

JOSÉ MÁRIO TUPINÁ MACHADO

**TOMADA DE DECISÃO NA ATENÇÃO
AO PACIENTE MUITO IDOSO
HOSPITALIZADO**

TESE DE DOUTORADO

**PORTO ALEGRE
2006**

JOSÉ MÁRIO TUPINÁ MACHADO

**TOMADA DE DECISÃO NA ATENÇÃO
AO PACIENTE MUITO IDOSO
HOSPITALIZADO**

Tese de Doutorado em Gerontologia
Biomédica, apresentada no Instituto de
Geriatria e Gerontologia da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim.

PORTO ALEGRE
2006

“O perigo da tecnologia é implantar no homem a convicção de que é onipotente, impedindo-o de ver sua imensa fragilidade”. (Hermógenes)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por estimularem meu interesse pelo estudo.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|------------|
| | LISTA DE TABELAS..... | <i>ii</i> |
| | LISTA DE GRÁFICOS | <i>iii</i> |
| | RESUMO..... | <i>iv</i> |
| | ABSTRACT..... | <i>v</i> |
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 14 |
| 2.1 | ENVELHECIMENTO | 14 |
| 2.2 | BIOÉTICA..... | 25 |
| 2.3 | PRINCÍPIO DA AUTONOMIA | 32 |
| 2.4 | RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE | 38 |
| 2.5 | ABORDAGEM DO PACIENTE MUITO IDOSO HOSPITALIZADO ... | 40 |
| 3 | OBJETIVOS | 49 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 49 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 49 |
| 4 | MÉTODO | 50 |
| 4.1 | LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA | 50 |
| 4.2 | PROCEDIMENTO | 51 |
| 4.3 | ANÁLISE DOS RESULTADOS | 54 |
| 5 | DISCUSSÃO | 68 |
| 6 | CONCLUSÃO | 74 |
| 7 | SUGESTÕES..... | 77 |
| | REFERÊNCIAS..... | 82 |
| | ANEXOS | 89 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|--|----|
| TABELA 1 | – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2002 | 55 |
| TABELA 2 | – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA - 2002..... | 56 |
| TABELA 3 | TERMOS UTILIZADOS NOS PRONTUÁRIOS EM QUE HÁ REGISTRO RELATIVO À COGNIÇÃO NAS EVOLUÇÕES EM 2002 | 57 |
| TABELA 4 | – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2003 | 58 |
| TABELA 5 | – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA - 2003..... | 59 |
| TABELA 6 | TERMOS UTILIZADOS NOS PRONTUÁRIOS EM QUE HÁ REGISTRO RELATIVO À COGNIÇÃO NAS EVOLUÇÕES EM 2003 | 60 |
| TABELA 7 | – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2004 | 60 |
| TABELA 8 | – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA EM 2004 | 62 |
| TABELA 9 | TERMOS UTILIZADOS NOS PRONTUÁRIOS EM QUE HÁ REGISTRO RELATIVO À COGNIÇÃO NAS EVOLUÇÕES EM 2004 | 62 |
| TABELA 10 | – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA NO TRATAMENTO DE 2002 A 2004..... | 63 |
| TABELA 11 | – FONTE PAGADORA DE 2002 A 2004..... | 63 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 1 – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2002 | 55 |
| GRÁFICO 2 – DIAGNÓSTICO DO PACIENTE POR TIPO EM 2002..... | 56 |
| GRÁFICO 3 – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA EM 2002 | 56 |
| GRÁFICO 4 – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2003 | 58 |
| GRÁFICO 5 – DIAGNÓSTICO DO PACIENTE POR TIPO EM 2003..... | 59 |
| GRÁFICO 6 – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA EM 2003 | 59 |
| GRÁFICO 7 – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2004 | 61 |
| GRÁFICO 8 – DIAGNÓSTICO DO PACIENTE POR TIPO EM 2004..... | 61 |
| GRÁFICO 9 – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA EM 2004 | 62 |

RESUMO

Introdução: À medida que aumenta a proporção de idosos no mundo, é crescente o número de pacientes muito idosos, sob regime de internação hospitalar. As peculiaridades deste grupo populacional ainda não são totalmente reconhecidas e valorizadas pelos médicos, em geral. Adequar o grau de agressividade diagnóstica e terapêutica à escala de valores destes pacientes, ponderando riscos, benefícios e desconfortos, exige critérios coerentes e representa um grande desafio para os médicos. Para que a tomada de decisão sobre os procedimentos aos quais estes pacientes submeterão seja adequada, deve-se motivar e valorizar o envolvimento deles e não permitir que o conhecimento técnico do médico, isoladamente, determine o que deve ou não ser feito durante sua permanência no hospital. O trabalho foi realizado no Hospital Universitário Cajuru da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em Curitiba, onde o número de internamento de pacientes com idade avançada vem aumentando nos últimos anos. **Objetivos:** 1. Identificar os modelos de registro sobre o nível cognitivo dos pacientes muito idosos hospitalizados; 2. Identificar o modelo da tomada de decisão utilizado por ocasião da adoção de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, na atenção aos pacientes muito idosos hospitalizados; 3. Verificar a importância da participação dos pacientes muito idosos hospitalizados no processo de tomada de decisão, na perspectiva dos médicos, dos pacientes muito idosos hospitalizados, de estudantes universitários e outros idosos. **Método:** Pesquisa qualitativa e quantitativa envolvendo levantamento de prontuários hospitalares e entrevistas com pacientes de ambos os sexos, com idade igual e superior a 85 anos, internados no Hospital Universitário Cajuru; médicos atuantes neste hospital; estudantes universitários da Pontifícia Universidade do Paraná e usuários com idade igual ou superior a 60 anos, da Associação de Portadores de Parkinsonismo do Paraná. **Conclusão:** 1. Raramente o estado cognitivo ou a capacidade de tomada de decisão por parte dos pacientes muito idosos hospitalizados foram avaliados, registradas, valorizadas e respeitadas; 2. Independente da capacidade cognitiva dos pacientes muito idosos internados, a decisão sobre a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos foi tomada de acordo com opinião médica; 3. Todos os grupos entrevistados concordaram com a participação dos pacientes muito idosos hospitalizados, cognitivamente bem, na tomada de decisão sobre a execução de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos. 4. Faz-se necessário difundir informações sobre o processo de envelhecimento, velhice, idade biológica e autonomia dos pacientes muito idosos hospitalizados.

Palavras chaves: Envelhecimento, Idade Biológica, Bioética, Pessoa Muito Idosa, Direitos do Paciente Muito Idoso Hospitalizado, Relação Médico Paciente Muito Idoso, Autonomia, Tomada de Decisão.

ABSTRACT

Introduction: The bigger the proportion of old persons in the world, the more the number of hospitalized very old patients increases. The peculiarities of this population group have not been totally recognized and valued by the doctors, in general, yet. Fitting the diagnostic and therapeutic aggressiveness degree to the scale of values of these patients pondering risks, benefits and discomfort demands coherent criteria and represents a great challenge to doctors. In order to make an adequate decision on the procedures to which they will be submitted, one must motivate and value these patients' involvement and not allow that the doctor's technical knowledge alone determines what must or must not be done during their stay at the hospital. The research was performed at the Cajuru University-Hospital of the Pontifícia Universidade Católica do Paraná, in Curitiba, where the number of admissions of very old patients has been increasing considerably in the last few years. **Objectives:** 1. Identify the registration patterns about the cognitive level of hospitalized very old patients; 2. Identify the decision making patterns utilized at adoption of diagnostic and therapeutic procedures, in the hospitalized very old patients assistance. 3. Verify the importance of the hospitalized very old patients participation in the process of decision making, under the doctors' perspective, under the very old in-patients' perspective, under the graduate students' perspective, and under the perspective of other elderlies. **Methodo:** Qualitative and quantitative research, involving survey of case history and chart entries as well as interviews with patients of both sexes, at 85 and over, admitted at Cajuru University Hospital; doctors working at this hospital; graduate students of the Pontifícia Universidade do Paraná, and users at 60 and over, belonging to the Parkinsonism Bearers Association in the State of Paraná (Associação de Portadores de Parkinsonismo do Paraná). **Conclusion:** 1. Seldom were the hospitalized very old patients' cognitive level or capacity for decision making, evaluated, registered, valued and respected; 2. Apart from the cognitive capacity of the hospitalized very old patients, the decision on the performance (execution) of diagnostic and therapeutic procedures was made according to the doctors' opinion; 3. All the groups interviewed agreed with the participation of the hospitalized very old, once cognitively well, on the decision making concerning the execution of diagnostic exams and therapeutic procedures; 4. It is urgent and necessary to spread information about the aging process, old age, biological age and autonomy of hospitalized very old patients.

Key Words: Ageing, Biological age, Very Old Person, Rights of Very Old Patient Hospitalized, Bioethics, Relationship between the Doctor and Very Old Patients, Autonomy and Decision Make.

1 INTRODUÇÃO

Projeções recém-publicadas pela Organização Mundial da Saúde estimam que, entre 1990 e 2025 a população idosa aumentará de sete a oito vezes em países como Colômbia, Malásia, Quênia, Tailândia e Gana. As mesmas projeções indicam que entre os dez países com as maiores populações idosas em 2025, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil com um número estimado de 27 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais de idade (PERFIL de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados, 2004). Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados (CABRAL et al., 2003).

A proporção de idosos no Brasil saltará dos atuais 9% para 18% em 2050, quando somarão 38 milhões (CHAIMOWICZ, 2006). Estes cidadãos, vivendo mais, estão expostos às mazelas determinadas pelas doenças crônico-degenerativas (Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica, Demência, Insuficiência Cardíaca, Depressão, Parkinson, Osteoartrose, Osteoporose, Vasculopatias, etc) tornam-se progressivamente mais dependentes e exigem cuidados especiais. Os idosos (60 anos e mais para países em desenvolvimento) estão tornando-se muito idosos (80 anos e mais para países em desenvolvimento). Segundo a ONU, são idosos, nos países desenvolvidos, pessoas com idade igual e superior a 65 anos e muito idosos aqueles com idade igual e superior a 85 anos.

No Brasil, a população com 60 anos e mais: em 1950 era de 4,9%; em 2000 7,8% e em 2050 será de 23,6% (O MUNDO da Saúde, 2002). A articulação entre o Estado, a sociedade e a família, todos comprometidos perante a comunidade internacional para promover a cidadania plena dos idosos representa um grande desafio.

Em 1982 aconteceu em Viena, na Áustria, a I Assembléia Mundial da ONU sobre envelhecimento humano. Vinte anos mais tarde, 2002 em Madri, Espanha, aconteceu a II Assembléia Mundial sobre envelhecimento humano, cujo tema foi

“Prevenir risco, promover vidas saudáveis” e foi elaborada declaração com três linhas de compromissos, para os próximos 25 anos: a) os idosos e o processo de desenvolvimento; b) a promoção de saúde e do bem estar para todo o ciclo de vida; c) a criação de contextos propícios e favoráveis que promovam políticas orientadas para a família e a comunidade como base para um envelhecimento seguro. A diretora geral da OMS (Organização Mundial de Saúde), Dra. Gro Harlem Brundtland declarou: “Estamos celebrando uma das maiores conquistas da humanidade e enfrentando um dos maiores desafios: o crescente envelhecimento global da nossa população”.

Em 2003 a Campanha da Fraternidade de iniciativa da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) teve como tema “A fraternidade e os idosos”.

A transição epidemiológica tem características peculiares no Brasil se comparada com os países desenvolvidos e mesmo com os países vizinhos. O modelo brasileiro se desenvolveu em quatro etapas, como explica Camargo e Yasaki: a) Não há transição e sim superposição entre as etapas, onde predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; b) A reintrodução de doenças como a Dengue e a Cólera, ou o recrudescimento de outras como a Malária, Hanseníase e Leishmanioses, indicam uma natureza não unidirecional denominada contra-transição; c) O processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbimortalidade persiste elevada por ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada; d) As situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastante, podendo ser chamadas polarização epidemiológica (IDE e DOMENICO, 2001).

Quanto mais avançada a idade dos pacientes, maiores são as taxas de hospitalização para todos os grupos de causas de mortalidade, exceto as neoplasias malignas, no grupo etário acima de 80 anos (PEREIRA e REBOUÇAS, 2006). A convivência com esta realidade, por vários anos, testemunhando a falta de estrutura física, humana e técnica dos hospitais brasileiros para responder a esta demanda, motivou este pesquisador a desenvolver este trabalho e ensaiar estratégias que possam vislumbrar mudanças deste preocupante cenário. Dados brasileiros, confiáveis, sobre a realidade de pacientes com idade avançada hospitalizados inexistem. Estas

informações são pré-requisitos para que se possa elaborar programa que minimize esta mazela social.

O envelhecimento e a velhice são assuntos que suscitam questionamentos há milhares de anos. Muito antes da era cristã se busca o elixir da juventude. O livro “Saber Envelhecer” de Cícero -103-43-AC, traduzido por Paulo Neves em 2001, traz inúmeros conselhos voltados à velhice. Muitos destes bastante atuais. O filósofo Francis Bacon, discípulo de Descartes (século XVII), considerava a extensão da longevidade humana como a mais nobre das metas da medicina. (HAYFLICK, 1996). Várias fórmulas e procedimentos foram propostos, ao longo da história da humanidade, com o intuito de viabilizar o rejuvenescimento. Ainda hoje, explora-se a vaidade humana, através de técnicas sem o menor fundamento científico, com promessas miraculosas.

Porém, o estudo sistemático do processo de envelhecimento teve início em 1903, com Elie Metchikoff. (TRATADO de Geriatria e Gerontologia, 2002). Somente a partir deste pesquisador, o processo de envelhecimento passou a ser estudado cientificamente. Em 1914 foi publicado o livro “Geriatrics: The Diseases of Old Age and Their Treatment, Including Physiological Old Age, Home and Institutional Care and Medico-legal Relations” (Nascher, Ignatz.L.). Nascher é considerado o pai da Geriatria e Marjory Warren considerada a mãe desta área do conhecimento, pois em 1930 fez avaliações geriátricas especializadas, dando início à interdisciplinaridade e à reabilitação no West Middlesex County Hospital, em Londres. (TRATADO de Geriatria e Gerontologia, 2002). Estes idosos avaliados por ela estavam, até então, condenados a viver seus últimos anos de vida sem qualquer investimento em suas potencialidades individuais.

Em 1938 os russos organizaram, em Kiev, a primeira grande conferência internacional sobre envelhecimento e em 1939 um livro muito importante foi publicado nos Estados Unidos “The Problems of Aging”, organizado por E.V. Cowdry, como resultado de uma conferência realizada em Woods Hole, Massachusetts. (HAYFLICK, 1996).

Em 1942 foi criada a American Geriatric Society. A Associação Norte Americana de Aposentados (AARP – American Association of Retired Person) foi

fundada em 1955 por Ethel Percy Andrus. O Older Americans Act, lei que favorece os norte-americanos idosos, por exemplo, foi aprovada em 1965 e fundou o Medicare. (HAYFLICK, 1996). Entre 1969 e 1979 os estudos sobre envelhecimento cresceram 270%, dos quais 60% voltados às questões intelectuais do envelhecimento. Em 1961 foi criada a SBG (Sociedade Brasileira de Geriatria), que em 1968 foi transformada em SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia). Em 1973 a Organização Mundial de Saúde formou o Comitê Especialista em Planejamento e Organização de Serviços Geriátricos. Em 1975 foi criado o Instituto de Geriatria da PUCRS e em 1992 foi criada a disciplina de Geriatria na USP.

Em 1979 foi formado o EURAGE (consórcio de órgãos governamentais europeus organizados para organizar pesquisas sobre o envelhecimento em seus países). Em 1997 surge o Mestrado e Doutorado em Gerontologia da UNICAMP, em 1998 o Mestrado em Gerontologia Social da PUCSP e em 2000 o Mestrado e Doutorado em Gerontologia Biomédica na PUCRS, todos com caráter multidisciplinar.

Segundo Néri (1999), entre 1975 e 1999 foram identificadas cerca de 300 dissertações e teses defendidas relacionadas ao envelhecimento, nas áreas de psicologia e ciências sociais. (TRATADO de Geriatria e Gerontologia, 2002).

No Brasil ainda é pequeno o número de centros acadêmicos formadores de médicos geriatras. Existem apenas 16 Serviços de Geriatria com Programa de Residência Médica credenciados pelo MEC, o que significa em torno de 42 médicos especialistas formados, anualmente. (www.sbgg.com.br).

A transição demográfica, diminuição da fecundidade e da mortalidade (menos criança e mais idosos) tem alterado a realidade social em todo o mundo e o Brasil não é exceção. Magno de Carvalho, um dos pioneiros no estudo da demografia brasileira, afirma: “não se requer um ficcionista para imaginar um cenário talvez nunca vivido antes pela humanidade, a ser compartilhado por boa parte da população brasileira em um futuro não muito remoto – uma combinação de meninos de rua, apesar do declínio da fecundidade e de velhos de rua, devido ao declínio da fecundidade”. (GUIMARÃES, 2006).

Na tentativa de explicar o processo de envelhecimento, surgiram várias teorias, porém nenhuma, isoladamente, consegue explicar este complexo fenômeno, satisfatoriamente. Em 1998, numa revisão sobre o assunto, Arking sugeriu o emprego de uma classificação dual para as teorias correntes. Considerando se os fatos acontecem acidentalmente ou como resultado das cascatas de retroalimentação hierárquico características da espécie, ele classificou as teorias que tentam explicar o fenômeno do envelhecimento biológico em: Estocásticas e Sistêmicas, respectivamente (TRATADO de Geriatria e Gerontologia, 2002).

Se por um lado existem funções que não são significativamente alteradas pela idade, como a troca das células intestinais, é necessário lembrar que o envelhecimento apresenta como única característica universal a ocorrência de mudanças ao longo do tempo, independentemente de terem ou não efeito deletério sobre a vitalidade e a longevidade (JECKEL, 2002).

Uma das dificuldades de se elucidar o fenômeno biológico do envelhecimento reside na impossibilidade de se diferenciar, com rigor científico, as mudanças inerentes ao processo de envelhecimento propriamente dito, daquelas decorrentes das doenças com as quais o indivíduo envelhece e daquelas influenciadas pelos ambientes aos quais ele se expõe. As concomitantes alterações, fisiológicas e doentias, ocorridas a cada indivíduo a cada momento da sua vida, devidas a vários fatores, fazem com que as pessoas apresentem-se de forma bastante peculiar a cada instante de suas vidas. Estas condições induzem a realidades distintas confrontando-se indivíduos da mesma idade cronológica e determinam graus variados de dependência e autonomia.

Independente da idade cronológica da pessoa, esta pode e deve ser avaliada da forma mais individual possível, para que se possa determinar o grau de capacidade que ela possui, a cada momento, para tomar suas próprias decisões, de acordo com seus valores, crenças e preferências pessoais. O direito ao exercício da cidadania tem limite cronológico? Até que idade se tem o direito de tomar decisão sobre a condução do seu próprio tratamento? Pode a idade cronológica definir este limite?

Os idosos estão envelhecendo e o número de pessoas com idade igual e superior a 85 anos vem aumentando significativamente em todo o mundo. Rapidamente vem aumentando o número de pacientes muito idosos, com todas suas

peculiaridades, em ambiente hospitalar, submetendo-se aos mais variados procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Esta realidade exige coerência no que se refere à avaliação do grau de competência do paciente em tomar decisões sobre submeter-se ou não a estes procedimentos. Em geral os profissionais de saúde estão pouco familiarizados com estas questões e os aspectos puramente técnicos acabam por definir as decisões sobre a adoção ou não de procedimentos, sejam diagnósticos ou terapêuticos. Esta possibilidade não se restringe aos pacientes muito idosos, porém neste grupo esta questão é polêmica e emergente.

CALDAS (2003) afirma que um cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados por esta responsabilidade. Neste contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetuados abusos e maus tratos. Impedir ou dificultar a participação do paciente muito idoso hospitalizado na tomada de decisão em relação aos procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos ilustra a questão. “É necessário lembrar que, embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devam ser cuidados pela família (por questões morais, legais, econômicas ou éticas), não se pode garantir que a família prestará um cuidado humanizado” (CALDAS, 2003).

A velocidade com que cresce a população idosa no Brasil vem ocorrendo é bem maior que o crescimento da formação de recursos humanos da área de saúde voltado aos idosos. Em geral, as doenças entre os idosos são crônicas e múltiplas. Estudos populacionais revelam que a maioria dos idosos (85%) apresenta pelo menos uma doença crônica e que uma significativa minoria (10%) possui, no mínimo, cinco destas doenças (RAMOS et al., 2000). O conhecimento da fisiologia do envelhecimento é pré-requisito para que a assistência à saúde dos pacientes de idade avançada seja adequada. Pesquisa corretamente conduzida pode propiciar instrumentos adequados para maior eficiência na adoção de prioridades e na alocação de recursos, além de subsidiar a implantação de medidas apropriadas à realidade brasileira.

Esta tese é fruto da vontade de se avaliar, com critério científico, o conhecimento acumulado em 15 anos de trabalho com pacientes de idade avançada hospitalizados.

Há tendência geral, por parte dos profissionais da área da saúde, de se subvalorizar o paciente muito idoso em relação à sua capacidade de se envolver com as tomadas de decisão. Não havia, até poucos anos atrás, a rotina de se conviver e assistir pacientes muito idosos, já que esta população era escassa até recentemente, principalmente no Brasil.

Ao se avaliar os registros dos internamentos hospitalares dos últimos anos, foi constatado que o programa utilizado pelo Hospital Universitário Cajuru – PUCPR não aceita registro de pacientes com mais de 99 anos. Esta realidade persiste ainda hoje e fez com que esta pesquisa considere pacientes com 99 anos e mais num mesmo grupo, já que pacientes com 100 anos e mais não são registrados com suas idades corretas. Estes pacientes (com 85 anos e mais), em geral apresentam estado funcional bastante individualizado, exigindo abordagens personalizadas. O grau de dependência, referências pessoais e parâmetros utilizados para suas decisões são diferentes quando comparados com pacientes de idades inferiores.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi promulgada pelo Sr. Ministro da Saúde, José Serra, portaria 1.395, em 9 de dezembro de 1999. Esta estabelece as diretrizes essenciais que norteiam os programas, planos e projetos de atividades de atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa. Estas diretrizes são: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas.

