 (187), 35-40.
- Decreto-Lei n° 101/2006*, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 109. Série I-A.
- Decreto-Lei n° 11/93*, de 15 de janeiro. Aprova o estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 12. Série I-A.
- Decreto-Lei n° 157/99*, de 10 de maio. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. *Diário da República*, 108. Série I-A.
- Decreto-Lei n° 233/2005*, de 27 de dezembro. Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, e o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, e aprova os respetivos estatutos. *50-A/2007*. *Diário da República*, 249. Série I-A.
- Decreto-Lei n° 244/2002*, de 05 de novembro. Altera os artigos 1º e 3º do Decreto-Lei n° 46/89, de 15 de fevereiro, que estabelece as matrizes da delimitação geográfica da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS). *Diário da República*, 255. Série I-A.
- Decreto-Lei n° 28/2008*, de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 38. Série I.
- Decreto-Lei n° 281/2003*, de 8 de novembro. Cria a rede de cuidados continuados de saúde. *Diário da República*, 259. Série I-A.
- Decreto-Lei n° 298/2007*, de 22 de agosto. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. *Diário da República*, 161. Série I.
- Decreto-Lei n° 413/71*, de 27 de setembro. Promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência – Revoga determinadas disposições legislativas. *Diário da República*, 228. Série I.
- Decreto-Lei n° 50-A/2007*, de 28 de fevereiro. Cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, o Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, e aprova os respetivos estatutos. *Diário da República*, 42, 2º Supl. Série I.
- Delgado, M. (2002). Cenários e problemas da gestão hospitalare soluções. *Economia Pura*, 5 (51).

- Deliberação n.º 2717/2009*, de 28 de setembro. Deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística relativa à tipologia de áreas urbanas. Diário da República, 188. Série II.
- Despacho n.º 13795/2012*, de 24 de outubro. Estabelece os critérios e procedimentos de organização das listas de utentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Diário da República, 206. Série II.
- Dinis, R.P.A.B. (2006). *A família do idoso: O parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa. Retirado de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/727/1/LC234.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2004a). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas* (Circular normativa n.º 13/DGCG). Lisboa: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2004b). *Programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida* (Despacho n.º 1916/2004 de 28 de janeiro). Lisboa: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Plano nacional de saúde 2011-2016: Orientações estratégicas*. Lisboa: Autor.
- Djukanovic, V., & Mach, E.P. (Eds). (1975). *Alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries: A joint UNICEF/WHO study*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241560487.pdf>
- Drago, S., & Martins, R.M. (2012). A depressão no idoso. *Millenium*, 43, 79-94.
- Duarte, Y.A.O., & Diogo, M.J.D. (2005). *Atendimento domiciliário: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Dubouloz, C.J. (2000). Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp. 305-320). Loures: Lusociência.
- Duhamel, F., & Fortin, M.-F. (2003). Os estudos de tipo descritivo. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (Cap. 12, pp. 161-172). Loures: Lusociência.
- Duncan, C., Jones, K., & Moon, G. (1997). Context, composition and heterogeneity: Using multilevel models in health research. *Soc Sci Med.*, 46 (1), 97-117. Retrieved from <file:///C:/Users/User/Downloads/DuncanJonesMoon1998.pdf>
- Duncan, C., Jones, K., & Moon, G. (1999). Smoking and deprivation: Are neighbourhood effects?. *Soc. Sci. Med.*, 48 (4), 497-505. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10075175>
- Durant, G. (2003). *Introdução geral à bioética*. São Paulo: Loyola.
- Dworkin, R. (2000). *Sovereign virtue. The theory and practice of equality*. Cambridge: Harvard University Press.

- Elsen, I. (2002). Cuidado familiar: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In I. Elsen, S.S. Marcon & M.R.S. Silva (Orgs.), *O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença* (pp. 11-24). Maringá: Eduem.
- Elsen, I., & Patrício, Z.M. (1986). Assistência à criança hospitalizada: Tipos de abordagens e sua implicação para a enfermagem. In E.M.R. Schmitz, *A enfermagem em pediatria e puericultura* (pp. 169-179). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Engelhardt H. T. Jr. (1996). *The foundations of bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde*. Porto: Autor
- Entralgo, P.L. (2003). *Corpo e alma*. Coimbra: Editora Almedina.
- Entralgo, P.L. (2002). *O que é o homem*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Escobar, A. (2001). Culture sits in places: Reflections on globalism and subaltern strategies of localization. *Political Geography* 20 (2), 139-174. doi:10.1016/S0962-6298(00)00064-0
- Esteves, A.J. (1994). *Jovens e idosos: Família, escola e trabalho*. Porto: Edições Afrontamento.
- European Network of Health Promotion Agencies. (2008). *Improving health equity via the social determinants of health in th EU The role of health promotion in tackling inequalities in health: policy recommendations*. Retrieved from <http://www.eurohealthnet.org/eurohealthnet/ressources/brochure.pdf>.
- Eurostat. (2013). Consultado em 4 fevereiro, 2013, em <http://epp.Eurostat.ec.europa.eu>.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (Eds). (2001). *Challenging Inequities in Health: From ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health: A practical guide*. London: Baillière Tindall.
- Feldman, J.J., Makuc, D.M., Kleinman, J.C., & Cornonihuntley, J. (1989). National trends in educational differentials in mortality. *American Journal of Epidemiology*, 129 (5), 919-933. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2705434>
- Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A.A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade. *Análise Social*, 42 (183), 419-443.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia social: Introduccion. In R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Gerontología social* (pp. 31-54). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferrari, M.A.C. (2000). Laser e ocupação dos tempos livres na terceira idade. In M.P. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 98-105). São Paulo: Atheneu.

- Ferrario, C.G., Freeman, F.J., Nellett, G., & Scheel, J. (2008). Changing nursingstudents' attitudes about aging: An argument for the successful agingparadigm. *Educational Gerontology*, 34 (1), 51-66. doi:10.1080/03601270701763969
- Ferraz, O.L.M. (2007). Justiça distributiva para formigas e cigarras. *Novos Estud. CEBRAP*, 77, 243-256. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/nec/n77/a13n77.pdf>
- Ferreira, A.L.C.B.M. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: A perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2156/1/22311_ulfp034920_tm.pdf
- Ferreira, F.A.G. (1990). *Moderna saúde pública* (6a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Flecha, J.R. (2005). *La fuente de la vida – Manual de Bioética*. Salamanca: Ed. Sígueme.
- Folstein, M.F., Folstein, S., & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat. Res.*, 12 (3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonseca, A.M. (2008). Psicologia do envelhecimento e vulnerabilidade. In A.S. Carvalho (Coord.), *Bioéticas e vulnerabilidade* (pp. 195-218). Coimbra: Livraria Almedina.
- Fonseca, A.M., Paúl, C., Martins, I., & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 99-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M.G. (2004). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, S., Morins, M., Fraga, M., & Pereira, J.M. (2010). Tratamento de dependências: Perspectiva clínica e jurídica: Breve reflexão a propósito de dois casos. *Psilogos*, 8 (1-2), 47-54. Retirado de http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/433/1/Psilogos%208%281-2%29%20Fonseca%20_%20P47-54.pdf
- Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 17, pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- Fransen, M., Woodward, M., Norton, R., Robinson, E., Butler, M., & Campbell, A.J. (2002). Excess mortality or institutionalization after hip fracture: men are at greater risk than women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (4), 685-690. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50163.x