Ao assistir pacientes com idade avançada, é preciso valorizar progressivamente o prognóstico, pois a história natural da doença pode ser menos penosa do que as opções terapêuticas indicadas, disponíveis e possíveis. Uma intercorrência médica que exija internamento hospitalar de um paciente muito idoso deve ser abordada e conduzida de forma a respeitar sua história de vida, doenças

concomitantes, grau de dependência para as atividades de vida diária, estado cognitivo e suas preferências, após ter sido informado sobre o diagnóstico, prognóstico e possibilidades diagnósticas e terapêuticas potenciais. Quando a cognição estiver comprometida, deve-se dialogar com os familiares, para que se possa planejar e intervir de forma a responder coerentemente às necessidades e expectativas, respeitando e valorizando sempre a escala de valores das pessoas envolvidas.

De acordo com o modelo tradicional da relação entre médico e paciente, aquele representa a autoridade detentora do conhecimento técnico e científico, advoga a favor da postura arbitrária e tende a inibir a participação do paciente nos momentos de tomada de decisão sobre as ações a serem adotadas. Essa realidade é ainda maior quando se trata de um paciente muito idoso agudamente enfermo e hospitalizado.

De acordo com a Foundation for Informed Medical Decision Making (2002), muitos médicos tomam decisões para os pacientes, e muitos pacientes preferem este modelo. Porém, cada vez mais as pesquisas mostram que quando os pacientes são bem informados e participam da tomada de decisão em relação ao que é melhor para si, aumenta a chance de sucesso terapêutico. Pacientes que participam da tomada de decisão tendem a seguir mais rigorosamente as orientações terapêuticas e acabam tendo uma melhor avaliação da sua saúde. Haveria a necessidade de se verificar se esta afirmação é válida para este grupo de pacientes tão peculiares, muito idosos hospitalizados, em nossa comunidade.

Ao assistir o paciente muito idoso, o médico é frequentemente estimulado pela família a não informá-lo sobre seu real estado de saúde, principalmente quando o prognóstico é ruim. Ao agir dessa forma, o médico tira do paciente o direito de exercer sua autonomia. Sob a justificativa de protegê-lo retira o direito de interferir em seu próprio futuro. Cabe ao paciente, ao médico ou aos familiares a decisão sobre atitudes e procedimentos que irão interferir no seu futuro próximo, quando se trata do idoso muito idoso hospitalizado? A decisão sobre que atitudes ou procedimentos devem ser adotados com relação ao paciente muito idoso agudamente enfermo hospitalizado deve seguir que modelo?

A forma essencialmente técnica, com que os médicos aprendem a trabalhar,

compromete a qualidade da relação com o paciente muito idoso, pois para este as dimensões não biológicas da vida tende a ter muito valor.

A prática profissional deste pesquisador tem testemunhado que a participação do paciente muito idoso nos momentos de decisão aumenta muito o grau de satisfação das partes (paciente, parentes e profissionais) e esta aumenta as chances da eficácia terapêutica, pelo comprometimento de todos.

Sabe-se que a escala de valores, as preferências, desejos, crenças e temores dos indivíduos em fase avançada da vida são bastante peculiares e distintos de indivíduos em fases anteriores da vida, em circunstâncias similares. Paschoal, em sua tese “Qualidade de Vidas do Idoso: Construção de um Instrumento Avaliação através do Método de Impacto Clínico” em 2004 entrevistou 193 idosos na cidade de São Paulo divididos em quatro grupos (doentes de um ambulatório de Geriatria; grupo de terceira idade; doentes com dificuldade para sair de casa e saudáveis praticantes de atividade física regular). Encontrou oito dimensões extremamente relevantes para qualidade de vida de idosos: saúde física, capacidade funcional/autonomia, psicológica, social/familiar, econômica, espiritualidade/transcendência, hábitos/estilo de vida e meio ambiente (PASCHOAL, 2004).

Os avanços científicos e tecnológicos estão permitindo um rápido aumento na vida humana. Ainda se morre precocemente, porém, um número cada vez maior de pessoas está vivendo mais. Mas a maioria das pessoas que estão vivendo mais não tem conseguido fazê-lo com independência e dignidade reconhecida. É provável que nas próximas décadas a maioria das pessoas irá viver até muito próximo do limite da espécie humana (em torno de 120 anos). Por que pretender esta meta sem o direito de exercer a plena cidadania? Viver mais tem significado viver bem ou viver melhor.

Quão vulneráveis estão os pacientes de idade avançada submetidos a tratamento médico, sob regime de internamento hospitalar? O que se pode fazer para minimizar esta realidade? Muitos experimentam o ambiente hospitalar pela primeira vez nesta fase da vida e assustam-se com a alta tecnologia e mudanças nas suas rotinas (roupa do hospital, horário das refeições e banho, pessoas estranhas, procedimentos estranhos, etc.).

Poucos médicos têm experiência na atenção de pacientes hospitalizados com 85 anos e mais. Esta pesquisa vislumbra a possibilidade da elaboração de um protocolo que oriente as atitudes a serem adotadas em consonância com as peculiaridades destes pacientes especiais.

O Brasil tem aproximadamente 180 milhões de habitantes, dos quais 15,2 milhões têm 60 anos ou mais e 1,9 milhões têm 80 anos ou mais. Até 2025 espera-se que terá 32 milhões com 60 anos ou mais. A expectativa de vida ao nascer é de 69,40 para homens e 73,32 para mulheres. Os brasileiros com 60 anos têm expectativa de vida em torno de 18,7 anos e a população brasileira de 60 anos e mais vem crescendo significativamente (de 1980 a 2004 passou de 7,8 milhões para 15,3 milhões). Como em outros países, o subgrupo que mais rapidamente vem crescendo nos últimos dez anos é o de 75 anos e mais (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2005). O número de pessoas com 85 anos e mais aumentará em ritmo quatro vezes maior do que o ritmo do grupo inteiro com 65 anos e mais (HAYFLICK, 1996).

Os idosos tendem a consumir mais serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar bem mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como uma permanência hospitalar mais prolongada. Assistir este grupo custa de três a sete vezes mais caro que o custo médio da população (AMARAL, 2004).

John Stuart Mill (1806-1883) propôs que sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano. Em 1914, o juiz da suprema corte norte-americana, Benjamim Cardozo, na sentença do caso Schloendorff¹, estabeleceu que todo ser humano de idade adulta e com plena consciência tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo.

Nessas circunstâncias, o nível de decisão da pessoa baseia-se em diversas habilidades, tais como: envolver-se com o assunto, compreender ou avaliar as alternativas de tratamento e comunicar a de sua preferência. Dessa forma, trata-se da capacidade de ela pensar e deliberar (AHRONHEIM, MORENO e ZUCKERMAN, 1994).

¹ Referente a uma laparotomia exploratória ocorrida em 1911, executada pelo médico, sem o consentimento da paciente.

As alterações biológicas, psíquicas, sociais e econômicas inerentes ao processo de envelhecimento convivem com mudanças determinadas por doenças e estilo de vida do indivíduo. Assim, a pessoa envelhece de forma individualizada e adentra à última fase da vida em situações peculiares, convivendo com variado grau específico de dependência e lucidez. Essa realidade exige avaliação, planejamento e abordagem coerente e individualizada, para que a atenção a esse cliente especial seja adequada, respeitando-se e valorizando-se as peculiaridades de cada caso, em cada momento.

Assistir paciente de idade avançada que se encontra hospitalizado implica em fazer escolhas que envolvem critérios nem sempre claros. A abordagem pode passar de curativa à paliativa e o prognóstico, pode passar a ser tão ou mais importante do que o diagnóstico. Algumas atitudes terapêuticas trazem efeitos desconfortáveis consideráveis se comparados à evolução natural da doença.

Escolher a melhor entre as possibilidades terapêuticas disponíveis, em geral, é tarefa difícil. No momento da decisão, vários fatores ligados ao paciente, à estrutura do hospital, aos familiares e ao médico podem interferir, tais como: a maneira como a situação é apresentada; a habilidade em se interpretar as questões, descrever e justificar a internação hospitalar; o motivo do internamento, o estágio das doenças com as quais o indivíduo convive; as possibilidades potenciais de se reverter ou não, a capacidade de interpretação e discernimento por parte do paciente e de sua família, etc. Somam-se a isso as questões culturais, o grau de sofrimento das pessoas envolvidas, a disponibilidade econômica da família, o preparo técnico e maturidade profissional do médico e tantos outros aspectos. Identificar e hierarquizar os problemas e os fatores relevantes e escolher que caminho adotar é atitude carregada de subjetivismo e dificilmente se consegue unanimidade. Uma situação pode ser considerada ordinária ou extraordinária, dependendo de vários fatores, principalmente, das reais circunstâncias específicas de cada momento. Isso dificulta o estabelecimento de regras ou protocolos que subsidiem as tomadas de decisão, na assistência a um paciente muito idoso específico hospitalizado, num dado momento. As decisões antecipadas (devidamente documentadas) do indivíduo sobre tais preferências em tais circunstâncias apresentam-se como alternativa. Porém, isto não faz parte da nossa

cultura. Nos Estados Unidos menos de 25% dos idosos tomam decisão antecipada, sobre como gostariam de ser assistidos em situação terminal (LYONS e PANTILAT, 2004).

Pelo Código Civil Brasileiro de 1916, atualizado em 2002, a capacidade legal de um indivíduo é plena aos 21 anos de idade. De acordo com o artigo 5º da Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002, livro I, título I, capítulo I (Da personalidade e da capacidade), a menoridade cessa aos 18 anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil. Não há registro de limite superior de idade para isto. Porém, na prática testemunha-se desprezo da opinião ou preferência dos pacientes muito idosos, quando se decide sobre interferências diagnósticas e terapêuticas sobre seu estado de saúde. Esses fatos dão margem para a pergunta: Independentemente da idade cronológica avançada do indivíduo, sua opinião deve ser considerada na tomada de decisão sobre atitudes a serem adotadas sobre si, quando sua saúde encontrar-se comprometida?

Sobre a questão da autonomia do paciente, vale destacar que:

A autonomia incorpora pelo menos duas convicções éticas: os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas. Desta forma, divide-se [a capacidade de exercer a autonomia?] em duas exigências morais separadas: a exigência do reconhecimento da autonomia e a exigência de proteger aqueles com autonomia reduzida (THE BELMONT REPORT, 1978).

Assim, a tomada de decisão exige critérios intelectuais para a análise e a argumentação ética. Esses critérios são: a clareza, a consciência e a coerência do paciente, a aplicabilidade e a adequação (MCCULLOUGH et al., 2001, p.594).

Na assistência ao paciente muito idoso hospitalizado, isso gera um rol de questões importantes: Em que se devem fundamentar as tomadas de decisões? O que seria considerado ordinário e extraordinário no atendimento desta clientela? Qual seria o protocolo a seguir? Tem os familiares e ou profissionais de saúde, o direito de tomar decisões sobre que procedimento adotar ou não, a cada momento específico na assistência do paciente muito idoso hospitalizado?

A alocação de recursos e o uso de procedimentos sofisticados podem ser avaliados de formas distintas, em momentos diferentes e por pessoas de diferentes culturas em situações de saúde?

No Brasil, apesar dos avanços dos últimos anos, as pessoas de idade avançada ainda carecem de suporte proporcional às suas necessidades. As realidades legais (Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso) ainda não garantem a proteção desta classe de cidadãos. Os hospitais ilustram bem esta realidade, que exige mudanças profundas e urgentes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo de início impreciso, progressivo, inevitável e inerente à vida, desafia todas as dimensões da vida humana, devido ao seu impacto sobre a saúde e afeta as pessoas, seus familiares e toda a sociedade. Com as novas perspectivas da sociedade globalizada, o envelhecimento da população mundial exige medidas políticas, sociais e econômicas urgentes. O desafio é real, enorme e exige medidas proporcionais urgentes. Dentro de uma perspectiva demográfica, a “taxa potencial de apoio” (número de adulto para cada idoso) declinará de 19 para 3 entre 1995 e 2050 (WONG e CARVALHO apud CHAIMOWICZ, 2006).

Envelhecer ou envelhecer são as opções para aqueles que estão vivos, pois o processo de envelhecimento tem como pré-requisito apenas o fato de existir vida. A velhice, tanto quanto qualquer outra fase da vida tem suas peculiaridades que precisam ser conhecidas, para que se possa vivê-la da melhor forma possível. Educação democrática e densa sobre o envelhecimento e a velhice pode minimizar os problemas socioeconômicos advindos desta transição demográfica.

Segundo o relatório mundial da OMS (PESSINI, 2001), as populações estão envelhecendo e um número cada vez maior de indivíduos vive décadas com uma ou mais condições crônicas (problemas que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde). A OMS identifica como idoso é o indivíduo com idade igual e superior a 60 anos em países desenvolvimento e com idade igual e superior a 65² anos em países desenvolvidos. Ele encontra-se mais propenso a apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor, externo ou interno, tornando-se alvo mais fácil de doenças.

Considerando que as características individuais acentuam à medida que a pessoa envelhece e que os velhos estão envelhecendo, surge a necessidade de se

² No Brasil, para efeito civil, em face do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1.º de outubro de 2003), idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (JESUS, 2005).

subdividir os idosos em categorias distintas, de acordo com a idade cronológica específica. Segundo Pilot et al. (2005):

The elderly are further subdivided into the categories of “young old” (ages 65 to 74), “old” (ages 75 to 84) and “old-old” (age 85 and older). These categories facilitate discussion of the incidence probability of certain diseases and geriatric syndromes. For example, the prevalence of Alzheimer’s disease (AD) doubles every five years after age 60, rising from 6 percent to 8 percent among persons 65 years of age to 30 percent or more among persons 85 years of age and older.

- IDOSOS JOVENS (65 a 74 anos)
 - IDOSOS VELHOS (75 a 84 anos)
 - IDOSOS MUITO VELHOS (85 e mais anos)
- (COSTA et al., 2001)

Nesse sentido, o idoso muito idoso (quarta idade), definido como aquele com idade igual ou superior a 85 anos, em geral, durante internamento hospitalar, não tem recebido atenção adequada, principalmente no que se refere à questão autonomia. Vários fatores estão contribuindo para esta má qualidade de assistência: má capacitação profissional, faixa etária nova na nossa sociedade, inadequações ambientais, nível cultural da população, escassez de recursos econômicos, etc.

A idade cronológica avançada tem sido motivo para se sonegar aos clientes o direito deles interferirem na escolha dentre as possibilidades terapêuticas disponíveis para seu caso. Os próprios idosos muito idosos, com frequência e por várias razões, não se sentem preparados ou dispostos a participar ativamente das decisões sobre suas necessidades, direitos e preferências. Os familiares, por sua vez, tendem a excluí-los das discussões sobre suas próprias condições, potencialidades e interesses. Porém, se 30% dos pacientes com 85 anos ou mais tem Demência, significa que 70% estão hábeis do ponto de vista cognitivo e esta população merece respeito em relação às suas preferências pessoais.

A maioria dos indivíduos de com idade avançada que se conhece, infelizmente, é portadora de várias deficiências que determinam importantes limitações. Porém, estas perdas progressivas que levam às incapacidades, limitações e dependência, em geral, são frutos de doenças acumuladas ao longo da vida e não da

velhice propriamente dita. O envelhecimento primário, (isento de doenças), também chamado fisiológico, infelizmente é raro. Conforme comenta o médico americano Thomas E. Finucane, alguns indivíduos, ao atingirem 85 anos, serão vigorosos e independentes. Alguns estarão limitados ao leito e a maioria estará em situação intermediária (HOW is geriatrics different from general internal medicine? 2004). As doenças crônicas e a inatividade deterioram gradativamente os órgãos e sistemas e determinam limitações funcionais. Estas geram incapacidades e dependência, exigindo ajuda de outrem ou uso de equipamentos específicos, para a realização das tarefas essenciais à sobrevivência do dia a dia (WALDOW, 2001).

As alterações biológicas, psíquicas, sociais e econômicas inerentes ao processo de envelhecimento, convivem com mudanças determinadas por doenças concomitantes, ambientes e estilo de vida adotado. Durante todas as fases da vida, o indivíduo é exposto a inúmeras situações que acabam por agredir progressivamente o organismo em concomitância com as alterações próprias do envelhecimento. Daí a dificuldade de se estudar o processo de envelhecimento isoladamente (sem a contaminação dos fatores externos e das doenças). Se você acha difícil entender o câncer tente o envelhecimento (HAYFLICK, 1996).

Apesar da heterogenicidade e da individualidade que caracterizam o envelhecimento, existem características gerais típicas deste processo tais como: a diminuição da porcentagem de água corporal e o aumento da porcentagem da gordura corporal, dentre outras. Estas alterações per si justificam abordagem diferenciada para este grupo de indivíduos, pois existem peculiaridades funcionais importantes devido a estas mudanças na composição corporal. O organismo torna-se, progressivamente, mais susceptível a alguns problemas conhecidos mundialmente como “Os 10 Is da Geriatria”, representados na língua inglesa por: Immobility, Instability, Incontinence, Intellectual impairment, Infection, Impairment of vision and hearing, Irritable colon, Isolation, Inanition, Impecunity, Iatrogenesis, Insomnia, Immune deficiency and Impotence (ESSENTIALS of Clinical Geriatrics, 1994). A deficiência intelectual é mais freqüente na idade avançada, porém, não é devida ao processo de envelhecimento isolado. Nem todo paciente muito idoso tem deficiência cognitiva. Inquérito epidemiológico realizado em Catanduva SP 2002 (amostra aleatória de 1.656 idosos

com 65 anos ou mais) mostrou que 39% dos idosos com 85 e mais tinham Demência (HERRERA et al., 2006).

São enormes as dificuldades para se realizar estudo sobre o envelhecimento humano: 1. A dificuldade em se recrutar pessoas sem doenças; 2. As variações individuais; 3. O tempo de seguimento desta observação associado às mudanças nas condições externas disponíveis. O BLSA (Baltimore Longitudinal Study on Aging) iniciado em 1958 incluiu mais de 1.500 participantes, com idade que variavam entre 17 e 96 anos, avaliados com bateria de testes a cada dois anos. Entre outras informações este estudo mostrou que: 1. A idade cronológica isolada não é eficaz na previsão de desempenho; 2. Existe uma grande heterogenicidade entre os indivíduos envelhecidos; 3. Algumas mudanças lentas não são provocadas pelo envelhecimento, mas sim por doenças como Artrite e doença de Alzheimer; 4. As perdas repentinas são provocadas por doenças e não pelo envelhecimento. O BLSA revelou que não existe um processo único de envelhecimento. O envelhecimento é resultado da interação de fatores genéticos, ambientais e estilo de vida (HAYFLICK, 1996).

Estudo realizado em escavações paleontológicas na China descobriu que os homens morriam de formas violentas bem antes de envelhecer. Apenas na época de Roma que a expectativa de vida do ser humano começou a aumentar lentamente e apenas no século XX chegou aos 65 anos (HAYFLICK, 1996).

É necessário medir algo biológico que mude em função do aumento da idade, uma medida capaz de distinguir a idade biológica da idade cronológica. “Quantos anos você teria se não soubesse a idade que tem?” (SATCHEL PAIGE apud HAYFLICK, 1996).

A maior parte do que se escreveu sobre a biologia do envelhecimento para o público em geral, entretanto não foi escrita por gerontologistas profissionais e, infelizmente a maior parte das informações veiculadas pela mídia popular é errônea ou bastante distorcida pelos esforços em prol da brevidade ou do cumprimento de prazos muito curtos, ou ambos (HAYFLICK, 1996, p.xvii).

Com o declínio da taxa de mortalidade e da taxa de fecundidade, o Brasil vem apresentando um envelhecimento progressivo da sua população. Esta situação é

comum a todo o mundo, porém, a velocidade com que vem ocorrendo no Brasil é muito acima da experimentada pelos países desenvolvidos. A sociedade brasileira enfrenta uma enorme desproporção entre esta mudança do perfil populacional e recursos disponíveis (humanos, econômicos, previdenciários, etc). Há um despreparo generalizado por parte dos brasileiros na convivência com pessoas envelhecidas. Estas pessoas, de peculiaridades marcantes, crescem em número, com incrível heterogenicidade e ocupam cada vez mais os leitos hospitalares, exigindo: instalações, recursos humanos e modelos assistenciais adequadas.

Ocorreram profundas modificações na estrutura da mortalidade no Brasil nas últimas décadas. Entre 1980 e 2000 a idade mediana dos óbitos passou de 47 para 60 anos entre os homens e de 52 para 69 entre as mulheres (NOGALES, 2004).

No Rio de Janeiro em 1999, foi levantado através de 25.928 AIH (Autorização de Internamento Hospitalar) que 29,3% eram idosos e que 7,2% foram utilizadas por pacientes com 85 anos ou mais (DATASUS, 2004). Estes, em geral, permanecem mais tempo no hospital e tem um custo maior, quando comparados com faixas etárias mais baixas.

Envelhecimento é entendido como um processo dinâmico e progressivo, que leva à diminuição das reservas funcionais, tornando o organismo mais vulnerável às doenças. Várias teorias biológicas³ tentam explicar o envelhecimento. Todavia, esse intrincado processo não pode ser explicado por meio de uma teoria, isoladamente. O envelhecimento é um multifatorial e abarca impressionantes peculiaridades entre as pessoas e entre os órgãos de um mesmo indivíduo de tal forma que, à medida que a pessoa avança na idade, individualiza-se progressivamente.

A partir disso:

A melhor definição de envelhecimento é aquela que enfatiza o limiar de perda das reservas funcionais do organismo atingido por um ser vivo, tornando-o pouco capaz, ou mesmo incapaz, de adaptar-se a uma situação adversa, seja ela física, emocional ou econômico-social (JACOB FILHO e HOJAIJ, 2005).

Segundo Leonard Hayflick: “Envelhecimento é a soma das mudanças biológicas ou perdas funcionais que aumentam a probabilidade da morte”

³ Em 1998, Arking dividiu essas teorias em estocásticas e sistêmicas.

(HAYFLICK, 1996). Na nossa sociedade atual, em geral, o envelhecimento leva a progressiva perda da autonomia pessoal. À medida que o indivíduo avança na idade, tende a ser desvalorizado e deixa de ser consultado nas tomadas de decisão. As tomadas de decisão em relação aos procedimentos adotados nos pacientes muito idosos hospitalizados não representam exceção a esta regra.

A opinião sobre o paciente muito idoso participar ou não das decisões sobre a investigação ou tratamento é bastante variável. A idade cronológica, a escolaridade e as crenças interferem no grau de interesse em participar ativamente do processo de decisão. Os indivíduos com idade avançada amadureceram numa sociedade onde o conhecimento era menos democrático e tendem a ser mais passivos, abrindo mão da sua autonomia. Acatam e submetem às decisões médicas, sem questioná-las. O conhecimento e preparo técnico do médico, segundo a opinião destes pacientes os credenciam como capazes em escolher o que é melhor para eles. Em diferentes comunidades, com diferentes culturas a opinião sobre esta vontade de exercer ou não a autonomia deve variar bastante.

As pessoas, em geral, acreditam que o envelhecimento determina, por si só, incapacidade do exercício da autonomia. As pessoas aposentam e a partir de então se afastam do convívio social e tendem a se definir física e intelectualmente de forma progressiva. Deixam de produzir economicamente e de participar das decisões e projetos rotineiros. Perdem assim o valor diante da sociedade consumista. A referência de valor é a juventude e busca-se então sua manutenção a todo preço. Esta visão justifica o medo que se tem de envelhecer. Infelizmente a maioria dos idosos ao longo de suas vidas foi acometendo-se de doenças degenerativas limitantes, que determinaram uma velhice com elevado grau de dependência. O envelhecimento saudável representa rara exceção.

Como toda faixa etária, a velhice tem suas doenças típicas. Estas podem sim comprometer a autonomia e independência do idoso, porém, a idade cronológica, por mais avançada que seja não revela a capacidade cognitiva ou grau de dependência de um indivíduo. A capacidade funcional, capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (BUSS, 2003) – deve ser a meta em todas as faixas etárias da vida humana. Vislumbrando esta meta, os

programas de promoção de saúde devem investir na prevenção, na cura e / ou na palição, sem enfatizar especificamente a idade cronológica.

A idade cronológica (ter 85 anos e mais) não implica em ter Demência, apesar da prevalência da doença crescer à medida que se aumenta a faixa etária. Um velho demente é cognitivamente comprometido não por ser velho, mas sim por ser um velho doente.

As mudanças relacionadas à idade começam em diferentes partes do corpo em momentos diferentes e a velocidade destas mudanças varia entre os vários tipos de células, tecidos e órgãos, bem como de pessoa para pessoa. O processo é assimétrico de célula para célula, de órgão para órgão, de pessoas para pessoa e de comunidade para comunidade. Há um excesso de variabilidade nos possíveis marcadores do envelhecimento (HAYFLICK, 1996).

A vulnerabilidade é uma marca do processo de envelhecimento e a chance de se viver mais vem aumentando nos últimos anos. Segundo Benjamim Gompertz a probabilidade de morte de um indivíduo dobra a cada sete anos - equação de Gompertz (HAYFLICK, 1996). Porém, as populações que envelhecem têm diferentes chances de morrer a cada ano. E parece que a probabilidade de morrer na extrema velhice (acima dos 85 anos) dobra em intervalos de tempo superiores a sete anos. (HAYFLICK, 1996).

O termo idoso, segundo a Organização Mundial de Saúde, refere-se a todos os indivíduos com 65 anos ou mais de idade. No Brasil, para efeitos legais, em face do Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1.º de outubro de 2003), idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (JESUS, 2005). Porém, pergunta-se, o que existe em comum e quais as diferenças entre os indivíduos de 65 e os de 90 anos de idade? Fatores complexos se mesclam ao tempo de vida das pessoas e determinam a idade biológica de cada indivíduo. A idade funcional que se confunde a idade biológica pode ser definida como grau de capacidade adaptativa em comparação à idade cronológica (PAPALÉO NETO, 2006). A idade biológica relaciona-se ao grau de dependência, autonomia, número e gravidade das doenças presentes, grau de vitalidade, expectativa de vida e grau de satisfação da pessoa. Difícil de ser mensurada, a idade biológica é importante para que verifique as possibilidades terapêuticas a serem propostas e

utilizadas em pacientes idosos e mais ainda em pacientes muito idosos. As pretensões dos indivíduos com idade avançada são tão peculiares e subjetivas que o médico precisa estar familiarizado com esta realidade para compreender suas preferências.

A redação final do Projeto de Lei da Câmara nº 57, de 2003 (nº 3.561 de 1997, na Casa de origem). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. O Congresso Nacional decreta:

TÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES: **Art. 1º** É instituído o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. **Art. 2º** O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. **Art. 3º** É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Os representantes da Sociedade Civil e do Estado, em suas três esferas, eleitos democraticamente em Conferências Municipais, Regionais e Estaduais, reunidos, em Brasília, no período de 23 a 26 de Maio de 2006, para a realização da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, deliberaram sobre oito eixos: No eixo 1 (AÇÕES PARA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA) artigo 15. Criar programa nacional de educação permanente e continuada para capacitar recursos humanos que atuam no SUS, SUAS e sistemas afins, e todos os profissionais que lidam com a pessoa idosa, com ênfase nos cursos de Gerontologia e de cuidadores, bem como implementar nos projetos pedagógicos das escolas de ensino fundamental e médio a disciplina “Cidadania”, com foco na pessoa idosa. Artigo 39. Incluir nas Diretrizes Curriculares Nacionais, expedidas pelo MEC, a obrigatoriedade de inclusão de conteúdo sobre o processo de envelhecimento nos currículos básicos de todos os níveis de ensino. No eixo 2 (VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS) artigo 1. Promover

amplas e contínuas campanhas educativas sobre a violência contra a pessoa idosa, em todas as esferas de governo, incluindo a questão da segregação, infantilização e estigmatização. Artigo 6. Estimular os idosos e a comunidade a denunciar aos órgãos competentes as diversas formas de violência contra a pessoa idosa. Artigo 7. Divulgar o dia 15 de Junho - Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa, incentivando a realização de eventos nos Estados e Municípios. Artigo 8. Capacitar, com a máxima urgência, profissionais que atuam no sistema de promoção, proteção, defesa social e de saúde, para a identificação e atendimento imediato, qualificado e humanizado aos idosos, vítimas de violência. Artigo 16. Fortalecer os órgãos de promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa para cobrar do poder judiciário a agilização da tramitação dos processos movidos por ações referentes à violência contra a pessoa idosa. No eixo 3 (SAÚDE DA PESSOA IDOSA) artigo 3. Fomentar e garantir pesquisas para realização de diagnósticos sobre o perfil da população idosa nos Municípios, garantindo recursos para parcerias com instituições de nível técnico e superior. Artigo 10. Garantir à pessoa idosa, acompanhantes e cuidadores, bem como assistência à saúde nos diferentes níveis de atenção do SUS, abrangendo todas as áreas clínicas, com ampliação do número de profissionais, com vistas a atender a demanda real. Artigo 12. Implementar e / ou ampliar a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar à pessoa idosa. Artigo 15. Implantar, na rede do SUS, Núcleos Regionais e Centros de Referência de média e alta complexidade, pactuados entre os entes federados e especializados na atenção à saúde do idoso. Artigo 22. Promover capacitação de profissionais da saúde na área do envelhecimento para atenção qualificada nos diversos níveis de atuação: básica, ambulatorial, especializada e hospitalar, visando à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da pessoa idosa no SUS. Artigo 29. Garantir, por meio de equipes multidisciplinares capacitadas, atendimento hospitalar especializado em geriatria, organizado em enfermarias geriátricas, para aquelas pessoas idosas que apresentem quadro clínico que justifique esse atendimento. Artigo 30. Garantir à pessoa idosa reserva de leitos hospitalares, em ala específica, com atendimento de equipe interdisciplinar (Geriatria e Gerontologia). Artigo 31. Garantir à pessoa idosa, atendimento domiciliar pós-internação quando o quadro clínico exigir. Artigo 32.

Adequar os hospitais para a internação de idosos em situação de alta e média complexidade, provendo ambientes amigáveis, dignos e humanos. Artigo 33. Garantir a ampliação da oferta de consultas à população idosa referentes aos serviços especializados do SUS. Artigo 39. Garantir e ampliar o acesso da pessoa idosa aos exames médicos básicos, de alta e média complexidade, além de cirurgia em tempo hábil. Artigo 44. Realizar ações de prevenção e promoção da saúde da pessoa idosa na área de saúde mental, criando espaços terapêuticos para escuta e fala de suas angústias e sofrimentos. Artigo 51. Implementar e ampliar os serviços de saúde para idosos visando a prevenção e retardamento de doenças, a assistência médica, a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida dos que já sofrem de incapacidades. Artigo 62. Assegurar a continuidade dos programas de prevenção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa por meio de medidas profiláticas de doenças como hipertensão, diabetes, etc e de agravos (quedas, violência, etc). Artigo 68. Fomentar e garantir a realização de pesquisa sobre o envelhecimento em todas as suas dimensões (biológicas, sociais, comportamentais, culturais, demográficas, entre outras). Artigo 71. Fomentar a criação de cursos de pós-graduação em Gerontologia nas Universidades Públicas e Privadas. Artigo 73. Garantir, nos hospitais públicos e privados, atendimento humanizado aos idosos. Artigo 76. Garantir concurso público para a contratação de profissionais da saúde com especialização em geriatria e gerontologia, incluindo áreas de reabilitação e saúde mental para atendimento aos idosos nos diversos níveis de atenção. Artigo 81. Capacitar os profissionais de saúde para a identificação precoce e encaminhamento de casos de violência contra a pessoa idosa, bem como para a notificação compulsória desses casos de violência.

Um dos maiores erros que se comete em relação ao envelhecimento é a tendência em considerar todos os membros de uma mesma faixa etária como iguais. A história pessoal e as escolhas diárias determinam incríveis peculiaridades ao processo de envelhecimento, individualizando as pessoas, progressivamente. O envelhecimento é um processo e a velhice um período cujos limites nem sempre são nítidos. “Fica evidente que a construção da velhice é uma criação individualizada: uns sentem-se velhos aos 50, outros esbanjam vitalidade aos 70 anos” (GUIMARÃES, 2006, p.82).

A proporção da população de 80 anos ou mais está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo (CAMARANO, 2002). A taxa de internação hospitalar de pacientes com 80 e mais é quatro a cinco vezes maior que a do grupo de 40 a 49 anos e o custo per capita aumenta progressivamente com a idade, refletindo a sobreutilização da rede hospitalar pelos idosos, especialmente os homens (CHAIMOWICZ, 2006).

2.2 BIOÉTICA

Em 1927, em um artigo publicado no periódico alemão *Kosmos*, Fritz Jahr utilizou pela primeira vez a palavra Bioética (Bio=Ethik). Este autor caracterizou a Bioética como sendo o reconhecimento de obrigações éticas não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos¹. Este texto, encontrado por Rolf Löther, da Universidade Humbolt, de Berlim, e divulgado por Eve Marie Engel, da Universidade de Tübingen, também da Alemanha, antecipa o surgimento do termo Bioética em 47 anos. No final de seu artigo, Fritz Jahr propõe um “imperativo bioético”: *Respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal!*

Anteriormente, a criação do termo Bioética era atribuída a Van Rensselaer Potter, quando publicou um artigo, em 1970, caracterizando-a como a ciência da sobrevivência. Na primeira fase, Potter qualificou a Bioética como Ponte, no sentido de estabelecer uma interface entre as ciências e as humanidades, que garantiria a possibilidade do futuro.

A Bioética teve uma outra origem paralela em língua inglesa, no mesmo ano de 1970. André Hellegers utilizou este termo para denominar os novos estudos que estavam sendo propostos na área de reprodução humana, ao criar o Instituto Kennedy de Ética, então denominado de Joseph P. and Rose F. Kennedy Institute of Ethics.

Posteriormente, no final da década de 1980, Potter enfatizou a característica interdisciplinar e abrangente da Bioética, denominando-a de Global. O seu objetivo era restabelecer o foco original da Bioética, incluindo, mas não restringindo, as discussões e reflexões às questões da medicina e da saúde, ampliando as mesmas aos novos desafios ambientais. Vale lembrar que o pensamento de Potter teve como base a obra de Aldo Leopold, que criou, na década de 1930, a Ética da Terra (Land Ethics). A proposta de Leopold ampliou a discussão feita por Jahr ao incluir, além das plantas e animais, o solo e demais recursos naturais como objeto de reflexão ética.

O prof. Warren Reich, em 1978, definiu Bioética como o estudo sistemático da conduta humana na área da vida e a atenção à saúde, enquanto que esta conduta é

examinada a luz dos princípios e valores morais. Bioética é a combinação da biologia com conhecimentos humanísticos diversos, constituindo uma ciência que estabelece um sistema de prioridades médicas e ambientais para a sobrevivência aceitável (Potter 1988). Em 1991, o Prof. Tristran Engelhardt, em 1991, colocou a Bioética como uma lógica do pluralismo, como um instrumento para a negociação pacífica das instituições morais. Em 1995 o Prof. Joaquim Clotet disse ser uma ética aplicada que se ocupa do uso correto das novas tecnologias na área das ciências médicas e da solução adequada dos dilemas morais por elas apresentados.

Em 1998, Potter, redefiniu a Bioética como sendo uma Bioética Profunda (“Deep Bioethics”). A influência para uso desta qualificação foi a Ecologia Profunda de Arne Ness. A Bioética Profunda é “a nova ciência ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar e intercultural que potencializa o senso de humanidade.

Na Bioética a humildade é uma característica fundamental. Ao assumir que a incerteza e a mudança são componentes sempre presentes, assume-se, igualmente, que os resultados das reflexões são sempre passíveis de discussão. A humildade permite reconhecer que não sendo definitivos nem imutáveis.

A interdisciplinaridade, segundo a professora Valdemarina B. de Azevedo e Souza, só ocorre quando existe interação de pessoas, ela necessita da troca de saberes e opiniões. As condições necessárias para que a interdisciplinaridade ocorra são as seguintes: a existência de uma linguagem comum; de objetivos comuns; do reconhecimento da necessidade de considerar diferenças existentes; do domínio dos conteúdos específicos de cada um dos participantes, e da elaboração de uma síntese complementar. As questões referentes à interdisciplinaridade, já estavam presentes desde o início das discussões mais sistemáticas sobre a Bioética. Van Rensselaer Potter, no seu primeiro artigo, publicado em 1970, afirmava que “esta nova ética (bioética) pode ser chamada de ética interdisciplinar, definindo interdisciplinaridade de uma maneira especial para incluir tanto a ciência como as humanidades, mas este termo é rejeitado, pois não é auto-evidente”. Mais recentemente, Onora O’Neill ressaltou ainda mais esta característica quando definiu que a “Bioética não é uma disciplina, nem mesmo uma nova disciplina; eu duvido se ela será mesmo uma

disciplina. Ela se tornou um campo de encontro para numerosas disciplinas, discursos e organizações envolvidas com questões levantadas por questões éticas, legais e sociais trazidas pelos avanços da medicina, ciência e biotecnologia”.

Durante muito tempo a relação profissional-paciente, por exemplo, foi considerada como sendo um sistema fechado, onde apenas estes dois elementos contavam. Com a crescente participação da família, das empresas de seguro, de outros profissionais prestadores de serviço o sistema teve que ser aberto para ser adequadamente entendido.

André Comte-Sponville definiu “Bioética, como se diz hoje, não é uma parte da Biologia; é uma parte da Ética, é uma parte de nossa responsabilidade simplesmente humana; deveres do ser humano para com outro ser humano, e de todos para com a humanidade”.

Este senso de humanidade é inerente e fundamental à Bioética. Pensar Bioética é pensar de forma solidária, é assumir uma postura íntegra frente ao outro e, conseqüentemente, frente à sociedade e à natureza.

Com base nestas colocações a respeito da definição de Potter para uma Bioética Profunda, e retomando a definição inicial de Jahr, é possível afirmar que a Bioética é uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver (GOLDIM, 2006).

Com a rápida evolução do conhecimento científico e os conseqüentes avanços tecnológicos disponibiliza-se sucessivos procedimentos médicos que interferem na extensão e qualidade da vida humana, de forma a exigir profundas reflexões, diante dos enormes conflitos de interesse. Como responder a esta nova realidade através da ética clássica? Como dar conta destes questionamentos sobre a utilização coerente destes recursos baseando-se numa ética de princípios propostos há milhares de anos, quando não se podia imaginar o alcance da tecnologia atual? Nas últimas décadas passou-se a discutir, de forma global, plural e sistemática a aplicabilidade dos avanços científicos e tecnológicos com sabedoria, competência e responsabilidade, valorizando a dignidade humana e buscando o bem comum da sociedade mundial.

À medida que as ciências biológicas e da saúde evoluem, surgem novas possibilidades de intervenções sobre a vida das pessoas. Exames sofisticados, nem sempre acessíveis a todas as pessoas, podem garantir diagnósticos precisos e precoces. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos podem, com maior ou menor desconforto, mudar o rumo de várias doenças. Estas intervenções podem alterar a qualidade e a quantidade de vida do paciente. Como elaborar critérios para a tomada de decisão sobre que procedimentos executar a cada momento, para cada pessoa? Quais deveriam ser os parâmetros? Dentre do pluralismo de opiniões e valores, na sociedade globalizada, quem detém o direito de decidir sobre o que fazer ou não fazer, durante o tratamento de um paciente? Ao médico assistente, ao paciente, ou aos familiares? Dentro deste contexto nasce a Bioética.

Na introdução do seu livro *Bioethics: bridge to the future* (Bioética: ponte para o futuro) se lê:

se existem duas culturas que parecem incapazes de dialogar – as ciências e as humanidades – e se isto se apresenta como uma razão pela qual o futuro se mostra duvidoso, então, possivelmente, poderíamos construir uma ponte para o futuro, construindo a bioética como uma ponte entre as duas culturas.

Historicamente, a motivação para que os indivíduos muito idosos participem das decisões sobre procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos é pobre ou inexistente. Várias razões podem estar sustentando esta postura: O Brasil é um país onde a proporção de pessoas de idade avançada até um passado recente era bastante baixa; o mito de que esta população tem estado cognitivo comprometido; o despreparo dos profissionais de saúde em atender estes indivíduos; o hábito dos idosos em não participar de decisões, mesmo que sejam os diretamente interessados; o hábito dos familiares em assumir o comando da situação, muitas vezes sob a justificativa de proteger o idoso.

A Bioética é a resposta da ética aos novos casos e situações originadas da ciência no âmbito da saúde. Poder-se-ia definir a Bioética como a expressão crítica do nosso interesse em usar convenientemente os poderes da medicina para conseguir um atendimento eficaz dos problemas referentes à vida, saúde e morte do ser humano (CLOTET, 2000). “Bioética é a expressão crítica dos nossos interesses em usar de

maneira correta as conquistas da medicina para propiciar um atendimento eficaz nos problemas que dizem respeito à vida, à saúde e morte” (LANDMAM apud ISMAEL, 2002).

Assim, quem vegeta no leito deve ter sua agonia prolongada graças aos recursos da medicina moderna? A experiência ensina e a literatura comprova que “Com a doença perde-se não só a saúde, mas outro bem tão ou mais valioso que ela: a liberdade” (LANDMAM apud ISMAEL, 2002).

A partir disso, para que se possa identificar como ordinário ou extraordinário um procedimento diagnóstico ou terapêutico, é necessário que se ouçam e valorizem as concepções do paciente, quando possível, e de seus responsáveis. Reuniões devem ser agendadas, de forma rotineira, para que se discutam clara e honestamente questões delicadas e muito pessoais. Esses contatos podem ter melhores resultados se organizados de forma objetiva.

Uma proposta nesse sentido foi elaborada por Lyons e Pantilat em 2004::

1. Reconhecer quando uma transição importante está ocorrendo (novo diagnóstico, má resposta ao tratamento ou manifestação de esgotamento por parte do paciente);
2. Atualizar e reavaliar as informações relativas ao prognóstico, opções terapêuticas, seus riscos, benefícios e resultados potenciais;
3. Com a ajuda do paciente, se possível, identificar quem assumirá a coordenação nas decisões que envolvam alocação de recursos;
4. Certificar que todos os envolvidos estejam a par dos diagnósticos e prognóstico do paciente;
5. Elucidar mitos e evitar pontuar prazos de sobrevivência;
6. Estabelecer metas, escala de valores e expectativas, respeitando as preferências pessoais, diante das realidades momentâneas. Por exemplo, reduzir a dor sacrificando nível de consciência;
7. Discutir as opções de tratamento (diálise, UTI, antibiótico, derivados de sangue, etc.) de forma coerente com as metas traçadas;
8. Resumir os resultados das discussões e registrar breve sinopse no prontuário médico.

O relatório anual da OMS sobre a saúde no mundo conclui que:

... inevitavelmente, cada vida chega ao seu final. Assegurar-se que isto aconteça de forma digna, cuidadosa e menos dolorosa possível merece prioridades quanto qualquer outra. É uma prioridade não somente para a profissão médica, para o setor saúde ou para os serviços sociais, mas toda a sociedade (apud PESSINI, 2001, p.33).

Também o projeto SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments) propõe cuidado mais humano aos pacientes terminais hospitalizados (GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY, 2005).

A Bioética tem inúmeras relações com o processo de envelhecimento e com a velhice: pesquisa com idosos, envelhecimento e morte, alocação de recursos e envelhecimento, envelhecimento e as relações familiares, envelhecimento e os direitos dos idosos, etc. Em relação à tomada de decisão, a Autonomia é o princípio bioético que orienta sobre o respeito à vontade da pessoa, independente da idade cronológica e que o indivíduo deve ser protegido, quando por alguma razão, não tem condições para exercê-la.

As discussões sobre que procedimentos executar em um paciente muito idoso hospitalizado extrapola a dimensão biológica da vida humana. Precisam ser conduzidas de forma a contemplar a participação do próprio paciente de capacitado e de seus familiares se for o caso. Os valores pessoais e culturais merecem ser respeitados, sob pena de se realizar procedimentos que venham satisfazer única e exclusivamente o médico assistente.

Peritos governamentais reunidos em abril e junho de 2005, na sede da UNESCO em Paris, França, definiram o texto final da futura Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos. Em 19 de outubro de 2005 o texto foi aprovado por aclamação, pela unanimidade dos 191 países componentes da organização. A declaração trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas, quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais. No seu artigo 3 diz: A dignidade, os direitos humanos e as liberdades devem ser respeitadas em sua totalidade. Os interesses e o bem estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou

da sociedade. Artigo 5: Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger os direitos e interesse dos indivíduos não capazes de exercer autonomia. Artigo 6: Qualquer intervenção médica, preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quanto apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito. Artigo 7: Em conformidade com a legislação, proteção deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento. Artigo 8: A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada. Artigo 9: A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos. Artigo 11: Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constituiria violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais. Artigo 18: Devem ser promovidos o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular na explicitação de todos os conflitos de interesse e no devido compartilhamento do conhecimento. Todo esforço deve ser feito para a utilização do melhor conhecimento científico e metodologia disponíveis para o tratamento e constante revisão das questões bioéticas (DECLARAÇÃO Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, 2005).