- Friedrich, D. (2003). Personal and societal intervention strategies for successful aging. *Ageing International*, 28 (1), 3-36. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12126-003-1014-8#page-1>
- Gadamer, H.-G. (1993). *Elogio de la teoria: Discursos y artículos*. Barcelona: Ediciones Península.
- Galvoeira, D. (2011). *Meios complementares de diagnósticos e terapêutica*. Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE. Retirado de www.barometro.com.pt/archives/447.
- Gershman, J., & Irwin, A. (2000). Getting a grip on the global economy. In J. Kim, J. Millen, A. Irwin & J. Gershman (Eds.), *Dying for Growth: Global inequality and the health of the poor* (Ch. 2). Monroe, ME: Common Courage Press.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A.C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gil, A.P. (2007). Envelhecimento activo: Complementaridades e contradições. *Revista Fórum Sociológico*, 17 (Série 2), 25-36.
- Gil, A.P.M. (1999). Redes de solidariedade intergeracionais na velhice. In *Redes e políticas de solidariedade* (pp. 93-114). Lisboa: Associação Portuguesa de Segurança Social.
- Gil, A.P.M. (2010). *Heróis do quotidiano: Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giordan, A. (1999). *O meu corpo. A primeira maravilha do mundo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Giraldes, M.R. (1978). *Índice-resumo da situação sanitária no período 1973/74/75 por distritos e Concelhos*. Lisboa: Ministério do Assuntos Sociais, Gabinete de Estudos e Planeamento.
- Giraldes, M.R.A.F. (1987). *Distribuição equitativa da despesa, em cuidados de saúde primários*. Concurso para Professora Auxiliar de Economia da Saúde não publicado, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Giraldes, M.R. (1995). Portugal: Current distribution and development of the human health resources. *Cahiers Sociologie Demographie and Medicine*, 35 (3-4), 343-360.
- Giraldes, M.R. (1996). *Desigualdades socioeconómicas e seu impacte na saúde*. Lisboa: Estampa.
- Giraldes, M.R., & Ribeiro, A.C. (1995). *Desigualdades sócio-económicas na mortalidade em Portugal no período 1980-82_1990-92* [doc. de trabalho]. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Retirado de http://www.apes.pt/files/dts/dt_031995.pdf
- Gomes, M.D.C., Ávila, P., Sebastião, J., & Costa, A.F. (2000). Novas análises dos níveis de literacia em Portugal: Comparações diacrónicas e internacionais. In APS (Ed.), *Actas do IV Congresso Português de Sociologia – Sociedade Portuguesa: Passados recentes, futuros próximos* (pp. 1-12, Acta 104). Lisboa: APS- Publicações.
- Gonçalves, C., & Silva, C. (2004). Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 35, 143-169. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/estdemo_35_art6.pdf

- Gordis, S. (2004). *Epidemiology*. Philadelphia: Elsevier Saunder.
- Gracia, D. (1998). *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá, Colombia: Búho
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética* (2a ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Guardini, R. (1990). *As idades da vida: O seu significado ético e pedagógico*. São Paulo: Edições Quadrante.
- Guerreiro, M. (2003). Pessoas sós: Múltiplas realidades. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, p.31-49.
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, A., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9), 9-10.
- Gutierrez, P.R., & Oberdiek, H.I. (2001). Concepções sobre a saúde e a doença. In M.A. Selma, D.A. Soares & L. Cordoni Jr., *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL.
- Gyll, J. (1998). Introdução à geriatria. *Pathos*, 5, 9-18.
- Hanson, S.M.H., & Kaakinen, J.R. (1999). Avaliação familiar de enfermagem. In M. Stanhope & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (pp. 543-566). Loures: Lusociência.
- Hartwig, J. (2006). *What drives health care expenditure? Baumol's model o "unbalanced growth" revisited* [Working paper nº 133], Swiss Federal Institute of Technology Zurich. Retrieved from <http://ssrn.com/abstract=910879>
- Heidegger, M. (1951). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hodgson, G.M. (2009). Towards an alternative economics of health care. *Health Economics, Policy and Law*, 4 (1), 99-114. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S1744133108004581>
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71 (1), 83-96. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15563995>
- Hortelão, A.P.S. (2003). *Envelhecimento e qualidade de vida. Estudo comparativo de idosos residentes em comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Hughes, B. (1990). Quality of life. In S.M. Peace (Ed.), *Researching social Gerontology: Concepts, methods and issues* (pp. 46-58). London: Sage Publications.
- Imagínario, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística. (2001). *Censos 2001: Resultados definitivos*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Anuário estatístico de Portugal 2008*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos*. Lisboa: Autor.
- Jana, L.E.A. (1995). *Para uma teoria do corpo humano*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Jaspers, K. (1991). *Il medico nell'Età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- João Paul II (1999). *Carta aos anciãos*. Lisboa: Paulinas.
- João Paulo II. (2000). *Carta aos anciãos* (2a ed.). S. Paulo: Paulinas.
- Judge, K., Platt, S., Costongs, C., & Jurczak, K. (2005). *Health inequalities: A challenge for Europe*. Retrieved from http://wwurohealthnet.eu/images_publications/pu_2.pdf.
- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28 (2), 155-180. doi:10.1007/s12126-003-1022-8
- Kant, I. (2001). *Fundamentación de la metafísica de los costumbres*. Madrid: Austral.
- Katzung, B.G. (2006). *Farmacologia básica e clínica* (9a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kim, J., Millen, J.V., Irwin, A., & Gershman, J. (Eds.). (2000). *Dying for growth: Global inequality and the health of the poor* (pp. 3-10). Monroe: Common Courage.
- Kinman, E.L. (1999). Evaluating health service equity at a primary care clinic in Chilimarca, Bolívia. *Social Science and Medicine*, 49 (5), 663-678. doi:10.1016/S0277-9536(99)00147-1
- Klugman, C.M. (2013). Public health principlism. *Online Journal of Health Economics*, 4 (1). Retrieved from <http://aquila.usm.edu/ojhe/vol4/iss1/4>
- Koivusalo, M., Wyss, K., & Santana, P. (2007). *Effects of decentralization and recentralization on equity dimensions of health systems*. In R.B. Saltman, V. Bankauskaite & K. Vrangbaek (Orgs.), *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Kornblit, A. (1996). *Somática familiar. Enfermedad orgánica y familia* (2a ed.). Barcelona: Gedisa.
- Kottow, M. H. (1995). *Introducción a la bioética*. Santiago, Chile: Universitaria.
- Kretzmann, J., & Mcknight, J.L. (1993). *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. Evanston, IL: Center for Urban Affairs and Policy Research. Retrieved from <http://www.abcdinstitute.org/docs/abcd/GreenBookIntro.pdf>
- Krieger N.A. (2001). Glossary for social epidemiology. *J. Epidemiology Community Health*, 55, 693-700. doi:10.1136/jech.55.10.693
- Ladislav, R. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Le Grand, J. (1982). *The strategy of equity; Redistribution and social services*. London: George Allen and Unwin.
- Leandro, E. (1995). Família em transformação. In *A família: Estudo interdisciplinar* (pp. 11-32). Vila Real: Universidade Católica Portuguesa, Extensão de Vila Real.
- Leandro, M.E. (1998). A realidade familiar em Portugal na viragem do milénio. In *A família na viragem do século* (pp. 41-57). Braga: FUSOB.

- Leandro, M.E. (2001). *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Lei nº 4/2007, de 16 de Janeiro. Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 11. Série I.
- Lei nº 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 195. Série I.
- Lei nº 56/79, de 15 de setembro. Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 74. Série I.
- Leme, L.E.G. (2002). A gerontologia e o problema do envelhecimento, visão histórica. In M.P. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 501-516). São Paulo: Atheneu.
- Leseman, F., & Martin, C. (1995). Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um «Welfare-Mix». *Revista Sociologia - Problemas e Práticas*, 17, 115-139.
- Levinas, E. (2000). *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70.
- Looper, M., & Lafortune, G. (2009). *Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries* [OECD Health Working Papers nº. 43]. Retrieved from [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2009\)2](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2009)2)
- Lucena, D., Gouveia, M., & Barros, P.P. (1995). *Financiamento do sistema de saúde em Portugal* [Documento de trabalho]. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Machlin, S.R. (2009). *Trends in health care expenditures for the elderly age 65 and over: 2006 versus 1996. Statistical Brief, 256*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Retrieved from http://meps.ahrq.gov/data_stats/Pub_ProdResults_Details.jsp?pt=Statistical+Brief&opt=2&id=918
- MacIntyre, S., Ellaway, A., Hiscock, R., Kearns, A., Der, G., & McKay, L. (2003). What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland. *Health & Place*, 9 (3), 207-218. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12810328>
- Magalhães, M.N., & Lima, A.C.P. (2001). *Noções de probabilidade e estatística* (3a ed.). São Paulo: Editora USP.
- Magalhães, V. (2001). *Novos desafios à bioética: Qualidade de vida, desafio e ambiguidades*. Porto: Porto Editora.
- Mah, S., Gonçalves, A.T., & Garcia, O. (1999). Jovens e idosos: Contextos, interações e redes de suporte com enfoque no exemplo metropolitano de Cascais. *Revista Intervenção Social*, 9 (20), 57-78.
- Mahler, H. (1981). The meaning of “Health for All by the Year 2000”. *World Health Forum* 2 (1), 5-22. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/whf/1981/vol2-no1/WHF_1981_2\(1\)_p5-45.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whf/1981/vol2-no1/WHF_1981_2(1)_p5-45.pdf)
- Marconi, M.A., & Lakatos, E.M. (2004). *Metodologia científica* (4a ed.). São Paulo: Atlas.