O paciente muito idoso é rico em peculiaridades e sua assistência exige multi, inter e transdisciplinaridade. O médico assistente tem que assumir suas limitações no que se refere ao atendimento global e dividir responsabilidade com outros médicos e

outros profissionais para que esta atenção seja adequada, principalmente no que se refere às decisões, pois estas interferem no futuro destes pacientes a curto, médio ou longo prazo. Não é possível hoje, diante da velocidade com que cresce o volume de informação dominar todo o universo de conhecimento e satisfazer a todas as necessidades destes complexos pacientes. Há que se discutir, em grupo, todas as possibilidades e potenciais conseqüências de cada ato seja diagnóstico ou terapêutico. (SPINEWINE et al., 2006)

2.3 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

A autonomia é direito incondicional de todas as pessoas. “Violar a autonomia é tratar as pessoas como meio e não como fim” (KANT, 1964).

Semanticamente, "autonomia" vem do grego *autonomia*, palavra formada pelo adjetivo pronominal *autos* _ que significa ao mesmo tempo "o mesmo", "ele mesmo" e "por si mesmo" e *nomos* _ que significa "compartilhamento", "lei do compartilhar", "instituição", "uso", "lei", "convenção". Nesse sentido, autonomia significa propriamente a competência humana em "dar-se suas próprias leis".

Em 1789 a Assembléia Nacional Francesa aprovou a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão expressando como direitos fundamentais: a liberdade, a igualdade, o direito à propriedade, a resistência à opressão e a fraternidade (DALLARI, 2001). Em 1972 surge a primeira Declaração dos Direitos dos Pacientes do hospital Mont Sinal, em Boston – EUA. Em 1973 a Carta dos Direitos do Pacientes foi publicada pela Associação Americana dos Hospitais. Neste consta o direito à informação e ao consentimento (Bandman e Badman, 1986). Em 1979 o Comitê Hospitalar da Comunidade Econômica Europeia promulga a Carta do Usuário do Hospital. Esta afirma o direito à: autodeterminação, consentimento ou recusa aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e informação sobre todos os fatos referentes ao seu estado de saúde. No Brasil, em 11 de setembro de 1990 surge o Código de

Defesa do Consumidor pela lei N. 8.078. Em 1995 foi constituído o Fórum de Patologia do Estado de São Paulo, que propõe discutir os direitos dos pacientes. Em 1997, o Conselho de Saúde do Estado de São Paulo emitiu a Cartilha dos Direitos dos Pacientes que enfatiza o direito a: informação esclarecedora, consentimento informado, segurança e livre arbítrio.

O Princípio da Autonomia determina que as pessoas capazes cognitivamente têm o direito de decidir a que exames ou tratamento médico elas se submeterão. É comum na Geriatria pacientes com idade avançada, junto com seus familiares enfrentarem decisões importantes: ir ou não para o hospital? Operar ou não operar? Submeter-se ou não à Hemodiálise? Receber ou não medicação anticoagulante? Ir ou não para UTI? Frequentemente, o paciente é incapaz de manifestar sua opinião em momentos de crise. Documento elaborado pelo indivíduo e devidamente registrado, quando se encontra bem cognitivamente e longe de situação estressante, colocando suas preferências pessoais em relação a atitudes a serem adotadas caso ele apresente situações risco de vida, pode ser interessante. Desta forma ele pode exercer sua autonomia e facilita tomada de decisões futuras. Nos Estados Unidos, apenas 20% das pessoas têm elaborado esse plano, que é um documento, e poucos desses documentos registram itens específicos sobre os tratamentos disponíveis e desejados (LYONS e PANTILAT, 2004). Sob o princípio da autonomia ou autodeterminação, cada paciente adulto (sem limite superior de idade) tem o direito de tomar decisões pessoais em relação aos cuidados médicos, incluindo decisões sobre a que intervenções diagnósticas e terapêuticas submeter-se. Este princípio ético tem sido traduzido dentro da doutrina legal como Consentimento Informado (KAPP, 2004).

A realidade brasileira é ainda mais precária no que tange a isso. Durante 15 anos de atendimento a pacientes muito idosos hospitalizados, em Curitiba, este pesquisador nunca se deparou com tal documento. As decisões Antecipadas são alternativas previamente escolhidas e comunicadas pelo paciente, de preferência por escrito, que servem para orientar a tomada de decisão da equipe de profissionais e dos familiares. Procurador é uma pessoa da confiança do paciente que é escolhida para representá-lo, com reconhecida condição de defender seus interesses, crenças e desejos.

A passividade por parte do paciente é mais evidente em faixas etárias mais altas. O indivíduo muito idoso submete-se, freqüentemente, a exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos, sem questionar sobre a indicação, eventual desconforto, benefícios e riscos. Dessa maneira, sabe-se que o paciente muito idoso, hospitalizado, pouco pratica sua autonomia. Um indivíduo autônomo pode ser definido como alguém que é capaz de fazer julgamentos normativos sobre amplos conjuntos de fatos objetivos que referem situações específicas, enquanto a autonomia do paciente é descrita como a capacidade de avaliar criticamente, refletir e, conseqüentemente, agir em relação a desejos básicos e valores em relação ao tratamento e ao cuidado. Autonomia, num contexto de cuidado agudo, está associada com a complexa tarefa de respeitar os pacientes e suas preferências quanto ao tratamento. Alguns médicos sugerem que doenças muito graves roubam do paciente o direito à autonomia (em favor do princípio de beneficência) porque os pacientes gravemente doentes não conseguem tomar decisões sobre seus cuidados. Entretanto essa perspectiva negligencia a capacidade de autonomia do paciente (BAILEY, 2006).

O limite biológico da espécie humana (life span) está em torno de 115 anos. A maioria dos gerontologistas não aceita um tempo máximo de vida humana superior a 115 anos (HAYFLICK, 1996).

Indivíduos com 85 anos e mais, lúcidos, têm consciência da sua aproximação do fim e esta realidade influencia nos parâmetros valorizados por ocasião de uma decisão específica. Em geral, para estes indivíduos, o importante é a expectativa de vida ativa. Não apenas viver do ponto de vista biológico, mas viver de forma participativa. Em 1983, o *The New England Journal of Medicine*, volume 3009, paginas 1218-1224, publicou tabela sobre a expectativa de vida ativa (independentes para as atividades de vida diária), que para americanos com 85 anos ou mais era de 2,9 anos. Diferente da morte, a invalidez, ponto final da expectativa de vida ativa, pode ser reversível.

O ambiente hospitalar, hostil à grande maioria deste grupo de indivíduos, acresce risco de estresse e este por si piora a cognição. Diante disto, é preciso utilizar-se de instrumentos validados, que garantam confiabilidade à avaliação da cognição e a capacidade potencial para tomada de decisão destes idosos.

O exercício da autonomia exige competência e liberdade. A velhice coloca o indivíduo em estado de vulnerabilidade em relação à sua autonomia, pois se imagina que o processo de envelhecimento compromete sua capacidade de discernimento. Estudo recente revelou prevalência de comprometimento cognitivo leve de 6% entre 1.563 idosos (60 anos e mais, média de 71,5 anos) de amostra representativa do município de São Paulo). A prevalência de Demência era de 7% dos quais 60% Doença de Alzheimer (BOTINO et al., 2005).

A ADMD (Associação Direito a Morrer Dignamente) é uma das mais ativas ONGs mundiais pela legalização da eutanásia. Na Espanha há um documento (testamento vital), em que o doente determina o que quer e o que não quer que seja feito em caso de enfermidade grave. Lá é legal a eutanásia passiva (permite ao o doente terminal receber apenas analgésico).

Na atenção à saúde, não são raras as práticas perpetuadoras da dependência do usuário, em lugar de se buscar a promoção de sua autonomia e cidadania (ZOBOLI e MASSAROLLO, 2002). A autonomia pressupõe duas condições: a competência e a liberdade para decidir. Se há um único caminho a ser seguido ou uma única alternativa, não há o exercício da autonomia (SAGRE e COHEN, 1995). Conforme Goldim (2000), o consentimento informado tem sólida fundamentação legal e, ao mesmo tempo, é a expressão de uma atitude eticamente correta. A autonomia deve fazer parte dos instrumentos de avaliação da qualidade do processo de envelhecimento. O envelhecimento bem sucedido só pode ser assim considerado se a autonomia estiver presente. E não deve ser confundida com grau de dependência. O indivíduo pode ser dependente total de ter condições de exercer sua autonomia. Independência é à capacidade de realizar atividades da vida diária, através de ações motoras (banhar-se, transferir-se, alimentar-se, vestir-se e controlar os esfíncteres) e autonomia é a capacidade de tomar decisões, isto é, compreender, envolver e tomar decisão sobre uma situação, segundo sua avaliação e preferência. Enquanto o grau de dependência refere-se à capacidade funcional a autonomia refere-se à capacidade cognitiva (tomar banho ou não? Transferir-se ou não? O que, quanto e quando comer? Que roupa vestir?

A autonomia deve somar-se à privacidade, veracidade, confidencialidade e consentimento, para que se garanta assistência adequada às pessoas, principalmente àquelas fragilizadas. E o paciente com idade avançada, em ambiente hospitalar, encontra-se profundamente fragilizado. Exposto a uma rotina arbitrária, inseguro com relação à gravidade e eventual dificuldade em entender claramente a situação, está à mercê de decisões muitas vezes alheias às suas vontades.

Mesmo quando aparentemente comprometidos cognitivamente, é preciso ter cuidado ao se afirmar incapacidade de um paciente para tomada de decisão. Avaliando a capacidade de tomada de decisão entre pacientes idosos, pesquisa americana concluiu que pessoas com comprometimento cognitivo leve e moderado são capazes de fazer escolhas e expor suas preferências (FEINBERG e WHITLATCH, 2001). Nenhum médico está autorizado a deduzir a incapacidade do paciente em participar das tomadas de decisão sobre seu tratamento sem antes avaliar e registrar adequadamente esta avaliação no prontuário hospitalar do paciente, os instrumentos utilizados para tal avaliação com os respectivos resultados.

Em recente pesquisa feita em Israel “Informação e tomada de decisão compartilhada são as prioridades dos pacientes” as grandes prioridades relatadas pelos 274 pacientes entrevistados foram: 1. ser informado pelo médico; 2. participar da tomada de decisão (SCHATTNER, BRONSTEIN, JELLIN, 2006).

Várias situações exigem a tomada de decisão na atenção a pacientes muitos idosos. Muitas delas extrapolam os aspectos puramente técnicos e devem ser discutidos com todos os envolvidos. A colocação de prótese de joelho, por exemplo, pode ter indicação médica precisa e trazer benefícios concretos ao paciente, porém, após esclarecimentos exaustivos e claros, cabe ao paciente, independente da sua idade cronológica dizer sim ou não, desde que tenha condições neuropsiquiátricas para tal (BIAU et al., 2006).

A utilização de arsenal terapêutico de alta sofisticação, em ambiente tecnicista e conseqüentemente sem afetividade também representa polêmica em pacientes muito idosos (GARROUSTE-ORGEAS, et al., 2006). Muito mais a história pessoal, a idade biológica e as preferências do pacientes devem interferir nesta decisão do que as situações específicas de um determinado momento.

O uso ou não de medicamento que possa diminuir risco para uma complicação cardiológica, porém aumenta risco de complicação tipo hemorragias, dever ficar restrito a uma discussão técnica? Pacientes com risco de queda aumentado e conseqüente sangramento, inclusive cerebral, devem fazer uso? Como decidir sobre o uso destes remédios em pacientes com distúrbio cognitivo leve e em dementes? Cabe apenas ao médico tomar estas decisões, contemplando apenas os aspectos técnicos? (DHARMARAJAN et al., 2006)

Este pesquisador já experimentou situação real de indicação técnica precisa de um procedimento, porém sem a concordância do paciente (estenose aórtica grave com indicação cirúrgica precisa). O paciente solicitou alta hospitalar para ficar no seu domicílio, junto aos seus familiares. Está o médico ou os familiares autorizados a submeter um paciente muito idoso a um procedimento cirúrgico, independente da escolha do paciente? (CHARLSON et al., 2006).

Alimentar ou não o paciente através de gastrostomia também representa polêmica. É discutível: vantagens, desvantagens, riscos, benefícios, desconforto e direito de decisão, comparando-se o procedimento com a alimentação oral, em pacientes com risco de aspiração. (CERVO, BRYAN, FARBER, 2006). Questões voltadas àbb finitude são bastante freqüentes quando se atende pacientes com idade avançada, pois envolve valores polêmicos e íntimos, altamente subjetivos. Frequentemente se depara com situações em que o paciente muito idoso chega ao hospital com história de mal súbito recebe atendimento através de procedimentos sofisticados e invasivos sem que se conheça o grau de dependência e a realidade rotineira destes pacientes. Em situação de terminalidade, também existem várias pesquisas confirmando a importância de se conhecer as preferências do paciente, antes de se adotar uma ou outra conduta. Entre tantas outras, pesquisa americana confirma a necessidade de se buscar as preferências pessoais nos momentos de decisão em situação de terminalidade (DITTO et al., 2006).

2.4 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Com a democratização da informação, principalmente através evolução dos meios de comunicação, a relação médico-paciente vem sofrendo mudanças substanciais. A passividade com que os pacientes aceitam as orientações médicas tem diminuído, progressivamente. O médico não é mais o único detentor do conhecimento. O paciente, cada vez mais, reivindica fundamentações plausíveis para as condutas indicadas pelo médico. Esta realidade ainda não se observa, quando se trata de pacientes com idade avançada. Em geral estas pacientes têm o médico como autoridade a ser respeitada e de quem devem seguir as ordens.

A postura do médico em relação ao paciente tem sido objeto de alguns pesquisadores. Segundo Joaquim Clotet (ISMAEL, 2002, p.86), “O reconhecimento do paciente como pessoa, com valores fundamentais e determinantes, é uma vitória sobre o poder da classe médica ao longo da história”. Para Rachel Naomi Remen (*Ibidem*, p.47), “O médico não é ensinado a assumir, como parte da sua função, a responsabilidade de prover o crescimento do paciente como pessoa, ou seja, a percepção que ele é mais do que a sua doença, vale dizer da doença do seu corpo”. Wilmar Artur Klug defende que a relação médico-paciente é sofrida, enriquecedora, conflituosa, produtiva e quase sempre difícil (*Id.* p.xxii).

Em 1972, Robert M. Veatch, médico e diretor do Instituto Kennedy de Ética da Universidade de Georgetown, nos EUA, em artigo publicado no boletim do Hasting Center Report, reduziu a quatro os modelos da relação médico-paciente. São eles, o modelo sacerdotal, o modelo engenheiro, o modelo colegial e o modelo contratualista, os quais são abordados a seguir, conforme Ismael (2002). No modelo sacerdotal, o qual se baseia na tradição hipocrática, o médico adota uma inabalável postura paternalista, ou seja, autoritária, não levando em conta as opiniões, as expectativas ou as crenças do paciente. Nessa típica relação de poder e de autoridade incontestável por patê do médico, a interação inexistente e no paciente predomina o temor reverencial e a submissão total e inquestionável. No modelo engenheiro, ao paciente é concedido total poder da tomada de decisão e o médico assume papel de executor das ações propostas

pelo paciente, preservando apenas sua autoridade e abrindo mão do poder. Já o modelo colegial embaralha o papel do médico e do paciente no âmbito da sua relação, de modo que ambos compartilham o poder de forma igualitária. Finalmente, o modelo contratualista baseia-se num compromisso estabelecido entre as partes. Enquanto o médico preserva a sua autoridade, legitimada pelos conhecimentos que tem, o paciente participa decisivamente da tomada das decisões, que se dá com base no seu estilo de vida, em valores pessoais e morais (ISMAEL, 2002).

Outra questão refere-se ao fato dos médicos tornarem-se especialistas em assuntos progressivamente pontuais e dirigirem sua atenção a órgãos específicos, privilegiando a dimensão biológica da vida humana. Esta postura acaba por segmentar o paciente, dificultando o vínculo médico-paciente.

A relação médico-paciente deve ser suficientemente honesta e transparente que permita diálogo aberto e autêntico. Assim o médico pode expor as possibilidades, sejam diagnósticas ou terapêuticas, com seu respectivo grau de invasibilidade e desconforto. E o paciente pode avaliar segundo sua escala de valor, o impacto positivo ou negativo das medidas propostas e possíveis.

Conduta freqüentemente adotada com relação a pacientes muito idosos, diante de episódios de agitação psicomotora é a restrição. Muitos quadros de inquietude são conduzidos com restrição sem que a causa deste comportamento esteja totalmente esclarecida. Porém, a própria restrição pode desencadear ou piorar os estado de agitação do paciente. Pacientes muito idosos são freqüentemente submetidos a restrição durante internação hospitalar e esta atitude compromete muito a relação médico paciente. Independente da razão pela qual a restrição foi praticada, o fato representa grave cerceamento da liberdade e deve ser ponderado com rigor: a relação risco / benefício e desconforto deste procedimento. Durante a internação hospitalar, com freqüência os pacientes muito idosos são submetidos a restrições de várias formas. Segundo Barnes et al. (2004) as restrições podem ocorrer de várias formas: físicas, químicas, ambientais e comportamentais. (BARNES et al., 2004). Os pacientes mais propensos às restrições são os que apresentam: distúrbios psiquiátricos; distúrbios cognitivos; delirium; risco de quedas; uso de sondas; enfermarias conjuntas; incontinência; dependentes para AVD - Atividade de Vida Diária (NHMRC, 1999) e

estas são realidades freqüentemente encontradas entre os pacientes muito idosos hospitalizados. Independente da forma aplicada, a restrição altera a relação do paciente com o meio ambiente, com seus acompanhantes e com o médico. Determina cenário grotesco e compromete gravemente a possibilidade de participação na tomada de decisão dos pacientes.

A relação médico-paciente muito idoso ainda está longe de sair do modelo paternalista. A autonomia deste paciente e o conhecimento técnico-científico do médico, no ambiente hospitalar, estão longe da proporcionalidade adequada. As decisões relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos sobre este paciente estão sendo tomadas, independente das suas escolhas ou preferências.

2.5 ABORDAGEM DO PACIENTE MUITO IDOSO HOSPITALIZADO

Abordagem inadequada a estas pessoas facilita, por várias razões, a seqüência de fatos catastróficos tão freqüentes neste vulnerável grupo de pacientes: morbidade, incapacidade, hospitalização, institucionalização e morte. Num hospital onde os acidentes representam importante número dos atendimentos, testemunha-se freqüentemente esta realidade. O paciente que dispunha de poucas reservas funcionais, sofre um trauma, fratura o fêmur e rapidamente evolui para um estado de dependência progressiva, isolamento, inatividade e todas as suas conseqüências diretas e indiretas. Reconhecer esta possibilidade e interferir preventivamente representa postura imprescindível para que se possa vislumbrar sucesso terapêutico.

Para o paciente de idade avançada, com desconfortos determinados pelas doenças crônicas, as prioridades diferem daquelas dos pacientes mais jovens. A hospitalização tem uma causa pontual, porém, o idoso traz consigo, realidades peculiares que se arrastam ao longo do tempo e exigem avaliação criteriosa sobre o que é prioridade a cada momento do tratamento. O grau de agressividade dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, teoricamente indicados, tem que ser

cuidadosamente discutido com o paciente, ou com seus responsáveis quando for o caso.

“A longevidade é desejável, desde que se mantenha boa qualidade de vida, principalmente no que se refere à dignidade humana. Durando mais que a juventude, a velhice transforma o idoso numa sobrecarga para os seus se não puder prover as próprias necessidades. Por isso, antes de tornar mais longa a vida dos homens, é preciso achar o processo de conservar até o fim as suas atividades orgânicas e mentais” (Alexis Carrell – médico americano – ISMAEL, 2002, p.80) “A maior razão para os pacientes idosos receberem atenção inadequada por parte dos médicos é a falta de tempo e de recursos” (REUBEN, 2006).

Desde a acolhida até a alta hospitalar, passando por cada detalhe durante o período de hospitalização o paciente muito idoso passa por inúmeras dificuldades que poderiam ser abolidas ou pelo menos minimizadas. A dificuldade motora, auditiva e o distúrbio cognitivo representam algumas das realidades que dificultam a comunicação com o paciente muito idoso. Assistir este paciente especial requer capacitação adequada e a formação médica clássica não contempla essa questão. “O médico não é ensinado a assumir como parte da sua função a responsabilidade de prover o crescimento do paciente como pessoa, ou seja, a percepção de que ele é mais do que a sua doença. Vale dizer, da doença do seu corpo (Rachel Naomi Remen – médica americana – ISMAEL, 2002, p.47). Na atenção ao paciente muito idoso hospitalizado o prognóstico pode ser mais importante que o diagnóstico e procedimentos ordinários em outras faixas etárias podem ser extraordinários nesta fase da vida. O entendimento sobre o que é medida ordinária e o que é medida extraordinária deve ser feita de forma compartilhada com o paciente, a família e o médico.

A idade avançada oferece peculiaridades importantes que exigem avaliação adequada, para que se possa prestar atenção médica coerente. Estar no ambiente hospitalar, por si só pode ser motivo de agravo ao paciente muito idoso. Investigar adequadamente a causa de uma agitação psicomotora, por exemplo, pode evitar condutas que levem a complicações potencialmente graves. O paciente está internado no hospital por alguma razão pontual (Acidente de trânsito, Pneumonia, Infarto Agudo do Miocárdio, Hemorragia Digestiva, etc.), porém traz consigo entre tantas outras

questões afetivas (conflitos pessoais e familiares), biológicas crônicas (Osteoartrose, Osteoporose, Insuficiência Renal, Insuficiência Cardíaca, Diabetes Mellitus, sequelas de Acidente Vascular Encefálico, Depressão) e econômicas (renda incompatível com as necessidades), que precisam ser conhecidas, respeitadas e ponderadas, antes que adote condutas inadequadas. A história pessoal, suas preferências, a capacidade cognitiva e o grau de dependência são aspectos relevantes para que tome decisões apropriadas ao atender pessoas muito idosas hospitalizadas. Conhecer a fisiologia envelhecimento é imprescindível para que possa minimizar as iatrogenias, tão freqüentes nesta faixa neste grupo de pacientes. Ao médico cabe: colher o máximo de informações sobre o paciente, avaliar suas potencialidades e limitações, explicar as possibilidades diagnósticas e terapêuticas de forma verdadeira e clara, discutir as probabilidades de sucesso e moderar o diálogo sobre que procedimentos adotar. Aos familiares cabe: dar o suporte afetivo, motivar a reflexão compartilhada das questões envolvidas e apoiar o paciente. Ao paciente cabe: esclarecer suas dúvidas, colocar suas eventuais inseguranças, receios e preferências pessoais. A obstinação terapêutica pode levar o médico a adotar procedimentos eficazes contra a doença em questão, porém inadequados àquele paciente muito idoso especificamente, diante de suas realidades pontuais. O cuidar pode ser mais adequado que o curar, quando se assiste pessoas muito idosas. Comprometer-se com o que realmente é importante para o paciente, disponibilizando todos os recursos a favor do bem estar da pessoa e não apenas resolver o motivo da internação hospitalar. Desde que o paciente tenha condições neuropsiquiátricas adequadas, suas posições devem ser respeitadas.

O maior número de internações hospitalares não ocorre entre os idosos, porém a porcentagem representada pelo grupo de 80 anos e mais é quatro a cinco vezes a do grupo com 40-49 anos. As doenças respiratórias e a insuficiência cardíaca causam 30% das internações entre os muito idosos. Embora eles constituam apenas 1% da população brasileira, representaram 19% de todas as internações hospitalares por insuficiência cardíaca e 17% daquelas por doenças cerebrovasculares ocorridas na rede SUS em 2005 (CHAIMOWICZ, 2006). Estes pacientes, em geral acumulam comorbidades, exigindo atenção adequada, sob o risco de rapidamente tornarem-se dependentes e suas freqüentes complicações. Frequentemente trazidos ao serviço de

emergência por fratura conseqüente a atropelamento (até então independentes e ativos), ficam imobilizados, enfraquecem, perdem a vontade de viver e evoluem rápida ou lentamente para o óbito (com variado grau de sofrimento). Ou são medicados com substâncias que interagem negativamente com seus remédios rotineiros e apresentam complicações iatrogênicas graves e muitas vezes irreversíveis.

As informações sobre as internações hospitalares no Brasil são retiradas do SUS (Sistema Único de Saúde), por meio do Datasus. Estes dados correspondem a 70% dos usuários dos hospitais, pois 30% dos brasileiros não utilizam este sistema. Também as internações prolongadas e a disparidade dos critérios de definição da causa dos mesmos comprometem a confiabilidade dos dados (LAURENTI et al., 2004).

Fatores relacionados aos profissionais (despreparo, prepotência, arrogância, negligência), aos pacientes (constrangimento, medo, insegurança, estresse, hipoacusia, distúrbio de memória, incapacidades motoras, etc.), aos familiares (intervenções, negligência, protecionismo) e ao ambiente (acolhimento inadequado, tecnicismo, rotina rígida), podem contribuir para a dificuldade na abordagem dos pacientes muito idosos hospitalizados. Muitos pacientes atingem idade avançada, sem nunca ter passado pela experiência de um internamento hospitalar. Aos 90 anos, sem nenhum parâmetro anterior, enfrentam ambiente estranho, pessoas estranhas, rotinas rígidas e profissionais (inclusivo médicos) sem tempo para escutá-los, pretendendo solucionar rapidamente os problemas da forma que acreditam seja correta. Muitas vezes os profissionais conhecem o direito à autonomia do paciente, porém nem sempre o fazem valer. Em geral, as decisões tomadas pelos profissionais são baseadas em parâmetros técnicos, sem valorizar as dimensões não biológicas da vida humana e sem respeitar a escala de valores do paciente em questão.

Para Chauí (2001), conformar-se ou resignar-se é uma decisão livre, tanto quanto não se resignar nem se conformar, lutando contra a situação. A tão frequente deficiência auditiva do paciente de idade avançada pode inibir o paciente e induzi-lo ao comodismo, diante de alguma situação onde poderia participar, influenciando nas decisões referentes ao seu diagnóstico e tratamento. Diante da indiferença do paciente, o médico acaba por tomar as decisões pertinentes de forma arbitrária.

Embora a Constituição Federal (Brasil, 1988), a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999) e o Estatuto do Idoso (Brasil, 2004) delineiem as questões voltadas aos idosos, seus direitos, na prática e principalmente no que se refere à sua autonomia, carecem de ações concretas. Ele assegura todas as pessoas, com idade igual e superior a sessenta anos, oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde (física e mental), em condições de liberdade e dignidade. É obrigação da família, da comunidade e do poder público a garantia desses direitos. No item do direito à saúde, dentre outras conquistas, ficam explícitas: A garantia à saúde integral por intermédio do SUS, com acesso universal e igualitário para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde; O fornecimento gratuito pelo poder público de medicamentos de uso continuado, assim como órteses, próteses e outros instrumentos necessários ao tratamento, habilitação ou reabilitação são assegurados; O atendimento especializado aos portadores de deficiência ou de limitações incapacitantes; A garantia de acompanhamento integral e oferecimento de condições adequadas de permanência.

O paciente muito idoso ainda não assumiu seus direitos. Os familiares, responsáveis pelo atendimento às necessidades do idoso, ainda não assumiram este papel e com frequência o fazem de forma arbitrária, independente das condições do idoso. O médico ainda não tomou consciência da necessidade de se avaliar, registrar no prontuário e respeitar a capacidade de tomada de decisão do paciente com idade avançada, independente da sua condição cognitiva. E o sistema de saúde, público ou privado, não está preparado para atender as demandas específicas destes pacientes, que cresce a cada dia.

Na atenção à saúde, em geral, mas principalmente na atenção geriátrica, existem três abordagens: a preventiva, a curativa e a paliativa. Estando o indivíduo muito idoso na última fase da sua vida humana, há que se ter coerência no grau de agressividade e intervencionismo, além de respeito às preferências do mesmo ao se adotar uma linha de conduta investigatória ou terapêutica. O que é mais adequado, em relação às condutas a serem adotadas durante a assistência deste grupo de pacientes, pode não coincidir com a lógica médica, defendida nas escolas médicas.

O indivíduo é a cada momento o resultado da sua história pessoal. À medida que se vive mais, mais se acumulam características peculiares, intensificando sua individualidade. Esta realidade faz com que a idade cronológica (anos de vida) seja parâmetro inadequado para avaliação do estado de saúde, funcional, grau de dependência do indivíduo e capacidade para tomar decisão. A idade cronológica está longe de revelar o estado de saúde do indivíduo e menos ainda pode determinar sua capacidade em participar do processo de decisão sobre seu tratamento.

O HCAT (Hopkins Competency Assessment Test) é um instrumento de avaliação da capacidade de tomada de decisão por parte do paciente. É composto por três versões (sixth grade, eighth grade and thirteenth grade) de acordo com a escolaridade do paciente. Segue seis questões sobre o texto e o resultado varia de zero a dez (um ponto para cada item respondido corretamente). 1. Quais são as quatro coisas que o médico deve fazer antes de começar um procedimento? O que o médico fará? O que poderia dar certo? O que poderia dar errado? Quais seriam os procedimentos alternativos? 2. Verdadeira ou falsa? Depois de conhecer o procedimento, o paciente pode decidir não se submeter ao mesmo (verdadeira). 3. O que pode às vezes acontecer com a capacidade de compreensão de um paciente que está doente há muito tempo? Depois de um período a capacidade de tomar decisão do paciente pode não estar tão boa como agora. 4. Complete a frase: Um paciente cuja capacidade de compreensão está comprometida, pode não ser capaz de dizer ao médico o que o paciente quer que seja feito. 5. Quais as duas coisas que tais pacientes deveriam dizer ao médico e aos familiares, antes que sua capacidade de compreensão fique comprometida? O paciente pode deixar por escrito o nome da pessoa que ele elege para tomar decisão por ele; O paciente pode deixar por escrito, quais procedimentos médicos ele quer que sejam feitos ou não. 6. Como são chamadas estas instruções ao médico e aos familiares? Procuração (THE HOPKINS Competency Assessment Test: A Brief Method for Evaluating Patients' Capacity to Give Informed Consent, 1992).

Não há modelo de atenção específico para o paciente muito idoso hospitalizado. Para pacientes idosos (com 65 anos ou mais), Lyons e Pantilat (2004)

relatam algumas ações a serem tomadas nesse sentido, no sentido de objetivar a questão dos direitos à escolha dos tratamentos por esse paciente:

1. Desde os primeiros contatos, estimular o paciente a preencher documento registrando suas preferências em relação às possibilidades terapêuticas potenciais e manter esse documento anexado ao prontuário médico;
2. Solicitar que o paciente nomeie alguém de sua confiança para assumir possíveis decisões futuras em seu nome;
3. Pedir para que o paciente identifique seus valores pessoais em relação à vida (mantê-la a qualquer preço, utilizar respiração artificial etc.);
4. Motivar o paciente a discutir esses valores com a pessoa nomeada por ele para as tomadas de decisões futuras;
5. Assegurar ao paciente que essas decisões somente serão da responsabilidade do seu procurador, caso ele esteja impossibilitado de assumi-las, e que ele poderá alterá-las quando desejar;
6. Sempre que ocorrer alguma mudança significativa no estado de saúde do paciente, rever as informações registradas;
7. Assegurar que as preferências pessoais documentadas serão encaradas tão seriamente quanto às rotinas dos cuidados gerais de saúde.

Avaliar a capacidade, por parte do paciente, de tomada de decisão é tarefa árdua para os profissionais de saúde, diante da dificuldade de mensurar esta habilidade intelectual. Instrumento neste sentido HCAT (Hopkins Competency Assessment Test) foi proposto e validado, pelo médico Jeffrey S. Janofsky do Johns Hopkins University School of Medicine de Baltimore e colaboradores em 1992. Através de avaliação rápida (em torno de dez minutos) este teste mostrou boa sensibilidade e especificidade, quando comparado com avaliação feita por psiquiatra forense (THE HOPKINS Competency Assessment Test: A Brief Method for Evaluating Patients' Capacity to Give Informed Consent, 1992). Este instrumento sugeriu a necessidade de se criar métodos específicos para avaliar a capacidade de um paciente tomar decisão sobre seu tratamento, independente da idade cronológica do mesmo.

Sob o título de: "This geriatrician's greatest challenge: Caregiving" o médico geriatra americano Fredrick T. Sherman comenta sua dificuldade pessoal, apesar de

trinta anos de experiência, em administrar as necessidades apresentadas pela sua mãe que aos 89 anos sofreu queda em casa e, subitamente, tornou-se dependente, exigindo o atendimento de vários especialistas e demais suportes diários (This geriatrician's greatest challenge: Caregiving, 2006).

O paciente muito idoso hospitalizado tem sido informado e esclarecido sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos quais se submeterá? Existe espaço para que ele manifeste sua autonomia? Como a doença, o ambiente hospitalar e a perspectiva de dependência ou morte afetam suas escolhas, preferências e percepções sobre a vida? Quando para ele é mais importante viver com seus familiares e em seu ambiente domiciliar que viver mais, porém no ambiente da UTI (Unidade de Terapia Intensiva)? Sem estas respostas, fica muito difícil atendê-lo de forma adequada e satisfatória.

Segundo Zoboli e Massarollo (2002) não se pode desprezar os aspectos relativos ao sistema de saúde e ao acesso aos serviços como potenciais determinantes de restrição da liberdade das pessoas. A demora para conseguir um atendimento pode interferir em sua decisão, pois não é de se estranhar o temor de que a recusa implique em prejuízo ou mais demora na resolução de problema. Este temor pode ser traduzido pela postura submissa, resignação, conformismo e omissão. Ciccacio (2001) relata em um estudo realizado com enfermeiros, que o paciente é tido como rebelde quando questiona as normas institucionais. E que os idosos são julgados como sujeitos não autônomos, portanto incapazes de compreender as informações recebidas e de tomar decisões a seu respeito. Na sua dissertação de mestrado a enfermeira Dulce Regina Batista Carmo (USP 2002) cita que 98,9% dos pacientes afirmaram que confiavam nas decisões tomadas pelos profissionais da saúde e que os pacientes idosos com maior período de internação formam o grupo que melhor ilustra esta tendência. Esta pesquisadora concluiu que o vínculo de confiança na relação paciente-profissional da saúde é uma de suas bases fundamentais e que o baixo nível socioeconômico é causa de alienação e fator que desestimula a prestação de esclarecimentos. Concluiu também que pacientes mais idosos tendem a atribuir escores mais baixos à assistência recebida no que tange à liberdade, à competência e à assistência global. Esta realidade ilustra a impressão que em geral a sociedade tem sobre o indivíduo de idade avançada. Ao se

constatar a idade cronológica do paciente na ficha de internação, as pessoas envolvidas, inclusive o médico, tende a imaginar e deduzir que as decisões devam ser tomadas de forma mais arbitrária. Ciccacio (2001) acrescenta que doentes mais esclarecidos tendem ser melhor assistidos, pois são doentes que causam receio e com os quais os profissionais acreditam que seja preciso tomar mais cuidado.

A Fragilidade é um precursor da deteriorização funcional, que culmina com hospitalizações recorrentes, institucionalização e morte. São fatores associados à fragilidade: sarcopenia (diminuição da massa muscular) e fatores metabólicos associados, aterosclerose, prejuízo cognitivo e desnutrição. A baixa renda, baixa educação, falta de suporte familiar, espiritual ou social podem piorar a severidade da fragilidade. São precursores potencialmente tratáveis da fragilidade: anorexia, inatividade física e mental, medo de quedas, dor, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Depressão e Delírium (EDITORIAL, 2002).

O paciente muito idoso hospitalizado deve ser conduzido como idoso frágil (idoso com risco aumentado de morbidade e mortalidade). Brown definiu idoso frágil como “um estado em que há diminuição da habilidade de cumprir as importantes atividades sociais e práticas do dia a dia”. Bortz definiu como “o resultado de doenças precoces em múltiplos sistemas, levando à incapacidade da força muscular, imobilidade, desequilíbrio e baixa resistência.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a importância de conhecer os valores, as percepções, os temores e os desejos do paciente muito idoso hospitalizado no que se refere à tomada de decisão sobre atitudes e procedimentos a serem adotados sobre si.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar nos prontuários médicos, os modelos de registro sobre o nível cognitivo dos pacientes muito idosos hospitalizados;
2. Identificar o modelo da tomada de decisão utilizado por ocasião da adoção dos procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos, nos pacientes muito idosos hospitalizados;
3. Verificar a importância da participação dos pacientes muito idosos hospitalizados no processo de tomada de decisão, na perspectiva dos pacientes muito idosos internados, dos médicos, de estudantes universitários e outros idosos.

4 MÉTODO

Estudo retrospectivo e prospectivo, qualitativo e quantitativo, feito através de levantamento de prontuários hospitalares e entrevistas estruturadas, com diferentes grupos de pessoas. Fez-se estudo estatístico e avaliações qualitativas dos dados colhidos tanto retrograda quanto prospectivamente.

4.1 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA

Pesquisa realizada em Curitiba-PR, no Hospital Universitário Cajuru, que faz parte da Aliança Saúde PUCPR (Pontifícia Universidade do Paraná) Santa Casa. É um hospital geral de ensino, certificado pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, com capacidade instalada de 290 leitos (29 de UTI), distribuídos entre várias especialidades clínicas e cirúrgicas. Corpo clínico composto de 250 médicos e 1.090 funcionários. Ainda hoje, apesar de outros hospitais da cidade assumir parte do volume dos acidentes, o hospital recebe grande número destes sendo o mais importante da região em traumatologia. Os usuários são pacientes privados, usuários de planos de saúde e usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). A maioria dos pacientes é internada através do PS (Pronto Socorro) e do PA (Pronto Atendimento) que atendem, em média, 315 pacientes / dia. Constitui campo de estágio para alunos da graduação e pós-graduação de vários cursos da PUCPR: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia. Desenvolve programas de Residência Médica, credenciados pelo MEC em: Anestesiologia, Cardiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Geriatria, Medicina Comunitária, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Oftalmologia e Pneumologia. De janeiro a junho de 2006 foram atendidos nas dependências do hospital 622 pacientes com idade igual e superior a 85 anos, dos quais 254 foram internados.

Os sujeitos da pesquisa foram: **a) parte retrospectiva:** todos os prontuários (441) dos pacientes muito idosos internados de janeiro de 2002 a dezembro de 2004; **b) parte prospectiva:** participaram seis grupos distintos de pessoas para que se fizesse representar realidades distintas com suas maneiras peculiares de interpretar as questões pertinentes à pesquisa. Os pacientes muito idosos que estavam experimentando a assistência hospitalar; os profissionais que assistiam estes pacientes; estudantes de medicina em diferentes níveis da graduação; estudantes de teologia que sendo da área humana poderia traduzir visão peculiar e pessoas que direta ou indiretamente vivenciam a realidade de uma doença crônica, degenerativa e incurável como a doença de Parkinson: **Grupo 1.** Pacientes muito idosos internados (22), de ambos os sexos, em maio e junho de 2006; **Grupo 2.** Médicos (33), de ambos os sexos, em atividade no hospital; **Grupo 3.** Estudantes (66), de ambos os sexos, do primeiro período (ano letivo de 2006), do curso de medicina da PUCPR; **Grupo 4.** Estudantes (59), de ambos os sexos, do nono período (ano letivo de 2006) do curso de medicina da PUCPR; **Grupo 5.** Estudantes (24), de ambos os sexos, do primeiro período (ano letivo de 2006) do curso de teologia da PUCPR; **Grupo 6.** Usuários (33), de ambos os sexos, da Associação Paranaense de Portadores de Parkinsonismo em junho de 2006, com idade igual e superior a 60 anos;

4.2 PROCEDIMENTO

Parte Retrospectiva:

Foram levantados todos os prontuários (441) dos pacientes internados no hospital Universitário Cajuru - PUCPR, com 85 anos e mais, de ambos os sexos, de janeiro de 2002 a dezembro de 2004. Buscou o registro do estado cognitivo destes pacientes, os instrumentos utilizados para esta avaliação e o modelo da tomada de decisão relativo à realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Parte Prospectiva:

Foram colhidas informações, através de entrevista estruturada, dos seis grupos de pessoas:

- Grupo 1. Pacientes (22) com idade igual e superior a 85 anos, de ambos os sexos, internados no Hospital Universitário Cajuru PUCPR, de primeiro de maio a 30 de junho de 2006, considerados aptos a participar de tomada de decisão. Os dados foram colhidos através de entrevistas à beira do leito hospitalar.
- Grupo 2. Médicos (33), de ambos os sexos, que assistem pacientes muito idosos no hospital. Dados colhidos através de entrevistas nos postos de enfermagem do hospital, de acordo com a aceitação ao convite em participar da pesquisa (anexo B).
- Grupo 3. Estudantes (66) do primeiro período (ano letivo de 2006), de ambos os sexos, do curso de medicina da PUCPR. Dados colhidos de todo o grupo, simultaneamente, em sala de aula, de acordo com a aceitação ao convite em participar da pesquisa (Anexo D).
- Grupo 4. Estudantes (59) do nono período (ano letivo 2006), de ambos os sexos, do curso de medicina da PUCPR. Dados colhidos de todo o grupo, simultaneamente, em sala de aula, de acordo com a aceitação ao convite em participar da pesquisa (Anexo D).
- Grupo 5. Estudantes (24) do primeiro ano (ano letivo de 2006), de ambos os sexos, do curso de teologia da PUCPR. Dados colhidos de todo o grupo, simultaneamente, em sala de aula, de acordo com a aceitação ao convite em participar da pesquisa (Anexo D).
- Grupo 6. Usuários (33) da APPP (Associação dos Portadores de Parkinsonismo do Paraná), de ambos os sexos, com idade igual e superior a 60 anos. Dados colhidos na sala de espera da instituição, individualmente e em momentos distintos, de acordo com a aceitação ao convite em participar da pesquisa (Anexo D).

Critérios de inclusão (pacientes):

- Pacientes de ambos os sexos, com idade igual e superior a 85 anos, internados no hospital Universitário Cajuru PUCPR, de janeiro de 2002 a dezembro de 2004 (parte retrospectiva).
- Pacientes de ambos os sexos, com idade cronológica igual e superior a 85 anos, internados no hospital Universitário Cajuru PUCPR, nos meses de maio e junho de 2006 (parte prospectiva);
- Pacientes com Mini Exame do Estado Mental (Folstein 1975) de escore no mínimo de 20 e 25 para analfabetos e demais, respectivamente e escore máximo 5 de escore na Escala de Depressão Geriátrica. (Anexo C)

O Mini-exame do Estado Mental (Folstein) foi utilizado para avaliar a cognição dos pacientes muito idosos internados. O teste avalia orientação temporal, orientação espacial, atenção (registro), capacidade para realização de cálculos simples, memória recente e linguagem. Objetiva filtrar prejuízos cognitivos e medir a severidade das demências (GREEN, 2001). O escore vai de 0 a 30. Na opinião de Machado (2003), esse teste tem, em média, uma sensibilidade de 83% e uma especificidade de 82% para a detecção de demências. Para os idosos com mais de oito anos de escolaridade, considera-se (VIEIRA; KOENIG, 2002): (a) escore de 30 a 26 – função cognitiva preservada; (b) escore de 26 a 24 – alteração não sugestiva de déficit; (c) escore de 23 pontos ou menos – sugestivo de déficit cognitivo (não é critério de diagnóstico para demência). Os pontos de corte de acordo com a escolaridade para adultos brasileiros são (BRUCKI et al., 2003): (a) analfabeto = 20; (b) 1 a 4 anos de estudo = 25; (c) de 5 a 8 anos de estudo = 26; (d) nove a 11 anos de estudo = 28; e) mais que 11 anos de estudo = 29.

Critérios de exclusão (pacientes):

- Idade cronológica abaixo de 85 anos;
- Mini Exame do Estado Mental abaixo de 20 para analfabetos e 25 para os demais;
- Escala de Depressão Geriátrica com escore abaixo de 5;
- Recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Parte Retrospectiva: (de 2002 a 2004)

Foram avaliados os prontuários de todos os pacientes (441) com idade igual e superior a 85 anos, de ambos os sexos, internados no Hospital Universitário Cajuru – PUCPR de janeiro de 2002 a dezembro 2004.