- Marmot, M, Friel, S., Bell, S., & Houwelingt, T. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinant of health. *The Lancet*, 372, 1661-1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- Marmot, M. (2000). Social determinants of health: From observation to policy. *Medical Journal of Australia*, 172 (8), 379-382. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10840490>
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: From root cause to fair outcomes. *The Lancet*, 370, 1153-1163. doi:10.1016/S0140-6736(07)61385-3
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (1999). *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press.
- Marmot, M., Ryff, C.D., Bumpass, L.L., Shipley, M., & Marks, N.F. (1997). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44 (6), 901-910. Retrieved from http://www.ssc.wisc.edu/wlsresearch/publications/files/_private/Marmot-et.al._Social.Inequalities.in.Health.pdf
- Marmot, M.G., Kogevinas, M., & Elston, M.A. (1987). Social-economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, 8, 111-135. doi:10.1146/annurev.pu.08.050187.000551
- Marques, F.G., Sarmiento, E., Pereira, H., & Servo, P. (2013). *Plano local de saúde: ACES Douro I – Marão e Douro Norte*. Vila Real: Equipa de Planeamento em Saúde Unidade de Saúde Pública.
- Martin, I., Paúl, C., & Rincon, J. (2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psicologia, Saúde & Doença*, 1 (1), 3-9.
- Martinelli, L.M.B., Mizutani, B.M., Mutti, A., D'elia, M.P., Coltro, R.S., Matsubara, B.B. (2008). Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a community health care program population. *Clinical Science*, 63 (6), 783-788. doi:10.1590/S1807-59322008000600013
- Martins, R.M., & Rodrigues, M.L. (2004). Estereótipos sobre idosos: Uma representação social gerontofóbica. *Millenium Revista do ISPV*, 29, 249-254. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf>.
- Mausner, J.S. (1999). *Introdução à epidemiologia* (2a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Medeiros, E.J.R. (2005). *A coesão territorial nas NUTS III de Fronteira de Portugal Continental*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Menezes, A.L.N.S. (2001). *Perfil de saúde dos idosos de uma comunidade rural. Estudo do perfil de saúde dos idosos de uma comunidade rural – freguesia de Lames, Concelho de Vila Real no ano de 2000*. Dissertação para concurso de provas públicas não publicada, Vila Real, Escola Superior de enfermagem de Vila Real.
- Mercadante, E. (2005). Aspectos antropológicos do envelhecimento. In M.P. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 73-76). São Paulo: Atheneu.

- Merriam-Webster's online Dictionary*. (2006). Retirado de <http://www.m-w.com/dictionary>
- Mills, A., Bennett, S., & Russell, S. (2001). *The challenge of health sector reform: What must governments do?*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Ministério da Saúde. (2009). *Inovação e cuidados de saúde primários. Declaração final da XI Conferência Ibero-americana de ministérios da saúde*. Lisboa: Autor.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2011). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos sociais*. Lisboa: Autor. Retirado de <http://www.cartasocial.pt>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Hacia la equidade en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud*. Madrid: Autor.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). *Plano nacional de acção para a inclusão*. Lisboa: Autor.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006). *Glossário para as unidades de saúde familiar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mooney, G.H. (1983). Equity in health care: Confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1 (4), 179-185. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10310519>
- Moraes, J.F.D., & Souza, V.B.A. (2005). Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (4), 302-308. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n4/a09v27n4.pdf>
- Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. In G. Buela-Casal & J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación psicológica clínica y de la salud* (pp. 1045-1069). México: Siglo XXI.
- Morgan, S.G., Agnew, J.D., & Barer, M.L. (2004). Seniors' prescription drug cost inflation and cost containment: Evidence from British Columbia. *Health Policy*, 68 (3), 299-307. doi: 10.1016/j.healthpol.2003.10.006
- Murdock, G.P. (1949). *Social structure*. New York: The Free Press.
- Murphy, L., & Nagel, T. (2002). *The myth of ownership: Taxes and justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Natário, A. (1992). Envelhecimento em Portugal, uma realidade e um desafio. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10 (3), 48-56.
- Neri, A.L. (2004). Qualidade de vida na velhice: In J.R. Rebelatto & J.G.S. Morreli, *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso* (pp. 1-36). São Paulo: Manole.
- Neves, M.C.P., & Osswald, W. (2007). *Bioética simples*. Lisboa: Verbo Editora.
- Neves, M.J. (2006). *A saúde, as políticas e o neoliberalismo*. Coimbra: Sindicato dos Médicos da Zona Sul.

- Newell, K. (1975). *Health by the people*. Geneva: World Health Organization.
- Nozick, R. (1991). *Anarquia, estado e utopia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nunes, C. (2009). *O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do Concelho de Faro*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Algarve, Faro. Retirado de <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/564/1/Carla%20-%20DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>
- Nunes, J.A. (1995). As solidariedades primárias e os limites da sociedade providência. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 233-257.
- Nunes, R. (2003). *Política de saúde*. Porto: Universidade Portucalense, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Nussbaum, M., & Sen, A. (Eds.). (1993). *The quality of life*, Oxford: Clarendon Press.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2011). *Relatório de Primavera. Da repressão da crise para a governação prospectiva da saúde*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2001). Conhecer os caminhos da saúde. Relatório de Primavera 2001. Síntese. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ogden, K.W. (1996) *Safer roads: A guide to road safety engineering*. Sydney: Avebury Technical.
- Oliveira, M.D., & Bevan, G. (2003). Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: An estimation of hospital care needs. *Health Policy*, 66 (3), 277-293. doi:10.1016/S0168-8510(03)00118-0
- Oliveira, M.D., & Pinto, C. (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the SNS experience. *Health Economics*, 14, S203-S220. Retrieved from http://www.fe.ualg.pt/pgs/Pol_Saude_Doc5.pdf
- Organização das Nações Unidas. (2002). *Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento*. Retirado de www.onuportugal.pt.
- Organização das Nações Unidas. (2010). *Relatório sobre os objectivos do desenvolvimento do milénio 2010*. Lisboa. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- Organização Mundial de Saúde. (1983). A declaração de Alma-Ata 1978. *A Saúde do Mundo* (set.), 24-25.
- Organização Mundial de Saúde. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Geneva: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Ação sobre os determinantes sociais da saúde: Aprendendo com experiências anteriores*. Genebra: Autor.
- Osswald, W. (2004). *Um fio de ética* (2a ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Ouwehand, C., Ridder, D.T.D., & Bensing, J.M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27 (8), 873-884. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17328997>
- Padilla, G.V., Grant, M.M., & Ferrel, B. (1992). Nursing research into quality of life. *Quality of Life Research*, 1 (5), 341-348. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007%2F00434948#page-1>
- Parafita, A., & Fernandes, I. (2007). *Os provérbios e a cultura popular: A ética e a estética da vivência rural*. Vila Nova de Gaia: Editora Gailivro.
- Paschoal, S.M.P. (2000). *Qualidade de vida no idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, Brasil. Retirado de <file:///C:/Users/User/Downloads/tdesergio.pdf>
- Paschoal, S.M.P. (2002). Qualidade de vida na velhice. In E.V. Freitas, L. Py, F.A.X. Cançado, J. Doll, L.M. Gorzoni & S.M. Rocha, *Tratado de geriatria e gerontologia* (Cap. 8, pp.79-99). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-288.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Pedrosa, J. (2008). Literacia, condição de cidadania. In AAVV, *Literacia em português* (pp. 113-117). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Peixoto, C.E., & Cicchelli, V. (2000). Sociologia e antropologia da vida privada na Europa e no Brasil. Os paradoxos da mudança. In C.E. Peixoto, F. Singly & V. Cicchelli (Orgs.), *Família e individualização* (pp. 7-11). Rio de Janeiro: FGV.
- Pellegrino, E.D. (2003). The moral foundations of the patient-physician relationship: The essence of medical ethics in military medical ethics. In T.E. Beam & L. Sparacino (Eds), *Textbooks of military medicine* (Vol. 1). Washington, D.C.: US Army, Office of the Surgeon General.
- Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.C. (1988). *For the patient's good: Toward the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press.
- Pereira, J. (1995). *Inequity in infant mortality in Portugal, 1971-1991*. Lisboa: APES.
- Pereira, R.J., Cotta, R.M.M., Franceschin, S.C.C., Ribeiro, R.C.L., Sampaio, F., Priore, S.E., & Cecon, P.R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 27-38. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a05.pdf>
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pignatelli, C. (2006). *A necessidade de uma rede de cuidados continuados de saúde e de apoio social em Portugal* [Intervenção da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde na sessão de