Ano de 2002

Em 2002 estiveram internados, no Hospital Universitário Cajuru PUCPR, 129 pacientes com 85 anos e mais. A idade variou de 85 a 97, média de 88 anos e 63,57% eram mulheres. No grupo de 85 a 92 anos o número de mulheres internadas foi praticamente o dobro do número de homens. Acima desta idade, o número de mulheres e homens internados foi muito próximo. (gráfico 1 – tabela 1)

GRÁFICO 1 – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2002

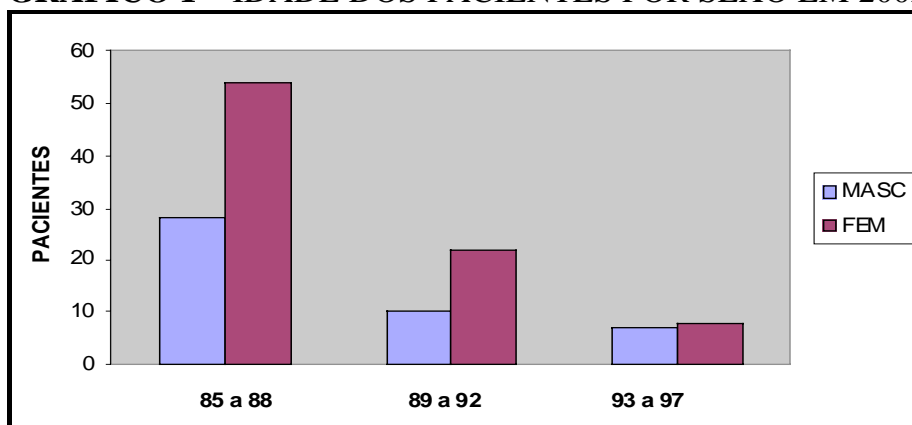


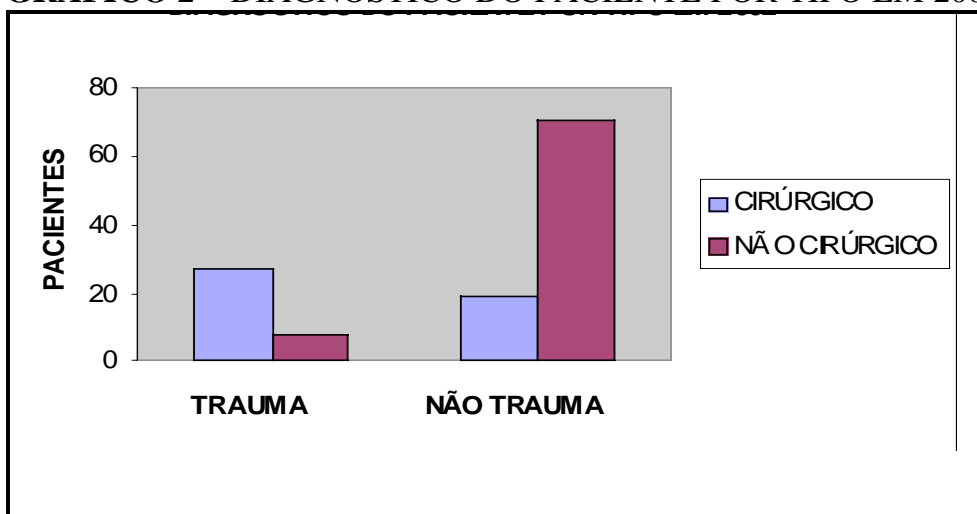
TABELA 1 – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2002

| IDADE | SEXO | | | | Total | % |
|---------|------|--------|-----|--------|-------|--------|
| | Masc | % | Fem | % | | |
| 85 a 88 | 28 | 62,22 | 54 | 64,29 | 82 | 63,57 |
| 89 a 92 | 10 | 22,22 | 22 | 26,19 | 32 | 24,81 |
| 93 a 97 | 7 | 15,56 | 8 | 9,52 | 15 | 11,62 |
| Total | 45 | 100,00 | 84 | 100,00 | 129 | 100,00 |

Buscou-se, nas evoluções médicas dos prontuários hospitalares, informações que pudessem revelar a capacidade para tomada de decisão destes pacientes. Considerou-se para tanto, várias possibilidades de registro: paciente lúcido, paciente orientado, consciente, paciente verbalizando coerentemente, paciente respondendo coerentemente às indagações, paciente alerta, etc. Dentre todos os prontuários levantados 17,05% apresentam alguma forma de registro sobre a cognição e capacidade de tomada de decisão.

Em relação às áreas básicas de atenção, os pacientes muito idosos tiveram mais atendimentos clínicos quando o caso se relacionava a causas não relacionadas a trauma e mais cirúrgicos quando ligados ao trauma (gráfico 2).

GRÁFICO 2 – DIAGNÓSTICO DO PACIENTE POR TIPO EM 2002

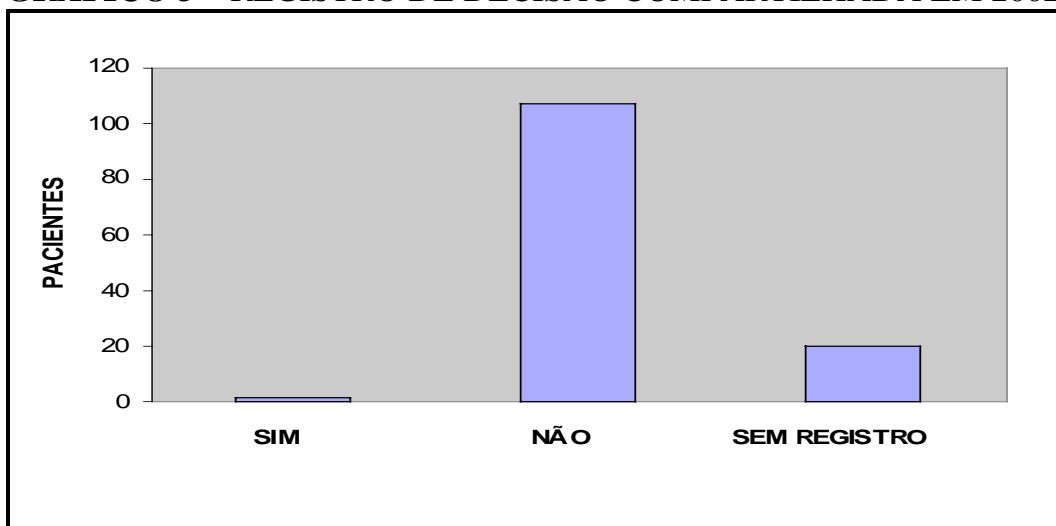


Em relação à tomada de decisão com participação do paciente ou de algum responsável legal sobre os exames diagnósticos e tratamento aplicado, foi encontrado registro em 1,55% de todos os prontuários de 2002 (tabela 2 e gráfico 3).

TABELA 2 – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA 2002

| REGISTRO | PACIENTES | % |
|----------------|-----------|--------|
| Sim | 2 | 1,55 |
| Não | 107 | 82,95 |
| Sem Informação | 20 | 15,50 |
| Total | 129 | 100,00 |

GRÁFICO 3 – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA EM 2002



Para se avaliar a capacidade dos pacientes em participar das tomadas de decisão buscou termos que estavam relacionados à cognição dos mesmos. A tabela abaixo registra os termos valorizados para se avaliar a capacidade potencial dos pacientes para participar da tomada de decisão encontrados nos prontuários de 2002, com suas respectivas porcentagens.

TABELA 3 – TERMOS UTILIZADOS NOS PRONTUÁRIOS EM QUE HÁ REGISTRO RELATIVO A COGNIÇÃO NAS EVOLUÇÕES EM 2002

| TERMO | PACIENTES | % |
|----------------------|------------------|---------------|
| Consciente | 21 | 18,10 |
| Lúcido | 3 | 2,59 |
| Alerta | 5 | 4,31 |
| Consc/Lúcido | 12 | 10,34 |
| Consc/Alerta | 9 | 7,76 |
| Consc/Orientado | 16 | 13,79 |
| Consc/Lúc/Ale/Orien. | 6 | 5,17 |
| Lúcido/Orientado | 3 | 2,59 |
| Alerta/Orientado | 2 | 1,72 |
| Consc/Lúcido/Alerta | 2 | 1,72 |
| Consc/Lúc/Orientado | 9 | 7,76 |
| Consc/Ale/Orientado | 7 | 6,03 |
| Lúc/Ale/Orientado | 3 | 2,59 |
| Outros | 18 | 15,52 |
| Total | 116 | 100,00 |

Obs – em 13 prontuários não houve registro

Para os prontuários em que há registro da cognição nas evoluções, 18,10% estavam conscientes. Na maioria dos prontuários existe registro de mais de um termo para descrever a cognição das evoluções, conforme tabela acima.

Além dos termos propostos, o termo outros envolve várias descrições que estão na tabela 4, a seguir.

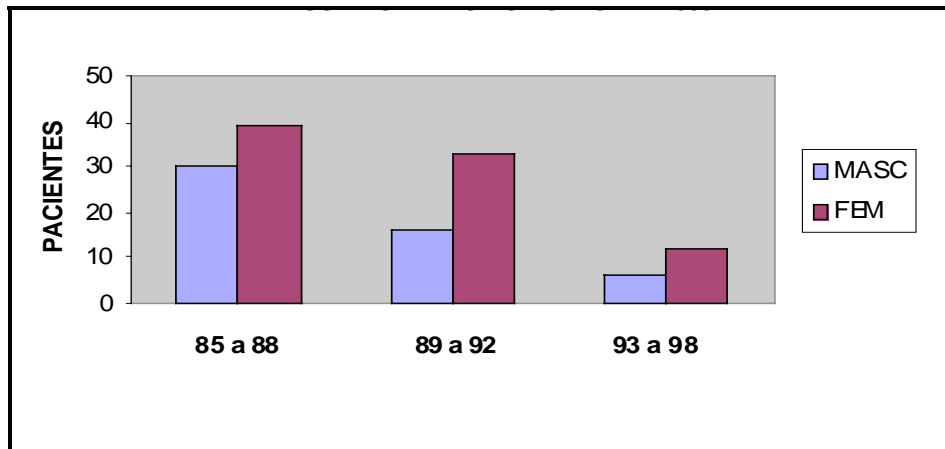
Ano de 2003

Foram internados 136 pacientes com 85 anos e mais. A idade mínima foi 85 e a máxima foi de 98 anos. A idade média foi de 89 anos, tanto para os homens quanto para as mulheres e as mulheres representaram maioria em todos os subgrupos de idade (tabela 4 e gráfico 4).

TABELA 4 – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2003

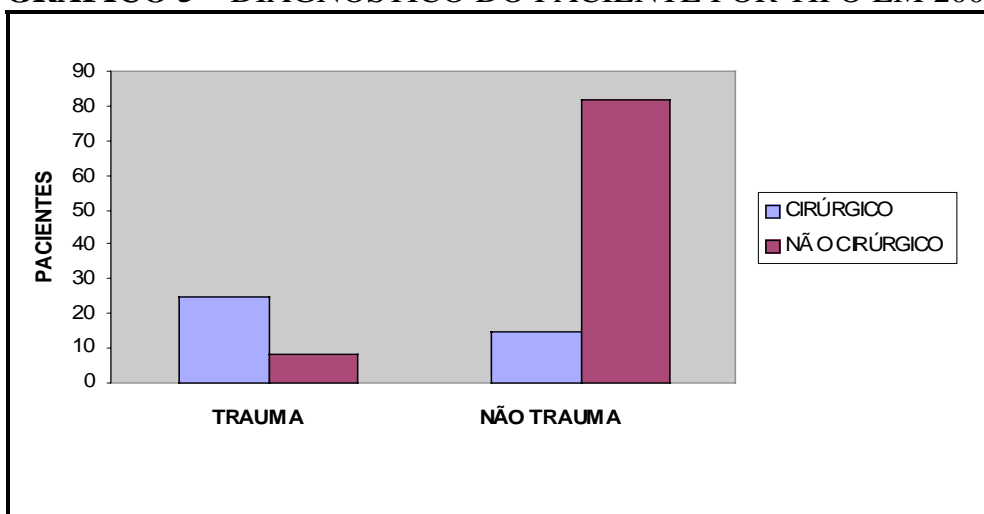
| IDADE | SEXO | | | | | |
|---------|------|--------|-----|--------|-------|--------|
| | Masc | % | Fem | % | Total | % |
| 85 a 88 | 30 | 57,69 | 39 | 46,43 | 69 | 50,73 |
| 89 a 92 | 16 | 30,77 | 33 | 39,29 | 49 | 36,03 |
| 93 a 98 | 6 | 11,54 | 12 | 14,28 | 18 | 13,24 |
| Total | 52 | 100,00 | 84 | 100,00 | 136 | 100,00 |

GRÁFICO 4 – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2003



O gráfico 5 ilustra a proporção de casos cirúrgicos e clínicos dos pacientes em 2003, mostrando que não houve mudança importante quando comparado com o ano anterior.

GRÁFICO 5 – DIAGNÓSTICO DO PACIENTE POR TIPO EM 2003

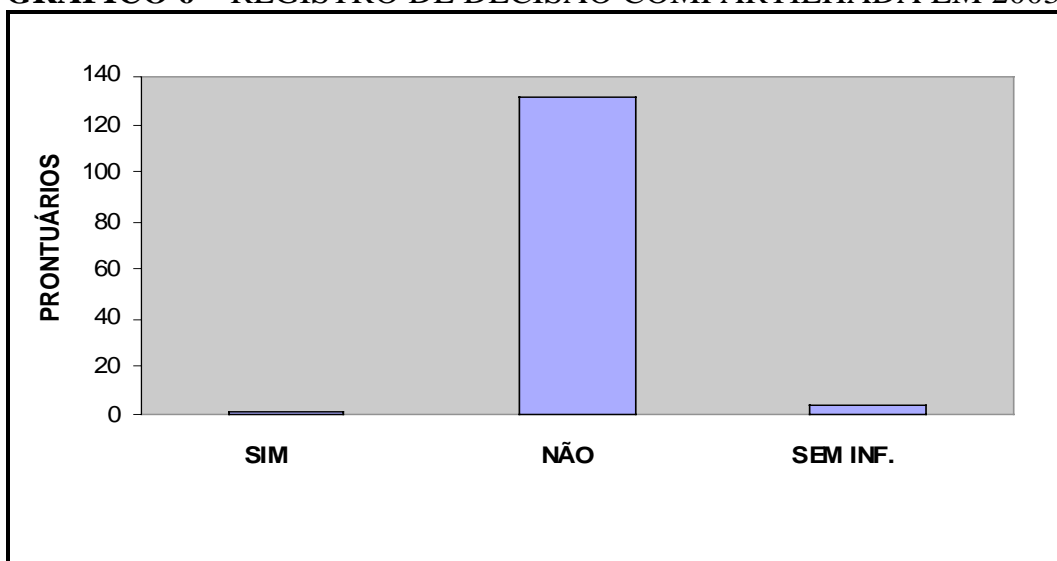


O registro de decisão compartilhada para realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos foi encontrado em 0,74% dos prontuários em 2003 (tabela 5 e gráfico 6).

TABELA 5 – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA - 2003

| REGISTRO | PACIENTES | % |
|----------------|-----------|--------|
| Sim | 1 | 0,74 |
| Não | 131 | 96,32 |
| Sem Informação | 4 | 2,94 |
| Total | 136 | 100,00 |

GRÁFICO 6 – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA EM 2003



A tabela abaixo registra os termos relacionados à capacidade de tomada de decisão encontrados nos prontuários de 2003, com suas respectivas porcentagens.

TABELA 6 – TERMOS UTILIZADOS NOS PRONTUÁRIOS EM QUE HÁ REGISTRO RELATIVO A COGNIÇÃO NAS EVOLUÇÕES EM 2003

| TERMO | PACIENTES | % |
|---------------------|------------------|---------------|
| Consciente | 12 | 9,52 |
| Lúcido | 2 | 1,59 |
| Alerta | 2 | 1,59 |
| Consc/Lúcido | 3 | 2,38 |
| Consc/Alerta | 10 | 7,94 |
| Consc/Orientado | 25 | 19,84 |
| Consc/Ale/Orientado | 11 | 8,73 |
| Consc/Lúcido/Alerta | 4 | 3,17 |
| Consc/Lúc/Orientado | 23 | 18,26 |
| Outros | 34 | 26,98 |
| Total | 126 | 100,00 |

Obs. em 10 prontuários não houve registro

Para os prontuários em que há registro da cognição nas evoluções 26,98% dos pacientes estão registrados como outros, seguido por paciente consciente e orientado com 19,84%, e 18,26% para consciente/lúcido e orientado. Por existir registro de mais de um termo para descrever a cognição das evoluções e combinação com o termo outros, a tabela abaixo especifica quais termos foram utilizados na opção outros.

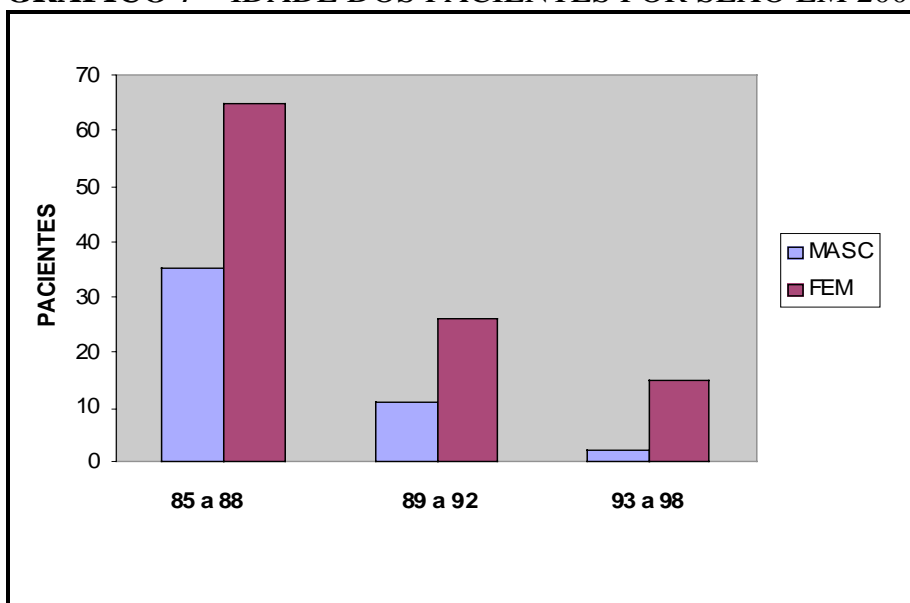
Ano de 2004

Em 2004 foram internados 154 pacientes com 85 anos e mais. A idade mínima foi 85, a máxima foi 98 e a média 89 anos (tabela 7 e gráfico 7).

TABELA 7 – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2004

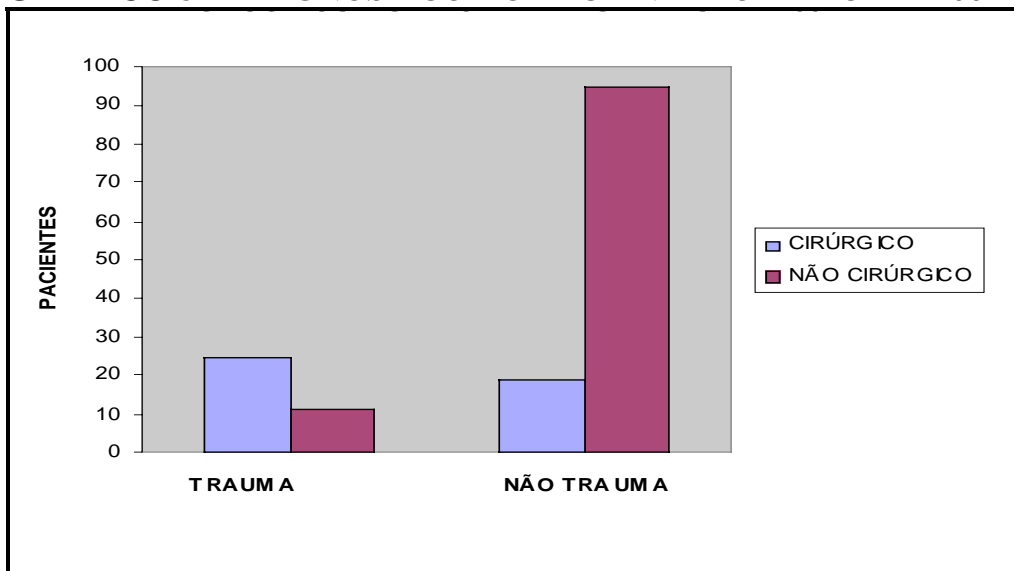
| IDADE | SEXO | | | | Total | % |
|--------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Masc | % | Fem | % | | |
| 85 a 88 | 35 | 72,92 | 65 | 61,32 | 100 | 64,94 |
| 89 a 92 | 11 | 22,92 | 26 | 24,53 | 37 | 24,02 |
| 93 a 98 | 2 | 4,16 | 15 | 14,15 | 17 | 11,04 |
| Total | 48 | 100,00 | 106 | 100,00 | 154 | 100,00 |

GRÁFICO 7 – IDADE DOS PACIENTES POR SEXO EM 2004



O gráfico 8 ilustra a proporção de casos cirúrgicos e clínicos dos pacientes em 2004, guardando a mesma proporção dos anos anteriores.

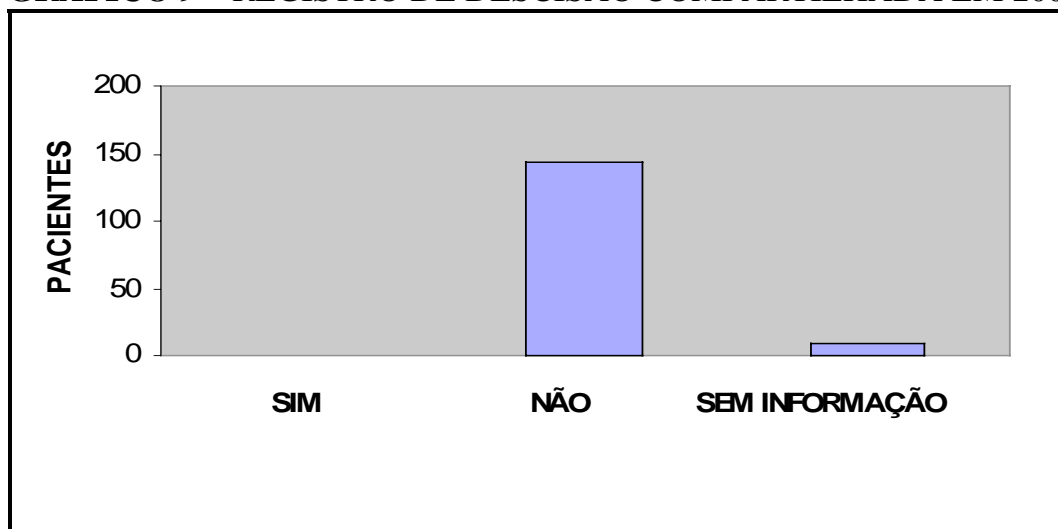
GRÁFICO 8 – DIAGNÓSTICO DO PACIENTE POR TIPO EM 2004



O registro sobre decisão compartilhada em relação aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos não foi encontrado em nenhum dos 154 prontuários levantados de 2004, conforme ilustração da tabela 8 e gráfico 9.