- apresentação da Rede de Cuidados Continuados Integrados]. Retirado de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intevencoes/arquivo/cuidadoscontinuados.htm>.
- Pike, S., & Foster, D. (1995). *Health promotino for all*. London: Churcil Livingston.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pordata: Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Retirado de <http://www.pordata.pt>
- Potter, V.R. (1970). Bioethics: The science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine*, 14 (1), 127-153.
- Quaresma, M.L., & Pitaud, P. (2004), *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência*: Lisboa: Cesdet Edições.
- Rabadán, O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento. Bases para La intervención*. Barcelona: Masson.
- Ramos, H.V. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In L. Archer, J. Bisciais, W. Osswald & M. Renaud (Coords.), *Novos desafios à bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.
- Raphael, D., & Bryant, T. (2006). Maintaining population health in a period of welfare state decline: Political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice. *Promotion & Education*, 13 (4), 236-242. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17410974>
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. The Belknap Press of Harvard University Press.
- Rawls, J. (1985). *Teoria da la justicia México*. Fundo de Cultura Económica.
- Rawls, J. (2002). *Uma teoria de justiça*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rawls, J., (1993). *Uma teoria da justiça*. Lisboa: Editorial Presença.
- Reich, W.T. (Ed.). (1995). *Encyclopedia of bioethics* (2a ed.). New York: McMilliam.
- Reis, F. (1997). Da antropologia da escrita à literacia: Algumas reflexões sobre o Estudo Nacional de Literacia. *Educação, Sociedade & Culturas*, 8, 105-120.
- Relvas, A.P., & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de famílias*. Coimbra: Quarteto.
- Rice, R. (2004). *Práticas de enfermagem nos cuidados domiciliários* (3a ed.). Loures: Lusociência.
- Rocha, R.P.A.O. (2010). *Análise de gestão, equidade e eficiência no sistema de saúde português*. Tese de mestrado Integrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53764/2/Anlise%20de%20Gesto%20Equidade%20e%20Eficincia%20no%20Sistema%20de%20Sade%20Portugus.pdf>
- Rodrigues-Lopes, A. (1997). Problemática da família: Contributo para uma reflexão sobre a família na sociedade actual. In *Actas da Conferência Internacional sobre a problemática da família* (pp. 2-12). Viseu: Edição Departamento Cultural do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

- Rosa, J.C. (2008). Literacia. In AAVV, *Literacia em Português* (pp. 107-112). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rosa, M.J.V. (2000). Portugal e a União Europeia do ponto de vista demográfico a partir de 1960. In A. Barreto (Ed.), *A situação social em Portugal* (Vol. 2, pp. 419-451). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Rousseau, J.J. (1986). *O contrato social e outros escritos*. São Paulo: Ed. Cultrix.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer. Um desafio à gerontologia e à geriatria*. Lisboa: Lidel.
- San Martin, H., & Pastor, V.P. (1990). *Epidemiologia de la vejez*. Madrid: McGraw-Hill.
- Santana, P. (1995). *Acessibilidade e utilização dos cuidados de saúde. Ensaio metodológico em geografia da saúde*. Coimbra: CCRC/ARSC.
- Santana, P. (2005). *Geografias da saúde e do desenvolvimento evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.
- Santana, P., & Costa, C. (2012). A variação demográfica [Comunicação]. In *X Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento*, Coimbra, 21 de setembro.
- Santana, P., & Nogueira, H. (2005). AIDS/HIV mortality in Portugal in 90's. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1), 57-68.
- Saraceno, C. (1997). *Sociologia da família*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Saraceno, C., & Naldini, M. (2003). *Sociologia da família* (2a ed.). Lisboa: Editorial Estampa.
- Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso: Dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.
- Sayago, D., Tartaruga, I.GP, Oliveira, M.M., & Echeverri, R. (2006). *Desenvolvimento sustentável e territorialidade: Identidades e tipologias (Bases conceituais e proposta metodológica)*. Brasília: PCT/SDT/MDAIIICA.
- Schejtman, A., & Berdegué, J.A. (2004). *Desarrollo territorial rural*. Santiago: Rimisp - Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural.
- Segalan, M. (1999). *Sociologia da família*. Lisboa. Edições Terramar.
- Segre, M., Silva, F.L., & Schramm, F.R. (1998). O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Revista Bioética*, 6 (1), 15-25, 1998.
- Sen, A. (2002). Por qué la equidade en salud? *Pan American Journal of Public Health* 11 (5-6), 302-309. Retirado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>
- Serrania, P.J.M. (1990). Relações humanas e problemas de marginalização. *Revista Hospitalidade*, 35.
- Serrano, G. (2004). *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes – I. Métodos*. Madrid: Ed. La Muralla.

- Serrão, D. (1995). *A medicina e a ética no século XXI* [Discurso proferido nas Jornadas de Introdução ao Internato Geral, Porto, 1 dezembro]. p. 2.
- Serrão, D. (1996). O trilema da saúde. *Brotéria*, 142, 488-491.
- Serrão, D. (2010). Viver, envelhecer e morrer com dignidade. In *Na academia das ciências: Comunicações regimentais elogios acadêmicos, outras participações* (pp. 279-284). Porto: Autor.
- Serrão, D., (1998). A ética médica e os custos dos cuidados de saúde. In D. Serrão & R. Nunes (Coords.), *Ética em cuidados de saúde* (pp. 155-168). Porto: Porto Editora.
- Sgreccia, E. (2002). *Manual de bioética, I: Fundamentos e ética biomédica* (2a ed.), S. Paulo: Edições Loyola.
- Sgreccia, E. (2004). *Manual de bioética II - Aspectos médico-sociais* (2a ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Sgreccia, E. (2009). *Manual de bioética*. Cascais: Edições Princípiã.
- Sherbourne, C.D., Meredith, L.S., Rogers, W., & Ware, J.E. Jr. (1992). Social support and stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Qual Life Research*, 1 (4), 235-246. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00435632#page-1>
- Silva, C.M., Barbosa, D.M., Santos, E.P., Oliveira, M.R.S.R., & Ramos, A.F. (2009). *A qualidade de vida física e mental de idosos praticantes e não praticantes de caminhada na cidade de Campo Azul*. Retirado de <http://www.webarartigos.com/articles/33740/1/a-qualidade-de-vida-fisica-e-mental-de-idosos-praticantes-e-nao-praticantes-de-caminhada-na-cidade-de-campo-azul/pagian1.html>.
- Simões, J. (2009). *Retrato político da saúde: Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Singly, F. (2000). O nascimento do indivíduo individualizado e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In C.E. Peixoto, F. Singly & V. Cicchelli (Orgs.), *Família e individualização* (pp. 13-19). Rio de Janeiro: FGV.
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the berling aging study. *Eur Rev.*, 9 (04), 461-477. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S1062798701000424>
- Solari, A.B. (2000). O objeto da sociologia rural. In T. Szmrecsányi & N.M.B. Wanderley, *A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas: o "rural" como espaço singular e ator coletivo* (pp. 87-135). Rio de Janeiro: CPDA/UFRRJ.
- Sorokin, P.A., Zimmerman, C.A., & Galpin, C.J. (1986). Diferenças fundamentais entre o mundo rural e o urbano. In J.S. Martins (Org.), *Introdução crítica à sociologia rural* (pp. 198-224). São Paulo: Hucitec.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.

- Sousa, L., Relvas, A.P., & Mendes, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.
- Souza, E.C.F., & Oliveira, A.G.R.C. (1997). O processo saúde-doença: Do xamã ao cosmos. In M.C.M. Freire, C.S. Souza & H.R. Pereira, *Odontologia preventiva e social: Textos seleccionados*. Rio Grande do Norte: EDUFRN.
- Sprangers, M.A., De Regt, E.B., Andries, F., van Agt, H.M., Bijl, R.V., De Boer, J.B., ... Haes, H.C. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.*, 53 (9), 895-907. doi:10.1016/S0895-4356(00)00204-3
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4a ed.) Lisboa: Lusociência.
- Starfield, B. (2007). Global health, equity and primary care. *Jornal of the American Board of Family medicine*, 20 (6), 511-513. doi:10.3122/jabfm.2007.06.070176
- Subramanian, S.V., Kawachi, I., & Kennedy, B. (2000). Does context matter? A multilevel analysis of self rated health in the US [Comunicação]. In *IX International Symposium in Medical Geography*, Montreal, julho, 2000.
- Suurmeijer, T.P., Reuvekamp, M.F., & Aldenkamp, B.P. (2001). Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsy*, 42 (9), 1160-1168. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1528-1157.2001.37000.x/pdf>
- Tarlov, A. (1996). Social determinants of health. The sociobiological translation. In D. Blane, E. Brunner & R. Wilkinson (Eds.), *Health and social organization* (pp. 71-93). London: Routledge.
- Tarlov, A. (1996). Social determinants of health: The sociobiological translation. In D. Blane, E. Brunner & R. Wilkinson (Eds.), *Health and social organization* (pp. 71-93). London: Routledge.
- Teixeira, L.M.F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Retrieved from <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>.
- Toffler, A. (1984). *A terceira vaga*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Torga, M. (1999). *Diário* (2a ed. integral, vols. 1-16). Lisboa: Publicações Dom Quixote. Lisboa.

- Torres, A.C. (1999). Aumento do divórcio, mudanças na família e transformações sociais. In *Actas dos V Cursos Internacionais de Verão de Cascais* (pp. 71-94). Cascais: Câmara Municipal de Cascais.
- Tounier, P. (1981). *Aprender a envelhecer*. Porto: Editorial Perpétuo Socorro.
- Tuckman, B.W. (2005). *Manual de investigação em educação* (3a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- União Europeia. (2010). *Versões consolidadas do Tratado da União Europeia e do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia. Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. Retirado de https://infoeuropa.eu/rocid.pt/opac/?func=service&doc_library=CIE01&doc_number=000045566&line_number=0001&func_code=WEB-FULL&service_type=MEDIA
- Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Desafios de um modelo integrado* (2a ed.). Lisboa: Companhia de Ideias.
- Vaz, C.R.O.T. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa. Retirado de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf>
- Veiga, P.A. (2005). *Income-related health inequality in Portugal* [Working paper nº 28]. Universidade do Minho, Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada (NIMA). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4414/1/wp28.pdf>
- Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). Methods for quality of life assessment. *Salud Pública de México*, 44 (4), 349-361. Retirado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
- Veras, R. (2003). A longevidade da população: Desafios e conquistas. *Serviço Social & Sociedade*, 75, 5-18.
- Viegas, J.M.L., Guerreiro, M.D., Lobo, L., Torres, A., & Wall, K. (1998). Relações familiares: Mudança e diversidade. In *Portugal que modernidade?* (Cap. 2, pp. 45-78). Oeiras: Celta Editora.
- Vlahov, D., Freudenberg, N., Proietti, F., Ompad, D., Quinn, A., Nandi, V., & Galea, S. (2007). Urban as a determinant of health. *J Urban Health*, 84 (Supp 1), 16-26. doi:10.1007/s11524-007-9169-3
- Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J.M., Hereberg, S., ... Briançon, S. (2005). Leisure time physical activity and health: Related quality of life. *Preventive Medicine*, 41 (2), 562-569. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15917053>
- Wall, K. (1993). Elementos sobre a sociologia da família em Portugal. *Análise Social*, 28 (123-124), 999-1009.
- West, P., & Cullis, J. (1979). *Introducción a la economía de la salud*. Oxford: Oxford University Press.

- Whitehead, M. (2000). *The concepts and principles of equity and health*. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO. Retrieved from http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf
- WHOQOL Group. (1995). *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2nd ed.). Copenhagen: World Health Organization. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- Williams, D.R. (1990). Socioeconomic differentials in health: A review and redirection. *Social Psychology Quarterly*, 53 (2), 81-99. Retrieved from <http://www.isr.umich.edu/williams/All%20Publications/DRW%20pubs%201990/Socioeconomic%20differentials%20in%20health.%20a%20review%20and%20redirection.pdf>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: Author. Retirado de <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>
- World Health Organization. (1997a). *Health: The courage to care*. Geneva: Author. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63830>
- World Health Organization. (1997b). *Intersectoral action for health*. Geneva: Author. Retrieved from <http://www.cpha.ca/uploads/progs/infra/intersectoral.pdf>
- World Health Organization. (1995). *Health in social development: WHO position paper*. Genève, 1995: Author. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60622/1/WHO_DGH_95.1.pdf?ua=1
- World Health Organization. (1998). *Health 21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: Author. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2002a). *Active ageing. A policy framework*. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- World Health Organization. (2002b). *The European Health Report 2002*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98296/E76907.pdf
- World Health Organization. (2003). *World health report 2003: Shaping the future*. Geneva: Author. Retrieved from http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2005). *Envelhecimento activo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

ANEXOS

Anexo A

Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

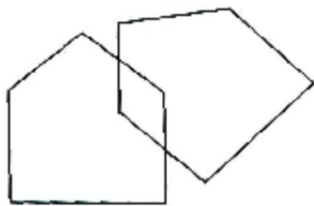
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Considera-se com defeito cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• analfabetos \leq 15 pontos• 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22• com escolaridade superior a 11 anos \leq 27 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Anexo B

Questionário

Exmo. (a). Sr. (a).

No âmbito do meu trabalho de Doutoramento estou a realizar uma investigação em que procuro compreender o “**enquadramento Bioético dos Cuidados de saúde a idosos em contexto rural**”.

Com este trabalho pretendo contribuir para que os cuidados de saúde em contexto rural sejam alvo de debate e que seja cada vez maior e melhor dada a importância que o bem-estar e a qualidade de vida têm nas populações rurais, tanto no que diz respeito aos idosos como às suas famílias.

É, pois, muito importante poder contar com a sua colaboração nesta investigação. Peço-lhe que responda a este documento com atenção. Caso não entenda alguma coisa, peça os esclarecimentos que desejar.

O tratamento dos dados que vou recolher serve exclusivamente fins de investigação e será totalmente salvaguardado o anonimato e confidencialidade na sua divulgação. Os entrevistadores são pessoas com formação superior e estão obrigados a deveres éticos e deontológicos de sigilo que salvaguardam estas situações.

Agradeço muito a sua disponibilidade e colaboração!

Consentimento Informado

Eu _____ (Primeiro Nome e Inicial do Sobrenome) fui informado (a) sobre os objectivos e condições de participação nesta investigação. Sinto-me esclarecido (a) e autorizo participar na investigação nas condições acima definidas.

Vila Real, ____/____/____ Rubrica: _____

Idade: _____ anos

Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: Solteiro Casado c/ Registo Casado s/ Registo (UF) Divorciado Separado Viúvo

Nível de Instrução: Sem instrução Básico 1ºCiclo Básico 2ºCiclo Básico 3ºCiclo
Secundário Superior

Principal Meio de Vida:

Rendimento Trabalho A cargo família

Pensão Rendimentos (Propriedade/empresa)

Subsídio Desemprego RSI/RMG Subsídio Temp. Incapacidade Trabalho (Baixa)

Apoio Social (outros) Outros subsídios Temporários

Outra situação _____

Habitação

| | | | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------|--|----------------------|--|---------|--|--|
| Habitação Própria | | Habitação Alugada | | Habitação Emprestada | | Outra | | |
| Casa Autónoma | | Moradia | | Quinta | | Barraca | | |

Requisitos

| | | | | | | | | |
|----------------------|--|-------------------|--|-----------------|--|---------|--|--|
| Casa de Banho | | Água Rede Pública | | Água de Furo | | Mina | | |
| Esgotos Rede Publica | | Fossa | | Recolha de Lixo | | Lixeira | | |

Durante os últimos doze meses com que frequência teve contacto com a sua família
(pessoalmente, por telefone ou por correio)

| | | | | | | | |
|-------------|--|-------------------------|--|---------------|--|-------------------|--|
| Diariamente | | Várias vezes por semana | | 1x por semana | | De 2 em 2 semanas | |
| 1x por mês | | 1x por ano | | 2x por ano | | Nunca | |

Vive com a família?

| | |
|---|---|
| S | N |
|---|---|

Sofre de algum problema de saúde, doenças, incapacidade ou enfermidades de longa duração?

| | |
|---|---|
| S | N |
|---|---|

Pensando no seu rendimento mensal total, em que intervalo se situa?

| | |
|----------------------------|--|
| Menos de 400 euros | |
| [400-500[euros | |
| [500- 600[euros | |
| [600-700[euros | |
| Maior ou igual a 700 euros | |