TABELA 8 – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA EM 2004

| REGISTRO | PACIENTES | % |
|----------------|------------|---------------|
| Sim | 0 | 0,00 |
| Não | 144 | 93,51 |
| Sem Informação | 10 | 6,49 |
| Total | 154 | 100,00 |

GRÁFICO 9 – REGISTRO DE DESCISÃO COMPARTILHADA EM 2004

A tabela abaixo registra os termos relacionados à capacidade de tomada de decisão encontrados nos prontuários de 2004, com suas respectivas porcentagens.

TABELA 9 – TERMOS UTILIZADOS NOS PRONTUÁRIOS EM QUE HÁ REGISTRO RELATIVO A COGNIÇÃO NAS EVOLUÇÕES 2004

| TERMO | PACIENTES | % |
|---------------------|------------|---------------|
| Consciente | 30 | 21,90 |
| Lúcido | 4 | 2,92 |
| Alerta | 2 | 1,46 |
| Alerta/Lúcido | 1 | 0,73 |
| Alerta/Orientado | 3 | 2,19 |
| Consc/Lúcido | 21 | 15,33 |
| Consc/Alerta | 7 | 5,11 |
| Consc/Orientado | 30 | 21,90 |
| Consc/Coerente | 1 | 0,73 |
| Consc/Ale/Orientado | 3 | 2,19 |
| Consc/Lúc/Orientado | 5 | 3,65 |
| Lúcido/Orientado | 1 | 0,73 |
| Orientado | 3 | 2,19 |
| Outros | 26 | 18,97 |
| Total | 137 | 100,00 |

Obs. em 17 prontuários não houve registro.

Para os prontuários em que há registro da cognição nas evoluções, 21,90% dos pacientes estão registrados no termo consciente e também consciente/orientado. O grupo outros representa 18,97% do total, seguido por 15,33% para consciente/lúcido.

Por existir registro de mais de um termo para descrever a cognição das evoluções e combinação com o termo outros, a tabela abaixo especifica quais termos foram utilizados na opção outros.

De 2002 a 2004 variou, negativamente, a porcentagem de prontuários com registro sobre as decisões compartilhadas. A porcentagem de ocorrência deste modelo de decisão diminuiu a partir de um número já pequeno, pois em 2002 foi de 1,55%. A não participação do paciente na decisão do tratamento aumentou em 22,43% no ano de 2003 em relação a 2002 e em 12,21% no ano de 2004 em relação a 2003 (tabela 10).

TABELA 10 – REGISTRO DE DECISÃO COMPARTILHADA NO TRATAMENTO DE 2002 A 2004

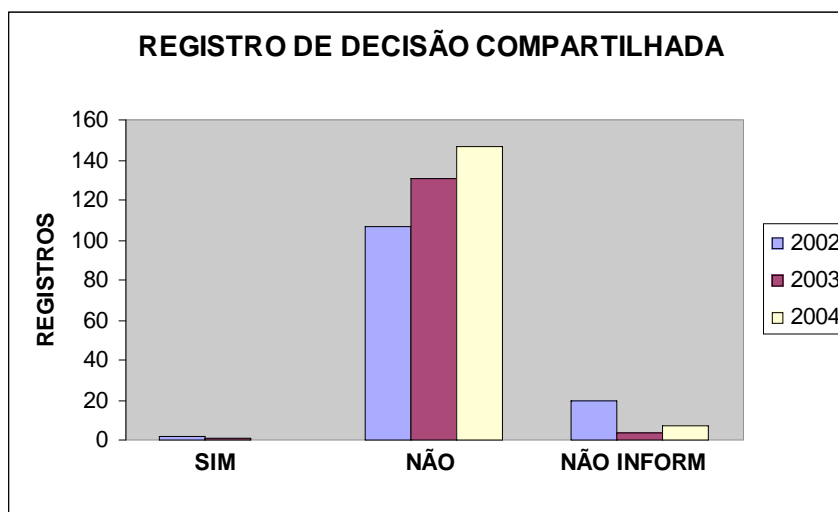
| ANOS | SIM | % | NÃO | % | SEM INF. | % | TOTAL |
|------|-----|------|-----|-------|----------|-------|-------|
| 2002 | 2 | 1,55 | 107 | 82,95 | 20 | 15,50 | 129 |
| 2003 | 1 | 0,74 | 131 | 96,32 | 4 | 2,94 | 136 |
| 2004 | 0 | 0,00 | 147 | 95,45 | 7 | 4,55 | 154 |

O nível socioeconômico dos pacientes muito idosos internados de 2002 a 2004 subiu, baseando-se na porcentagem decrescente de internação via SUS (Sistema Único de Saúde). A tabela 11 mostra o número crescente de pacientes com idade avançada internados via convênio e via particular. Esta realidade, porém, não aumentou o grau de participação dos pacientes nas tomadas de decisão sobre a investigação diagnóstica e tratamento.

TABELA 11 – FONTE PAGADORA DE 2002 A 2004

| ANOS | SUS | % | CONVENIO | % | PARTICULAR | % | TOTAL |
|------|-----|-------|----------|-------|------------|------|-------|
| 2002 | 89 | 68,99 | 36 | 27,91 | 4 | 3,10 | 129 |
| 2003 | 72 | 52,94 | 57 | 41,91 | 7 | 5,15 | 136 |
| 2004 | 63 | 40,91 | 85 | 55,19 | 6 | 3,90 | 154 |

A participação na decisão do ano de 2002 para o ano de 2004 teve evolução conforme a ilustração abaixo.



Parte Prospectiva: (maio e junho de 2006)

Buscou-se colher opiniões de seis diferentes grupos de pessoas sobre a questão da participação ou não dos pacientes muito idosos hospitalizados nas decisões sobre os exames diagnósticos e tipo de tratamento das suas doenças: 1. Pacientes muito idosos (22) internados no Hospital Cajuru de primeiro de maio a trinta de junho de 2006; 2. Estudantes (66) de primeiro período do curso de Medicina (2006) da PUCPR; 3. Estudantes (24) do primeiro período do curso de Teologia (2006) da PUCPR; 4. Estudantes (59) do nono período do curso de Medicina (2006) da PUCPR; 5. Médicos assistentes (33) do hospital (2006); 6. Usuários (33) da APPP (Associação dos Portadores de Parkinsonismo do Paraná), com idade igual e superior a 60 anos;

O comportamento das variáveis idade e sexo em todos os grupos encontra-se no quadro a seguir:

QUADRO: 1 GRUPOS COM IDADE E SEXO DOS COMPONENTES

| Grupos | Tamanho amostra | Idade Mínima | Idade Média | Idade Máxima | Desvio padrão das idades | Sexo M. | Sexo F. |
|-------------|-----------------|--------------|-------------|--------------|--------------------------|---------|---------|
| Pacientes | 22 | 85 | 87 | 99 | 3,54 | 5 | 17 |
| Médicos | 33 | 29 | 44 | 64 | 10,37 | 26 | 7 |
| Est.-Med-1 | 66 | 17 | 19 | 23 | 1,60 | 29 | 37 |
| Est.-Med-9 | 59 | 21 | 24 | 40 | 2,74 | 25 | 34 |
| Est.-Teol-1 | 24 | 22 | 42 | 65 | 12,10 | 9 | 15 |
| APPP | 33 | 61 | 71 | 83 | 5,59 | 15 | 18 |

Os pacientes (22) foram recrutados, entre os 76 pacientes com idade igual e superior a 85 anos internados no hospital nos meses de maio e junho de 2006, baseando-se na potencial capacidade de participarem de uma tomada de decisão. Os parâmetros utilizados foram: 1. Exame clínico geral; 2. Mini Exame do Estado Mental (escore mínimo do Mini Exame do Estado Mental de 20 e 25 se analfabeto ou não respectivamente); 3. Escala de Depressão Geriátrica (pontuação máxima de 5). Estes parâmetros foram adotados para que se tivesse certeza da capacidade cognitiva e então se pudesse ter convicção que a não participação fosse por outro motivo que não capacidade cognitiva do paciente.

A idade mínima de 85 anos foi adotada para que ficasse evidente a incoerência em se limitar a participação do paciente na tomada de decisão, baseando-se na idade cronológica. Para a realidade brasileira (país em desenvolvimento) considera-se muito idosa toda pessoa com idade igual ou superior a 80 anos.

A idade média dos pacientes muito idosos internados nos meses de maio e junho de 2006 foi de 86 anos, sendo 72,73% do sexo feminino e 27,27% do sexo masculino e 81,82% moravam com a família. Metade das internações foi feita através do SUS (Sistema Único de Saúde) e a outra metade através de convênios e particular. Quanto à escolaridade, 72,73% fizeram o primeiro grau, 9,09% tinham o segundo grau e 18,18% eram analfabetos.

Quando questionado se gostariam de participar das decisões sobre seus exames e tipo de tratamento a serem adotados em sua doença 72,72% dos pacientes muito idosos internados responderam sempre, 13,64% nunca e 13,64% algumas vezes.

O grupo de pacientes que gostariam de participar sempre e somados aos que responderam às vezes somam 86,36%.

Quando questionado se sentem motivados pelo seu médico assistente a participar das decisões sobre os exames e tratamento da sua doença, 40,91% dos pacientes muito idosos internados responderam sempre, 40,91% nunca e 18,18% às vezes. Considerando o potencial constrangimento gerado pela pergunta, já que estes pacientes têm uma imagem peculiar do médico, a porcentagem de 59,09% (sempre mais às vezes) é muito baixa.

Quando questionado se sua participação nas decisões melhora seu grau de satisfação e motivação para seguir o tratamento, 63,18% dos pacientes muito idosos internados responderam sempre, 18,18% nunca e 18,8% às vezes. Quando questionado se sua participação nas decisões aumenta a chance de sucesso do tratamento, 68,18% dos pacientes muito idosos internados responderam sempre, 22,73% nunca e 9,09% às vezes.

Quando questionado se seus familiares costumam estimulá-lo a participar das decisões sobre seus exames e tratamento, 72,72% dos pacientes muito idosos internados responderam sempre, 22,73% nunca e 4,55% às vezes.

O grupo composto pelos estudantes do primeiro período de medicina (2006) da PUCPR tem idade média de 19 anos, 56,07% são do sexo feminino, 51,52% moram com a família e todos são solteiros.

O grupo composto pelos estudantes do nono período de medicina (2006) da PUCPR tem idade média de 24 anos, também predomina o sexo feminino (57,63%). Moram com a família 71,19% e 3,39% são casados.

O grupo composto pelos estudantes de teologia (2006) da PUCPR tem idade média de 42 anos, 62,50% são mulheres e 8,33% moram sozinhos. Os percentuais de solteiros e casados são próximos, 41,67% e 45,83% respectivamente. São divorciados 12,50%.

O grupo da APPP (Associação Paranaense de Portadores de Parkinsonismo) é composto por pessoas com idade igual e superior a 60 anos. Todos os entrevistados moram com a família, 60,38% são do sexo feminino, 43,40% são solteiros, 49,06% casados, 3,77% viúvos e 3,77% divorciados.

Os seis grupos entrevistados concordam que é imprescindível ou muito importante conhecer os valores, percepções, temores e desejos do paciente muito idoso hospitalizado e que ele deve participar da tomada de decisão em relação aos exames e tratamentos a que submeterá.

A importância de se oportunizar as preferências pessoais e escolhas e que sejam valorizadas por ocasião das tomadas de decisão também foi avaliada como muito importante, por todos os participantes da pesquisa. Apenas um dos trinta e três usuários da APPP respondeu ser irrelevante esta questão.

Somente 10% dos usuários da APPP acreditam que caso aja recusa do paciente em submeter-se a um exame ou tratamento esta decisão não deve ser acatada. Os demais acreditam que o paciente, desde que bem cognitivamente, deve ter este direito.

Em relação à necessidade de se avaliar a cognição do paciente muito idoso hospitalizado, 1,69% dos estudantes de medicina do nono período acredita que cabe ao médico decidir. Entre os estudantes do primeiro período de medicina esta porcentagem sobe para 15,5%. Entre os estudantes de teologia a opinião é mais dividida, porém entre os usuários da APPP 51,52% concordam que o médico deve decidir se avalia ou não o estado cognitivo do paciente.

Todas as comparações entre os grupos foram feitas pelo teste qui-quadrado, ao nível de significância $\alpha=0,05$.

Existe diferença entre as opiniões dos médicos e alunos de primeiro período.

O médico sempre expõe possibilidades, benefícios, desconfortos e riscos ao paciente, no entanto os alunos não acham imprescindível que os pacientes os conheçam. Já os alunos de medicina de nono período, concordam com os médicos.

Existe diferença entre as opiniões dos alunos de primeiro e nono períodos de medicina, quanto ao conhecer os valores, percepções, temores e desejos no que se refere à tomada de decisão sobre as atitudes e procedimentos a serem adotados.

5 DISCUSSÃO

Definir e demonstrar o valor da boa prática da geriatria exigirá uma grande coerência no uso dos recursos da saúde, começando talvez pela medida da severidade da doença e da necessidade de se distinguir o tipo de cuidado dispensado ao idoso saudável daquele dispensado ao idoso fragilizado, doente e vulnerável. (FINUCANE, 2004). O equilíbrio entre o poder do médico e as preferências do paciente muito idoso deve ser buscado sempre que se pretenda tomar decisão em relação aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos disponíveis e necessários na atenção de pacientes com idade igual e superior a 85 anos internados no hospital.

A Universidade da Califórnia, em São Francisco (USA), fez pesquisa qualitativa com 38 profissionais de saúde e 132 pacientes com 70 anos e mais que submeteram a procedimentos que prolongam a vida. Mostra a dificuldade em se estabelecer parâmetros adequados para se decidir esta questão (KAUFMAN et al., 2006).

Em Curitiba, em 1991 havia 93.955 habitantes com 60 anos e mais e 8.533 com 80 e mais. Em 1996 havia 112.840 habitantes com 60 anos e mais e 11.319 com 80 ou mais. Em 2000 havia 133.619 com 60 anos e mais e 14.935 com 80 e mais (www.ippuc.org.br, 2006). O crescimento médio dos idosos em Curitiba, a cada 4 anos, tem sido de 19,26% para aqueles com 60 anos e mais e de 32,3% para os de 80 anos e mais. Apesar de se ter disponibilizado dados oficiais apenas até o ano 2000, estima-se que para 2004 terá 159.354 com 60 anos e mais e 19.759 com 80 anos e mais. Estima-se que para o ano 2008 terá 190.046 habitantes com 60 anos e mais e 26.141 com 80 anos e mais.

O número de pacientes muito idosos internados no Hospital Universitário Cajuru PUCPR tem crescido progressivamente. Foram 129 em 2002; 134 em 2003; 154 em 2004 e apenas no primeiro semestre de 2006 foram internados 248 pacientes muito idosos. Nos meses de maio e junho de 2006 foram registrados 76 internamentos de pacientes com idade igual e superior a 85 anos. Destes 24 foram incluídos nesta pesquisa.

Historicamente estes pacientes têm sido assistidos de forma arbitrária, sem que sua opinião seja ouvida e respeitada. Avaliar que procedimento médico é agressivo ou não, ordinário ou extraordinário para este grupo de pacientes, transcende o nível de conhecimento técnico do médico assistente. O próprio conceito de idade avançada ou quarta idade depende de parâmetros pessoais. Logo, executar ou não um exame endoscópico, utilizar ou não um contraste iodado, realizar ou não uma intervenção cirúrgica, ou qualquer outro procedimento, não pode simplesmente depender da indicação técnica. Há que se permitir e motivar a participação do paciente nas decisões que afetarão seu futuro a curto, médio ou longo prazo.

Os profissionais de saúde que, diariamente, executam sofisticados procedimentos, sejam diagnósticos ou terapêuticos, os encaram com naturalidade. Porém, para os pacientes, principalmente com idade avançada, os mesmos exames ou procedimentos representam situação inusitada, complexa e amedrontadora. Exige explicações, justificativas e ponderações, sobre os riscos, benefícios e desconforto previstos.

Durante um internamento hospitalar os pacientes muitos idosos enfrentam uma série de obstáculos à sua autonomia: a rotina hospitalar (horário de refeições, banho, controle dos dados vitais, avaliações, etc.). Ambientes impessoais e altamente técnicos, coleta de material para exames em horários muitas vezes esdrúxulos, nem sempre confortáveis e sem considerar os hábitos pessoais do paciente. Tudo em nome de um diagnóstico preciso e rápido, sem o mínimo respeito às peculiaridades pessoais e às características inerentes ao paciente muito idoso.

A idade cronológica não determina, por si, as condições de saúde mental do indivíduo e conseqüentemente não pode identificar a capacidade de se tomar decisões. As pessoas são a cada momento o resultado das escolhas feitas durante a vida. Como disse Steve Beckman “Você faz as escolhas e suas escolhas fazem você” (DUAILIBI, 2002, p.65). A idade, registrada no prontuário hospitalar, quando avançada, praticamente define postura arbitrária por parte do médico assistente.

Freqüentemente se depara com situações em que se precisa tomar decisão, seja em relação às possibilidades diagnósticas ou terapêuticas. Nenhum destes procedimentos é isento de risco ou desconforto e estas decisões afetam o futuro

imediate, médio ou longo prazo do paciente e das pessoas com as quais ele convive. Nem por isto a execução destes procedimentos tem sido precedida de discussão com os pacientes muito idosos hospitalizados. Estes têm estado alheios a estas decisões e acolhem as decisões tomadas pelos médicos e algumas vezes por seus familiares ou responsáveis. A veracidade, privacidade, confidencialidade e autonomia têm sido confiscadas dos pacientes muito idosos hospitalizados. Este verdadeiro abuso precisa ser denunciado e revertido, para que o exercício da cidadania não seja atrelado à idade cronológica do indivíduo. Os próprios idosos estão acomodados com esta realidade e seus familiares adotam posturas arbitrárias de forma natural e acreditando que assim se comportando estão protegendo o paciente.

Muitos exames complementares, importantes ferramentas que facilitam ou confirmam o diagnóstico, podem trazer complicações. A simples coleta de sangue, um exame radiológico e tantos outros podem trazer problemas. Qualquer procedimento cirúrgico ou a administração de um medicamento também tem riscos inerentes. Para profissionais que executam, diariamente, procedimentos de variada complexidade, tudo pode ser rotineiro e, em geral, encarado de forma técnica e impessoal. Submeter pacientes muito idosos a estes procedimentos tem sido fruto da decisão dos médicos assistentes, sem que se busque esclarecer sobre as vantagens, os riscos potenciais e o grau de desconforto determinado pelos mesmos.

Ser ou não encaminhado à UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) e por quanto tempo permanecer lá? Receber ou não analgésicos potentes, mesmo que isto signifique diminuição da capacidade de comunicação? Receber ou não suporte respiratório através de entubação traqueal? Submeter-se à operação ou não operar? Submeter-se à hemodiálise ou não? Submeter-se à via alternativa de alimentação ou não? Que via escolher se for o caso? Manter-se no ambiente hospitalar ou continuar o tratamento no domicílio? Tem o médico assistente ou os familiares o direito de tomar estas e tantas outras importantes decisões?

Sempre é importante e neste grupo de pacientes torna-se ainda mais importante utilizar um modelo adequado para se adotar condutas e ou procedimentos, sejam diagnósticos ou terapêuticos, durante internamento hospitalar. Estes pacientes encontram-se numa fase da vida em que nem sempre é importante viver mais.

Minimizar o sofrimento, muitas vezes passa a ser mais importante que investir num procedimento pontual, mesmo que este possa ser potencialmente curativo para uma situação específica. Conhecer a escala de valores destes pacientes é crucial para que adote condutas adequadas e proporcionais ao seu estado de saúde, sua expectativa de vida e suas preferências pessoais, construídas ao longo das suas vidas.

Freqüentemente estes pacientes são portadores de doenças crônico-degenerativas que determinam limitações importantes e o motivo da internação hospitalar acrescenta alguns sintomas que se minimizados adequadamente trazem mais vantagens que uma agressão terapêutica clássica e a princípio lógica, medicamente.

O prognóstico, para os pacientes muito idosos, tem importância igual e às vezes maior que o próprio diagnóstico. Nem sempre é vantajoso fazer diagnósticos fantásticos, se para tanto é necessário submeter estes pacientes a procedimentos investigatórios que causem desconfortos e trarão apenas satisfação acadêmica para quem os fez. O sofrimento é algo bastante subjetivo. Uma mesma situação ou um mesmo procedimento pode determinar graus variados de satisfação ou angústia. O valor que cada pessoa dá à sua situação e o que adotar em cada uma delas são questões de extrema individualidade (METEFF, 2001/2002).

Em 2002 a ONU definiu Cuidado Paliativo como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias enfrentando a problemática associada a uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, significando identificação precoce com impecável acesso e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicológicos e espirituais. A abordagem paliativa tem que ser adotada pelos médicos geriatras com freqüência maior que a atual. Diante da perspectiva do óbito, por exemplo, é importante discutir de forma transparente com o paciente, se este for capaz e demonstrar interesse, ou com seu responsável, quando for o caso, sobre as opções disponíveis e possíveis e sobre as expectativas vislumbradas através das mesmas. A palição pode ser muito mais gratificante que atitudes agressivas, muitas vezes motivadas pela obstinação terapêutica, fruto da educação tecnicista adquirida na formação profissional. O que é melhor para cada paciente a cada momento da sua vida não pode ser decidido e imposto, arbitrariamente, pelo médico que muitas vezes não o conhece

suficientemente. Nesta fase da vida, as dimensões: emocional, espiritual, econômica, social e tantas outras têm mais valor que a dimensão biológica e merecem ser respeitadas.

Tanto retrospectiva quanto prospectivamente, os dados levantados nesta pesquisa confirmam o modelo tecnicista de atenção à saúde adotado no hospital, em relação aos pacientes muito idosos. A porcentagem (86,36%) de respostas dos pacientes avaliados prospectivamente revela a grande frustração dos pacientes em não participar das decisões. São pacientes que poderiam sim contribuir para que o grau de invasibilidade dos exames e procedimentos terapêuticos fosse coerente com suas preferências.