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

| | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|----------------------------------------------------------|------|-------|---------------|----------|---------------|
| Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

| | | Muito Má | Má | Nem Boa Nem Má | Boa | Muito Boa |
|---------------|--------------------------------------|----------|----|-------------------|-----|-----------|
| 1 (G1) | Como avalia a sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|---------------|---------------------------------------------------|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
| 2 (G4) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nada | Pouco | Nem muito nem pouco | Muito | Muitíssimo |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|------------------------|-------|------------|
| 3 (F1.4) | Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 (F11.3) | Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 (F4.1) | Até que ponto gosta da vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 (F24.2) | Em que medida sente que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 (F5.3) | Até que ponto se consegue concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 (F16.1) | Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 (F22.1) | Em que medida é saudável o seu ambiente físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|---------------|----------|---------------|
| 10 (F2.1) | Tem energia suficiente para a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 (F7.1) | É capaz de aceitar a sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 (F18.1) | Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 (F20.1) | Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 (F21.1) | Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Má | Má | Nem boa nem má | Boa | Muito Boa |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|----------------|-----|-----------|
| 15 (F9.1) | Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16 (F3.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 (F10.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 (F12.4) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 (F6.3) | Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 (F13.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 (F15.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 (F14.4) | Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 (F17.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 (F19.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 (F23.3) | Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

| | | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|---------------|----------------|--------|
| 26 (F8.1) | Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**POR FAVOR COMECE O QUESTIONÁRIO RESPONDENDO À QUESTÃO 1 DA PRÓXIMA PÁGINA.
TODAS AS SUAS RESPOSTAS SÃO CONFIDENCIAIS. MAIS UMA VEZ, MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

1. Começamos por listar algumas frases com que algumas pessoas descreveram a sua saúde.

Assinale com uma cruz (assim), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de espírito hoje.

| | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------|---|
| A | Não tenho problemas em andar | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Tenho alguns problemas em andar | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Tenho de estar na cama | <input type="checkbox"/> | 3 |

| | | | |
|---|------------------------------------------------|--------------------------|---|
| B | Não tenho problemas em cuidar de mim | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a | <input type="checkbox"/> | 3 |

| | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|
| C | Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais (ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais | <input type="checkbox"/> | 3 |

| | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|---|
| D | Não tenho dores ou mal estar | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Tenho dores ou mal estar moderados | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Tenho dores ou mal estar extremos | <input type="checkbox"/> | 3 |

| | | | |
|---|----------------------------------------------|--------------------------|---|
| E | Não estou ansioso/a ou deprimido/a | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a | <input type="checkbox"/> | 3 |

2. Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do rectângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.



3. Quando necessita de algum dos tratamentos médicos indicados abaixo, tem de os pagar na totalidade ou apenas parcialmente por usufruir de comparticipação do Serviço Nacional de Saúde, subsistema de saúde (ADSE, SAMS, etc.) ou seguro de saúde?

(por favor assinale apenas **UMA** quadrícula em cada linha)

| | O SNS, o subsistema de saúde ou o seguro de saúde não paga(m) nada | O SNS, o subsistema de saúde ou o seguro de saúde paga(m) uma pequena parte | O SNS, o subsistema de saúde ou o seguro de saúde paga(m) quase tudo | O SNS, o subsistema de saúde ou o seguro de saúde paga(m) tudo | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| | Eu pago na totalidade ▼ | Eu pago quase na totalidade ▼ | Eu pago menos de metade ▼ | Eu não pago nada ▼ | Não sei ▼ |
| a) Consultas de clínica geral | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| b) Consultas de especialidade pedidas pelo médico de família | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| c) Consultas de especialidade não pedidas pelo médico de família | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| d) Consulta num médico escolhido por si | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| e) Dentista | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| f) Medicamentos receitados | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| g) Internamento em hospitais públicos | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| h) Internamento em hospitais privados | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₈ |
| i) Estadias em lares ou cuidados de enfermagem ao domicílio, em caso de doença crónica ou incapacidade | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₈ |

4. Agora gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre as despesas que teve de pagar do seu bolso com cuidados de saúde, nos últimos 12 meses.

→ por despesas pagas do seu bolso, entendem-se aquelas sobre as quais não teve direito a reembolso. Se pagou mas foi reembolsado(a), não indique essas quantias. Se a seguradora as pagou primeiro, mas depois lhe pediu o dinheiro, deve referir essas quantias.

Sem contar com reembolsos do seu sistema de saúde ou empregador, quanto diria que pagou do seu bolso por ...

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| a) ...internamento em hospital | _____ € |
| b) ...tratamentos hospitalares sem internamento | _____ € |
| c) ...medicamentos com receita médica (exclua auto-medicação) | _____ € |
| d) ... cuidados em lares ou centros de dia | _____ € |
| e) ... serviços de apoio ao domicílio | _____ € |
| f) ... os últimos exames que fez (como raios-X, ressonâncias magnéticas ou TAC) | _____ € |

5. Indique até que ponto concorda ou discorda com as seguintes frases. Com que frequência diria que...

(por favor assinale apenas **UMA** quadrícula para cada frase)

| | Muitas vezes ▼ | Algumas vezes ▼ | Muito poucas vezes ou nunca ▼ |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) ... se sentiu sem companhia? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b) ... se sentiu posto de parte? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| c) ... se sentiu isolado(a)? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| d) ... se sentiu sozinho? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

6. Quantos exames como Raios-X, ressonância magnética ou TAC fez nos últimos 6 meses?

| |
|------------------------------------------------|
| Número de exames que fez no total _____ exames |
|------------------------------------------------|

7. Fez estes exames (Raios-X, ressonância magnética ou TAC) porque:

(por favor assinale apenas **UMA** quadrícula para cada frase)

| | Sim ▼ | Não ▼ | Não se aplica (não fez estes exames nos últimos 6 meses) ▼ |
|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| a) Pediu ao médico | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b) O seu médico os receitou | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| c) Outros motivos | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

8. Por favor indique até que ponto concorda ou discorda com as seguintes frases. Durante o último mês com que frequência diria que teve ...

(por favor assinale apenas **UMA** quadrícula para cada frase)

| | Muitas vezes ▼ | Algumas vezes ▼ | Muito poucas vezes ou nunca ▼ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a) ... problemas emocionais (como sentir-se em baixo, deprimido(a) ou ansioso(a)) que afectaram as suas actividades diárias ou o seu trabalho? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b) ... problemas emocionais (como sentir-se em baixo, deprimido(a) ou ansioso(a)) que afectaram a forma como se relaciona com familiares e amigos? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

9. Quantos amigos ou familiares o ajudaram quando estava com problemas emocionais, quando se sentiu em baixo, deprimido(a) ou triste e precisava de apoio?

| | |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Número de amigos ou familiares | _____ amigos ou familiares |
| Não se aplica (nunca se sentiu em baixo, deprimido(a) ou triste) | <input type="checkbox"/> ₉ |

Finalmente indique o seu sexo e ano de nascimento:

a) Eu sou do sexo...

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| Masculino | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Feminino | <input type="checkbox"/> ₂ |

| | |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| b) Nasci no ano | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

Muito obrigado por ter respondido às nossas perguntas. Por favor entregue o questionário ao entrevistador ou envie-o através do correio dentro do envelope com selo que lhe deixaram.

Durante os últimos seis meses pelo menos, foi incomodado por algum dos problemas de saúde abaixo indicados?

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Dores de costas, joelhos, ancas ou outra articulação | S | N |
| Problemas de coração, dores no peito durante a realização de exercício físico | S | N |
| Dificuldade em respirar | S | N |
| Tosse persistente | S | N |
| Pernas inchadas em edemas | S | N |
| Dificuldade em dormir | S | N |
| Quedas | S | N |
| Medo de cair | S | N |
| Tonturas, desmaios ou desfalecimento | S | N |
| Problemas de estômago ou intestino | S | N |
| Incontinência ou perda involuntária de urina | S | N |
| Fadiga | S | N |
| Nenhuma | S | N |
| Outros sintomas que não foram mencionados | S | N |

Está actualmente a tomar medicamentos, pelo menos uma vez por semana?

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Medicamentos para o colesterol elevado | S | N |
| Medicamentos para a tensão arterial elevada | S | N |
| Medicamentos para doenças coronárias ou cerebrovasculares | S | N |
| Medicamentos para outras doenças do coração | S | N |
| Medicamentos para a asma | S | N |
| Medicamentos para a diabetes | S | N |
| Medicamentos para as dores ou inflamação das articulações | S | N |
| Medicamentos para outras dores (p.ex: dor de cabeça, dores de costas...) | S | N |
| Medicamentos para a dificuldade de dormir | S | N |
| Medicamentos para a ansiedade ou depressão | S | N |
| Medicamentos hormonais para a osteoporose | S | N |
| Medicamentos para a sensação de estômago a queimar | S | N |
| Medicamentos para a bronquite crónica | S | N |
| Nenhuns | S | N |
| Outros medicamentos que não foram mencionados | S | N |

Com que frequência considera que a falta de dinheiro o impedem de comparar os medicamentos que lhe são prescritos?

| | | |
|--------------|---|---|
| Muitas vezes | S | N |
| Às vezes | S | N |
| Raramente | S | N |
| Nunca | S | N |

Durante os últimos 12 meses, quantas vezes foi ao centro de saúde?

| | | |
|--------------------|---|---|
| Uma vez | S | N |
| Duas/quatro vezes | S | N |
| Cinco/seis vezes | S | N |
| Mais de seis vezes | S | N |

Que dificuldades sente quando se dirige ao Centro de Saúde?

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| Marcação de consultas | S | N |
| Consultas de especialidade | S | N |
| Tempo de espera da consulta | S | N |
| Horário da consulta | S | N |
| Transporte | S | N |

Anexo C

Autorização da Comissão de Ética para realização do estudo



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

1/2

PARECER Nº 35

(sobre o projecto de investigação

"Enquadramento Bioético nos Cuidados de Saúde em Contexto Rural")

A – APRESENTAÇÃO DOS FACTOS

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde abriu o Processo n.º 35.09 CES baseado no pedido de apreciação de projecto de investigação intitulado "Enquadramento Bioético nos Cuidados de Saúde em Contexto Rural", solicitado pela investigadora Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmiento através de ofício dirigido ao Director Executivo do ACES Douro I – Marão e Douro Norte, datado de 18 de Dezembro de 2009.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: pedido de parecer dirigido à ARS Norte; projecto de investigação; exemplar do formulário a ser aplicado; documento de consentimento informado, bem como uma carta dirigida aos utentes explicando os objectivos e metodologia do estudo.

A.3. O estudo em questão justifica-se no âmbito de realização da tese de doutoramento em Bioética, pelo Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa. Aborda a problemática do envelhecimento da população portuguesa, particularizando o caso da população do concelho de Vila Real, e relacionando-a com os recursos existentes e as dinâmicas familiares e a prestação de cuidados. Tem como objectivo "... identificar a realidade do concelho, ... identificar as necessidades, as prioridades e formas de intervenção adequadas à manutenção e promoção da qualidade de vida, atendendo aos princípios (bio)éticos e equidade na gestão dos recursos, por forma a potenciar e/ou otimizar os recursos existentes".

A.4. A metodologia de investigação refere ser um estudo exploratório, descritivo, analítico, correlacional, observacional e transversal. A amostra é referida como "aleatória, probabilística, estratificada e proporcional quanto ao sexo e idade". Os instrumentos de colheita de dados contemplam um formulário anexo ao projecto e deveria ser aplicado aos utentes atendidos na Unidade Móvel nos meses de Novembro de 2009 a Janeiro de 2010, assim como entrevista semi-estruturada aplicada no mesmo período de tempo aos utentes atendidos nessa mesma Unidade Móvel, bem como à equipa multidisciplinar, presidentes das Juntas de Freguesia, elementos da Segurança Social, e outras entidades formais e/ou informais. Além disso contempla de igual forma a observação participante nas situações de prestação de cuidados.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. O projecto apresentado não refere se existe, ou não, algum tipo de financiamento ou contrapartida, no decurso da investigação ou posterior a ela, por parte de alguma entidade pública ou privada, no entanto, após questionada, a investigadora declarou que não existe qualquer tipo de contrapartida quer de entidades públicas ou privadas.

B.2. A aplicação do formulário e da realização da entrevista será feita presencialmente, mas serão previamente informados todos os participantes através de uma nota informativa da investigadora, em anexo aos documentos apresentados, onde constam a identificação da investigadora, objectivos do estudo e compromisso de confidencialidade.

B.3. O formulário apresentado cumpre as normas de anonimização de dados e o consentimento informado é devidamente esclarecedor e perceptível ao utente, fazendo referência à possibilidade do utente a qualquer momento do estudo poder retirar-se do mesmo, desde que o pretenda, e sem



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

2/2

prejuízo ou sanções.

B.4. A amostra, segundo esclarecimentos prestados pela investigadora, não é aleatória, mas antes de conveniência (*"responsável por uma unidade móvel que percorre as aldeias rurais do concelho de Vila Real, pretendo aproveitar todos os utentes que, para isso, derem o seu consentimento livre e esclarecido, aquando da minha deslocação às diferentes aldeias. Poderei utilizar dois tempos, na primeira visita explicar os objectivos do estudo, guardando para uma segunda visita, a programar, a efectivação da aplicação do formulário"*).

C – CONCLUSÃO

Face ao exposto e após a consulta de toda a documentação fornecida pela investigadora, esta CES delibera:

C.1. Dar parecer favorável para a autorização do referido estudo;

C.2. Solicitar à investigadora o compromisso de entrega de um exemplar do resultado final de investigação a esta CES;

C.3. Comunicar à investigadora a obrigatoriedade de que sejam enviadas cópias a esta CES, por correio confidencial, de todos os impressos de consentimento informado que sejam assinados no âmbito do estudo em questão, uma vez que considerando o disposto no Decreto-lei n.º 97/95, de 10 de Maio, cabe à CES da ARS Norte *"zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, de forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humana"*.

A relatora, *Enf.ª Paula Campos*

Aprovado em reunião do dia 15 de Janeiro de 2010, por unanimidade.

Rosalvo Almeida

Présidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Anexo D

Pedido de colaboração das diferentes entidades



Emília Sarmento

12-04-2013

[Documento](#)

Para: ct.vrl@gnr.pt

1 anexo (14,8 KB)

[Vista Ativa](#) do Outlook

Exmo Sr. Comandante

GNR - Vila Real

Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmento, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, a realizar Doutoramento em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa - Pólo da Foz, com um trabalho cujo tema aborda o envelhecimento em contexto rural, venho informar e solicitar a melhor atenção para a existência de elementos de enfermagem (ESEVR) entre os dias 15 de Abril e 10 de Maio nas diferentes freguesias rurais do concelho, conforme carta anexa.

Atenciosamente

Emília Sarmento

Vila Real, 12 de Abril de 2013

Exº Sr. Comandante
da Unidade Territorial de Vila Real

Assunto: Aplicação de Inquéritos na população idosa em contexto rural

Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmiento enfermeira a exercer funções na Unidade de Saúde Pública, no âmbito do meu trabalho de Doutoramento estou a realizar uma investigação em que procuro compreender o “**Enquadramento Bioético dos Cuidados de saúde a idosos em contexto rural**”. Este trabalho é orientado Pelo Professor Doutor Daniel Serrão (Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto - Pólo da Foz) e Co - Orientado pela Professora Doutora Maria João Monteiro (professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro).

Com este trabalho pretendo contribuir para que os cuidados de saúde em contexto rural sejam alvo de debate e que seja cada vez mais dada importância ao bem-estar e qualidade de vida dos idosos e suas famílias.

A aplicação dos questionários será realizada por vários elementos de enfermagem e decorrerá pelas diferentes freguesias rurais do Concelho de Vila Real de 15 de Abril a 10 de Maio de 2013, que estarão devidamente identificados. Darei também conhecimento desta actividade aos presidentes das respectivas Juntas de Freguesia, aos quais solicitarei colaboração para acompanhar ou fazer acompanhar os investigadores com um elemento representativo da comunidade.

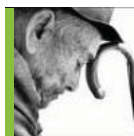
O tratamento dos dados que vou recolher serve exclusivamente fins de investigação e será totalmente salvaguardado o anonimato e confidencialidade na sua divulgação. Os entrevistadores são pessoas com formação superior e estão obrigados a deveres éticos e deontológicos de sigilo que salvaguardam estas situações.

O conhecimento científico só pode levar-se a bom termo, quando ajustado às diferentes ordens de saberes sobre a própria realidade – como ela é do ponto de vista da ciência positiva e como é do ponto de vista das ciências humanas, pois sem a compreensão da vivência singular não há possibilidade de se proceder a uma autêntica personalização.

As alterações demográficas no último século, que se traduziram na modificação e até por vezes na inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Grata pela colaboração, e sempre disponível para qualquer esclarecimento complementar,

Atenciosamente



Emília Sarmento

12-04-2013

[Ações](#)

Para: adoufe@gmail.com, fernandojosealvesgaspar@

[Vista Ativa do Outlook](#)

Exmo. Sr. Presidente de Junta

Vila Real

Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmento, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, a realizar Doutoramento em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa - Pólo da Foz, com um trabalho cujo tema aborda o envelhecimento em contexto rural, venho informar e solicitar a melhor atenção para a existência de elementos de enfermagem (ESEVR) entre os dias 15 de Abril e 10 de Maio nas diferentes freguesias rurais do concelho, conforme carta anexa.

Atenciosamente e grata pela colaboração prestada

Emília Sarmiento

Exº Sr. Presidente da Junta de Freguesia

Assunto: Aplicação de Inquéritos na população idosa em contexto rural

Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmiento enfermeira a exercer funções na Unidade de Saúde Pública, no âmbito do meu trabalho de Doutoramento estou a realizar uma investigação em que procuro compreender o “**Enquadramento Bioético dos Cuidados de saúde a idosos em contexto rural**”. Este trabalho é orientado Pelo Professor Doutor Daniel Serrão (Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto - Pólo da Foz) e Co - Orientado pela Professora Doutora Maria João Monteiro (professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro).

Com este trabalho pretendo contribuir para que os cuidados de saúde em contexto rural sejam alvo de debate e que seja cada vez mais dada importância ao bem-estar e qualidade de vida dos idosos e suas famílias.

A aplicação dos questionários será realizada por vários elementos de enfermagem e decorrerá pelas diferentes freguesias rurais do Concelho de Vila Real de 15 de Abril a 10 de Maio de 2013, que estarão devidamente identificados. Solicito divulgação junto da vossa população e colaboração para acompanhar ou fazer acompanhar os investigadores com um elemento representativo da comunidade, caso isso possa ser possível. O tratamento dos dados que vou recolher serve exclusivamente fins de investigação e será totalmente salvaguardado o anonimato e confidencialidade na sua divulgação. Os entrevistadores são pessoas com formação superior e estão obrigados a deveres éticos e deontológicos de sigilo que salvaguardam estas situações.

O conhecimento científico só pode levar-se a bom termo, quando ajustado às diferentes ordens de saberes sobre a própria realidade – como ela é do ponto de vista da ciência positiva e como é do ponto de vista das ciências humanas, pois sem a compreensão da vivência singular não há possibilidade de se proceder a uma autêntica personalização.

As alterações demográficas no último século, que se traduziram na modificação e até por vezes na inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Grata pela colaboração, e sempre disponível para qualquer esclarecimento complementar,

Atenciosamente

Emília Sarmiento



Emília Sarmento
Para: João Curralejo

12-04-2013

[Ações](#)

1 anexo (14,7 KB)

[Vista Ativa](#) do Outlook

Reverendo peço o favor de divulgar por todos os padres das freguesias rurais

Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmento, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, a realizar Doutoramento em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa - Pólo da Foz, com um trabalho cujo tema aborda o envelhecimento em contexto rural, venho informar e solicitar a melhor atenção para a existência de elementos de enfermagem (ESEVR) entre os dias 15 de Abril e 10 de Maio nas diferentes freguesias rurais do concelho, conforme carta anexa.

Atenciosamente

Emília Sarmento

Exº Sr.Padre

Assunto: Aplicação de Inquéritos na população idosa em contexto rural

Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmiento enfermeira a exercer funções na Unidade de Saúde Pública, no âmbito do meu trabalho de Doutoramento estou a realizar uma investigação em que procuro compreender o “**Enquadramento Bioético dos Cuidados de saúde a idosos em contexto rural**”. Este trabalho é orientado Pelo Professor Doutor Daniel Serrão (Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto - Pólo da Foz) e Co - Orientado pela Professora Doutora Maria João Monteiro (professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro).

Com este trabalho pretendo contribuir para que os cuidados de saúde em contexto rural sejam alvo de debate e que seja cada vez mais dada importância ao bem-estar e qualidade de vida dos idosos e suas famílias.

A aplicação dos questionários será realizada por vários elementos de enfermagem e decorrerá pelas diferentes freguesias rurais do Concelho de Vila Real de 15 de Abril a 10 de Maio de 2013, que estarão devidamente identificados. **Solicito divulgação junto da vossa população.**

O tratamento dos dados que vou recolher serve exclusivamente fins de investigação e será totalmente salvaguardado o anonimato e confidencialidade na sua divulgação. Os entrevistadores são pessoas com formação superior e estão obrigados a deveres éticos e deontológicos de sigilo que salvaguardam estas situações.

O conhecimento científico só pode levar-se a bom termo, quando ajustado às diferentes ordens de saberes sobre a própria realidade – como ela é do ponto de vista da ciência positiva e como é do ponto de vista das ciências humanas, pois sem a compreensão da vivência singular não há possibilidade de se proceder a uma autêntica personalização.

As alterações demográficas no último século, que se traduziram na modificação e até por vezes na inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Grata pela colaboração, e sempre disponível para qualquer esclarecimento complementar,

Atenciosamente

Emília Sarmiento

Email: emiliasarmiento25@hotmail.com Telm 965295562

Vila Real, 12 de Abril de 2013

Anexo E

Autorização para aplicação da escala WHOQOL-Bref



Emília Sarmento

12-04-2013

[Documento](#)

Para: mcanavarro@fpce.uc.pt

1 anexo (17,0 KB)

[Vista Ativa](#) do Outlook

Exma Sr^a Prof^a Doutora Cristina Canavarro

Encontro-me a desenvolver Tese de Doutoramento em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa - Porto (Pólo da Foz) sob a orientação do Prof Doutor Daniel Serrão e Co- Orientação da Prof^a Doutora Maria João Monteiro. pretendo desenvolver um estudo sobre "**Enquadramento Bioético dos Cuidados de Saúde a Idosos em Contexto Rural**".

Neste sentido, venho solicitar a V Ex^a o acesso à versão em português da Escala WHOQOL- Bref.

Atenciosamente

Emília Sarmento



Cláudia Melo (claudiasmelosilva@gmail.com) [Ações](#)

Para: emiliasarmento25@hotmail.com

1 anexo (211,7 KB)

[Vista Ativa](#) do Outlook

Cara Dra. Emília Sarmento, Na sequência do pedido efectuado, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref- manual de aplicação e cotação- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>. Com os melhores cumprimentos, P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida Cláudia Melo.

Anexo F

Autorização para aplicação da escala SHARE



ana sofia Carvalho 31-05-2013
Para: emiliasarmento25@hotmail.com

[Ações](#)

-----Original Message-----

From: Josette Janssen [mailto:jjanssen@uvt.nl]
Sent: quinta-feira, 30 de Maio de 2013 08:53
To: Ana Carvalho
Subject: SHARE data download

Dear Ana Sofia Carvalho,

We have received your signed statement for the use of the SHARE project data.
Select <Data Access & Documentation> then <Research Data Center & Data Access> from the menu on <http://www.share-project.org/> and then go to <download the data> (in the main text) to download the datafiles.

Questions and comments related to the content of the study can be addressed to the SHARE coordination team at info@share-project.org.

Best regards,

Josette Janssen

Josette Janssen
Panel manager
CentERdata
Room T424 (Tilburg University, Tias Building)
Postal address : PO Box 90153, 5000 LE, Tilburg, The Netherlands
Visiting address : Warandelaan 2, 5037 AB, Tilburg, The Netherlands
Telephone : +31-13-466 8326 / 8325
Fax : +31-13-466 2764
WWW : www.centerdata.nl
Disclaimer : See <http://www.centerdata.nl/maildisclaimer>.



ana sofia Carvalho 21-05-2013

[Ações](#)

Para: adelerue@ics.uminho.pt

Cc: emiliasarmento25@hotmail.com

Cara Professora Alice Matos,

Venho por este meio informar que o questionário, tal como foi informado pela doutoranda, foi usado com a permissão do Prof. Pedro Pitta Barros. De facto, em conversa telefónica com o Pedro, eu solicitei o envio e especifiquei qual seria o objetivo da sua utilização. Desta forma, foi-me enviado o questionário e solicitado o registo no projecto SHARE, uma vez que seria do maior interesse para os membros portugueses do consórcio que o mesmo fosse utilizado noutros âmbitos. Assim, venho por este meio lamentar que esta informação não tenha ficado clara desde o início e manifestar a disponibilidade do Instituto para o envio de um pedido de autorização formal, se tal considerar desejável.

Aproveito para enviar os meus melhores cumprimentos,

Ana Sofia Carvalho