Valoriza-se apenas a dimensão biológica da vida humana. Já no registro do internamento, percebe-se o descaso com esta clientela, pois o programa dos computadores utilizados no hospital não aceita registro de pacientes com idade de três dígitos (mais de 99 anos de vida). O programa aceita apenas dois dígitos para registrar a idade do paciente a ser internado (é muito provável que tenha sido paciente com cem anos e mais registrado como se tivesse 99 anos). Na seqüência, como demonstram os dados desta pesquisa, durante o período internamento hospitalar, os pacientes muito idosos são submetidos a exames e procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos, de variado grau de invasibilidade, sem que tenham sido esclarecidos sobre a indicação, justificativas, vantagens, desvantagens ou desconforto desencadeados pelos mesmos.

Apenas questões relacionadas ao físico / biológico são valorizadas por ocasião das decisões. Os profissionais da medicina tomam as decisões, baseando-se no que acreditam ser o melhor para seus pacientes. Não escutam e muito menos valorizam os valores, preferências, crenças e valores pessoais de cada paciente muito idoso.

No Brasil formam-se, anualmente, 47 médicos, nos 16 Programas de Residência Médica em Geriatria aprovados pelo MEC (www.sbgg.org.br). Pelo censo 2000 (divisão territorial 2001), Curitiba tinha 1.587.315 habitantes, 90.215 com 65 anos ou mais e 14.472 com 80 anos ou mais. Para assistir esta população idosa, a cidade conta com 17 médicos geriatras titulados pela SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e CFM (Conselho Federal de Medicina). E esta realidade

está muito acima da média nacional: 500 médicos geriatras titulados em todo o Brasil (www.sbgg.org.br).

Nas tomadas de decisão em relação à adoção de procedimentos na atenção aos pacientes muito idosos hospitalizados, historicamente, adota-se modelos semelhantes aos adotados em faixas etárias mais baixas, valorizando a dimensão biológica da vida. Indivíduos que sobreviveram a todas as dificuldades inerentes à vida, viveram as mais inusitadas situações e acumularam fortes experiências, podem surpreender ao manifestar suas preferências. É preciso que se compreenda que pacientes muito idosos, em geral, possuem escala de valores que não coincidem com a escala adotada por indivíduos de faixa etária mais baixa. As preferências mudam, as prioridades são outras. O que é importante sob o ponto de vista médico pode não ser na visão do paciente.

Com muita frequência o paciente com idade avançada encontra-se em ambiente hospitalar nos seus últimos dias de vida, com lucidez e verbalizando. Até que ponto o médico assistente tem o direito de decidir onde o paciente vai passar seus últimos dias de vida? Com que grau de sedação, em que ambiente e na companhia de quem? Com que motivação deve-se investir numa vida mais longa, se a partir de certa idade perde-se o direito de decidir sobre o que há de mais pessoal? Por muitas vezes este pesquisador discutiu com o paciente e seus familiares, os benefícios, riscos e desconfortos entre se optar pelo ambiente de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) e o domiciliar, além de que atitudes e procedimentos adotar diante de situações previsíveis.

Na Austrália, por exemplo, em 1960 um 1% dos australianos morriam em ILP (Instituição de Longa Permanência), enquanto em 1990 saltou para 20% (COOPER e GLAETZER).

6 CONCLUSÃO

A autonomia é uma característica da pessoa que se desenvolve desde o início de sua vida. A pessoa não é autônoma, torna-se autônoma. Esta característica também pode ser reduzida, ou até mesmo perdida, por inúmeras razões: doenças neuropsiquiátricas, efeito de algumas drogas, entre outras. No caso de pacientes muito idosos hospitalizados o exercício da sua autonomia tem sido prejudicado pela postura de profissionais e familiares, que tendem a desconsiderar esta possibilidade.

Os médicos precisam ser sensibilizados em relação à capacidade potencial para a tomada de decisão do paciente muito idoso hospitalizado. Estes pacientes estão à mercê dos parâmetros técnicos, elaborados a partir unicamente da dimensão biológica da vida humana, no que se refere à indicação de exames e procedimentos disponibilizados durante internação hospitalar. A execução destes procedimentos, diagnósticos e ou terapêuticos, não pode estar na dependência exclusivamente da decisão do médico responsável pela atenção destes pacientes. Esta pesquisa, tanto na parte retrospectiva quanto prospectiva deixa evidente que a avaliação da capacidade em participar destas decisões não tem sido feita nos pacientes muito idosos hospitalizados. Estes pacientes estão sendo submetidos a exames e procedimentos, durante internação hospitalar, sem que tenham sido orientados, esclarecidos nem consultados sobre os mesmos.

Aparecem 22.900 artigos quando se entra com “decision make and elderly” no site www.google.com (acesso às 7h de 20/08/06). Aparecem 9.800 artigos, com a mesma entrada no site www.pubmed.gov (acesso às 10h de 24/08/06). Esta riqueza de publicações disponíveis demonstra a importância e a polêmica que o assunto gera em todo o mundo (www.google.com, 2006).

Importante salientar o constrangimento que as questões colocadas podem ter gerado aos pacientes e médicos que participaram da pesquisa, mesmo após esclarecimento sobre o sigilo das informações. Pacientes muito idosos tendem a ter absoluto respeito para com seus médicos e sonegar qualquer informação que possa

descontentá-los ou questionar a competência profissional. Mesmo com este potencial viés, os resultados revelam descaso importante para com a autonomia destes pacientes.

A não avaliação do estado cognitivo e da capacidade de tomada de decisão dos pacientes muito idosos hospitalizados e o não registro destes dados no prontuário hospitalar revelam a arbitrariedade com que estes pacientes têm sido assistidos. Há descuido para com as realidades típicas deste grupo de pessoas com múltiplas doenças, reserva funcional comprometida, grau variado de dependência, uso concomitante de vários fármacos, capacidade de adaptação deficitária, etc. O autoritarismo e a prepotência com que o médico tem agido em relação a estes pacientes especiais necessitam investigação criteriosa e providências urgentes. Independente da capacidade e do interesse destes pacientes, as decisões sobre seu atendimento hospitalar são tomadas de acordo com a indicação médica (indicação técnica). Em geral, os médicos não oportunizam a participação dos pacientes muito idosos hospitalizados na tomada de decisão em relação aos procedimentos necessários para diagnóstico e ou tratamento dos mesmos. Há um domínio do conhecimento médico sobre as vontades, preferências e desejos deste grupo de pacientes.

Mesmo em situações de incapacidade temporária ou até mesmo definitiva, o idoso pode utilizar-se de várias formas para garantir que seus desejos de investimento técnico ou de restrições de tratamento sejam respeitados. A tomada antecipada de decisão e o estabelecimento de procuradores são exemplos que garantem ao indivíduo que suas vontades serão respeitadas e adotadas. Isto pode facilitar o trabalho de toda a equipe de saúde, pois evita a disputa de opiniões e as eventuais divergências entre os membros da família. O procurador seria o interlocutor com os profissionais de saúde e com outras pessoas.

É fundamental reconhecer que o simples fato de ser velho não impede o indivíduo em participar das tomadas de decisões e exercer plenamente sua vontade pessoal, baseado em seus valores, crenças e preferências. Tomar decisões unilateralmente, sem considerar os valores pessoais do paciente com idade igual e superior a 85 anos representa grave inadequação. A fidelidade é o dever de lealdade e compromisso do médico para com o paciente e serve de base para o adequado relacionamento entre ambos. A veracidade, isto é, a utilização verdadeira e honesta das

informações, é um dever de prima face do médico e requisito básico para tal. O profissional que atende idosos deve sempre buscar a preservação do vínculo com o seu paciente e este vínculo deve manter a perspectiva da integralidade da sua pessoa (GOLDIM, 2006).

Apesar da rápida democratização das informações ocorrida nas últimas décadas, ainda hoje, pelo menos na relação médico paciente muito idoso hospitalizado, o modelo da relação é o sacerdotal, baseado na tradição hipocrática. O médico adota postura autoritária, não levando em conta as opiniões, expectativas, preferências ou crenças do paciente. O paciente apresenta-se passivo, submisso ou omissos e aceita as propostas médicas de forma respeitosa e inquestionável. Pelo menos quatro razões dão suporte a estas afirmações: 1. Raramente o estado cognitivo ou a capacidade de tomada de decisão por parte dos pacientes muito idosos hospitalizados tem sido avaliado, registrado, valorizado e respeitado; 2. Independente da capacidade cognitiva dos pacientes muito idosos internados, a decisão sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos tem sido tomada de acordo com opinião médica, na grande maioria das vezes. 3. Todos os grupos seis grupos de pessoas entrevistados concordaram com a participação dos pacientes muitos idosos hospitalizados, cognitivamente bem, na tomada de decisão sobre as condutas diagnósticas e terapêuticas. 4. Faz-se necessário difundir informações sobre o processo de envelhecimento, velhice, idade biológica e autonomia dos pacientes muito idosos hospitalizados, para que se possa quebrar os preconceitos relacionados à velhice e ao envelhecimento.

Convivendo, diariamente, com pacientes de idade avançada nos últimos anos, este pesquisador advoga a favor de decisões compartilhadas, independente da idade do paciente. A avaliação da cognição e capacidade de tomada de decisão deve ser regra ao se atender estes pacientes e a dignidade humana deve ser o referencial maior. Respeitar a pessoa, valorizando todas suas dimensões (biológica, psíquica, social e espiritual) é dever de todos que, direta ou indiretamente tenham relação com estes idosos, durante a internação hospitalar. A atenção médica não representa exceção a esta regra.

7 SUGESTÕES

Desde que capacitado (adequadas condições neuropsiquiátricas), o paciente muito idoso precisa ser motivado a exercer sua autonomia, nos momentos em que se toma decisão sobre si. O médico e os familiares devem assumir esta decisão apenas quando o paciente se encontre sem condições ou manifeste esta preferência.

Para a tomada de decisão na atenção a pacientes muito idosos hospitalizados sugere-se, após avaliação ampla dos mesmos, buscar o equilíbrio em quatro “Es”: **E**vidência científica; **E**xperiência profissional; **É**tica e **E**conomia.

1 - Evidência científica

Toda e qualquer intervenção médica, seja diagnóstica ou terapêutica, só é aceitável, dentro das evidências científicas e a assistência ao paciente muito idoso não representa exceção. Não se admiti instituir qualquer procedimento médico sem que se tenha fundamentação para tal. Isto é necessário, imprescindível, porém não suficiente. As evidências científicas são evidências epidemiológicas, baseadas em metanálises. Estas são muito importantes, enquanto balizadoras das tomadas de decisão. Porém, as condutas ou procedimentos indicados para se investigar ou tratar pacientes muito idosos exigem individualização, pois estes são detentores de inúmeras peculiaridades. Ao se buscar o bem estar biopsicosocioespiritual, dados oriundos da avaliação de grandes grupos não representam metodologia adequada. A pessoa humana deve ser avaliada tanto mais individualmente quanto mais avançada for sua idade, contemplando cada uma de suas preferências. Estas variam de indivíduo para indivíduo, de momento para momento, além de sofrer influência das circunstâncias. A história pessoal, resultado das oportunidades, desafios, escolhas, satisfações e frustrações experimentadas ao longo da vida constroem escala de valores altamente individualizada. As condições pessoais podem sim alterar condutas indicadas por metanálises bem conduzidas.

2 - Experiência profissional

Independente da causa que levou ao internamento hospitalar, o paciente muito idoso tem sempre uma história clínica e pessoal ricas. Investigar, registrar e valorizar estes antecedentes revela evita ou pelo menos minimiza a iatrogenia e revela a experiência do médico assistente. Estes dados também devem ser considerados nas tomadas de decisão.

As manifestações clínicas e a maneira de reagir a elas são atípicas e peculiares entre os pacientes muito idosos. A maturidade profissional do médico assistente representa instrumento muito importante na atenção a estas pessoas. Situações freqüentemente complexas, relacionadas à tomada de decisão durante o atendimento hospitalar exigem coerência na postura deste profissional. A experiência profissional convence o médico da necessidade de se ampliar o foco da atenção, valorizando dimensões habitualmente não contempladas pelos médicos. Para estes pacientes, a dimensão familiar, cultural, emocional, econômica e espiritual são tão ou mais importante que a dimensão biológica. Suas preferências pessoais, construídas ao longo de suas vidas, precisam ser ouvidas, ponderadas e valorizadas ao se adotar uma ou outra atitude. Viver mais pode não ser importante. Abrir mão da utilização de recursos técnicos de última geração e permanecer em casa, na companhia de seus entes queridos pode ser a preferência, após discussão sobre vantagens, riscos potenciais e eventuais desconfortos.

A participação do paciente na tomada de decisão faz com ele sintá-se valorizado e preserva sua auto-estima. Isto mantém o entusiasmo com o tratamento e este estado psíquico é importante para o estímulo imunológico.

As atitudes e procedimentos paliativos devem sempre ser incluídos nas discussões envolvendo pacientes muito idosos hospitalizados. Estes minimizam o sofrimento, garantem o conforto e a dignidade do paciente, independente da etiologia e da gravidade da situação. O conhecimento pormenorizado do prognóstico das doenças concomitantes é muito importante, pois favorece o raciocínio e dá suporte à tomada de decisão.

3 – Ética

Não a ética clássica, aristotélica, mas a ética aplicada à realidade atual, concreta e contextualizada – a Bioética. Valorizar, da forma mais abrangente possível, momento a momento, de forma democrática, coerente com as circunstâncias e respeitando as limitações inerentes à situação e todo o universo do paciente. Ponderar-se os princípios: Beneficência, Justiça e Respeito à Pessoa Humana (privacidade, confidencialidade, veracidade, consentimento, autonomia) e as circunstâncias. Estes princípios devem embasar as relações entre o médico, o paciente e os familiares. O exercício da autonomia exige: oportunidade, competência e liberdade. Desta forma, deve privilegiar as vontades do paciente (independente da sua idade cronológica), ou de seus familiares quando ele apresentar-se incapaz ou fizer esta opção. O paciente pode e deve participar das decisões sobre seu diagnóstico e tratamento desde que manifeste interesse, seja capaz de entender a situação e comunicar suas preferências.

Considerar: a) Qualidade de vida pregressa do paciente (doenças concomitantes, grau de dependência, cognição, etc.); b) Auto-avaliação do paciente sobre sua saúde; c) Desejos e pretensões específicas do paciente a cada momento. O médico disponibiliza as informações sobre a evolução natural das doenças em questão, a investigação, o prognóstico, as possibilidades terapêuticas, suas potenciais consequências e se coloca como moderador da conversa. Estimula o apoio dos familiares quando e como desejar o paciente.

Ao paciente o médico deve referir-se. As informações são passadas aos familiares sempre com a anuência do paciente. A ele cabe decidir a quem deve ser abertas as informações sobre seu estado e seu futuro. A idade cronológica avançada do paciente não deve confiscar o direito à autonomia, privacidade, confidencialidade, veracidade nem o seu direito de consentir livremente todo e qualquer intervenção sobre seu organismo, seja com intenção preventiva, curativa ou paliativamente.

4 – Economia

A execução ou não de um procedimento em cada caso e a cada momento não está na dependência única apenas das evidências científicas e da experiência

profissional. A equidade, isto é, a proporcionalidade entre indicação, risco, benefício, desconforto e disponibilidade econômica, impõe-se.

No ambiente hospitalar, freqüentemente se depara com a necessidade de expor pacientes muito idosos a exames que além de agressivos e sofisticados são dispendiosos e exigem justificativas plausíveis e ponderação adequada. A alocação de recursos pode ser considerada de formas distintas, em momentos diferentes da vida, por pessoas em situações emocionais diferentes. É muito importante o estabelecimento de critérios claros a se contemplar (grau de merecimento, de sofrimento e ou prognóstico) em relação à adoção dos recursos disponíveis.

Segundo Veras et al 2002, o relógio biológico da espécie humana atinge 90-95 anos. Estima-se, no entanto, que nas próximas décadas esse indicador se ampliará, alcançando 120-130 anos. O desafio que se apresenta é a elaboração de cenários em que os avanços da ciência e da tecnologia permitirão ao ser humano alcançar esses limites de forma independente, ativo, livre de doenças, isto é, com uma expectativa de vida saudável (THE QUEST for adequate health care for the elderly: literature review and the application of an instrument for early detection and prediction of diseases, 2003, p.706).

O processo de envelhecimento deve ser conhecido por todos, pois ele depende de uma série de detalhes sobre os quais pode interferir. As escolhas diárias de cada pessoa, no que se refere à dieta e outros hábitos de vida rotineiros, têm importância decisiva no desenrolar e resultado deste processo, tanto quantitativa quanto qualitativamente. A possibilidade de se ter condição para exercer a autonomia está na dependência destas escolhas feitas ao longo da vida. Comprometer-se com o sucesso deste processo depende do grau de conhecimento sobre o mesmo e do gozo da liberdade em tomar as próprias decisões, durante a vida.

O envelhecimento ativo é a meta a ser buscada por todos e para isto a prevenção é o caminho. Investir num envelhecimento saudável deve ser tarefa iniciada pelos médicos obstetras e pediatras, pois nas fases iniciais da vida é possível enraizar hábitos saudáveis que facilitam a manutenção da saúde e assim aumentar as chances de um envelhecimento bem sucedido. De que vale atingir idades avançadas sem a possibilidade do exercício da plena cidadania?

Ao médico, que assiste o paciente muito idoso hospitalizado, cabe disponibilizar os recursos existentes para satisfazer as necessidades pontuais de acordo com as peculiaridades de cada caso a cada momento, respeitando e valorizando as preferências pessoais. Trabalhar a favor da pessoa e não do tratamento das doenças.

Nem tudo que a ciência e a tecnologia podem fazer deve ser feito. Colocar-se a favor do bem estar biopsicosocioespiritual do paciente, tendo sempre como referencial maior a dignidade da pessoa humana é dever de prima face. Independente do grau de confiança depositado pelo paciente muito idoso no seu médico, a autonomia do paciente deve ser buscada e motivada. Subsidiar este paciente com todas as informações pertinentes, de forma respeitosa, clara e honesta representa obrigação do médico. Disponibilizar ao paciente muito idoso a possibilidade em participar das decisões sobre seus diagnósticos, prognóstico e opções terapêuticas representa conduta eticamente adequada.

Um quinto “E” deve ser acrescentado para que possa viabilizar os quatro “Es” anteriores, o “E” de Educação. Somente através desta se pode vislumbrar a divulgação e incorporação desta proposta. Educação de toda a comunidade mundial, principalmente daqueles ligados direta ou indiretamente à área da saúde. Mudar atitudes em relação à velhice é um empreendimento educacional.

O paciente é sempre único e, independente da sua idade cronológica, da gravidade das suas doenças, do motivo do seu internamento, do seu estado neuropsiquiátrico e da sua expectativa de vida, a atenção ao paciente muito idoso hospitalizado deve ser centrada na sua pessoa, valorizando sua história, seus valores, crenças e preferências.

REFERÊNCIAS

ADRICKAMER, M. Legal and ethical issues. In: COBBS, E.; DUTHIE, E. H.; MURPHY, J. B. **Geriatric review syllabus: acord currículo in geriatric medicine** 5.ed. New York: Blackwell, 2002-2004. v.1. Cap. IV.

AHRONHEIM, J. C.; MORENO, S.; ZUCKERMAN, C. **Ethics in clinical practice**. Boston: Little Brown, 1994.

AMARAL, A. C. S. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1617-1626, nov./dez. 2004.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Geriatrics in Brazil: A Big Country with Big Opportunities. **JAGS**, v.53, p.2018-2022, 2005.

BAILEY, S. Decision Making in Acute Care: A Practical Framework Supporting The Best Interests' Principle. **Nursing Ethics**, v.13, n.3,p.288, 2006.

BARNES et al., Australian Government, 2004.

BARROS, V. L. **O Informar e o Consentir enquanto atributos fundamentais para a consolidação dos direitos do paciente**. São Paulo, 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 4.ed. São Paulo: Hucitec,1999.

BIAU, D. et al. Is anyone too old for a total knee replacement? **Clin Orthop Relat Res.**, v.448, p.180-184, Jul. 2006.

BLANCHARD, J. et al. Quality improvement in and of life care – small scale innovations can make a traumatic difference. **Postgrad Med.**, v.111, p.21, 2002.

BUSS, P. M. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CABRAL, N. M. et al. Práticas terapêuticas em idosos com osteoporose: um campo para educação em saúde. **Texto e Contexto Enferm**, v.12, n.2, p.174-181, 2003.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 773-781, mai./jun. 2003.

CAMARANO, Envelhecimento da população brasileira, uma contribuição demográfica – IPEA. **Texto para discussão**, n. 858, 2002. Disponível em: <www.ipea.gov.br>

CARMO, D. R. B. **Possibilidade de Manifestação da Autonomia do Paciente Internado em um Hospital Universitário**. São Paulo, 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

CERVO, F. A.; BRYAN, L.; FARBER. "To PEG or not to PEG A review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and the decision-making process" **S. Geriatrics**, v.61, n.6, p.30-34, 2006.

CHAIMOWICZ, F. Edipemiologia e o Envelhecimento. In: TRATADO de Geriatria e Gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CHARLSON, E. et al. Decision-making and outcomes in severe symptomatic aortic stenosis. **J Heart Valve Dis.**, v.15, n.3, p.312-321, May 2006.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 2001.

CHESNUT, M. S.; PRENDERGAST, T. J. **Current, medical diagnosis and treatment**: Lange Medical Books, 2003.

CHIZOTTI, A., BRANDÃO, C. R. **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

CICCACIO, S. R. **Autonomia do doente institucionalizado na percepção de enfermeiros de um hospital público**. São Paulo, 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

CLOTET, J. Por que Bioética? CFM.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196/96. **Cadernos de Ética em Pesquisa**. Brasília, v.1,n.1. p.34-42, jul. 1998.

COOPER, J.; GLAETZER, K. Recognising the need for palliative care in aged care in Australasian. **Journal on Ageing**, v. 23, n. 23, Review 162-166, 4 Dec. COSTA, E. F. A. et al. Semiologia do idoso. In: PORTO, C. C. **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

COSTA, M. M. S. **Gerontodrama a velhice em cena**: estudos clínicos e psicodramático sobre o envelhecimento e a terceira idade. São Paulo: Agora, 1998.

DECLARAÇÃO Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Revista Brasileira de Bioética**, out. 2005.

DHARMARAJAN, T. S. et al. To anticoagulate or not to anticoagulate? A common dilemma for the provider: physicians' opinion poll based on a case study of an older

long-term care facility resident with dementia and atrial fibrillation. **J Am Med Dir Assoc**, v.7, n.1, p.23-28, Jan. 2006.

DITTO, P. H. et al. Context changes choices: a prospective study of the effects of hospitalization on life-sustaining treatment preferences. **Med Decis Making**, v.26, n4, p.313-322, Jul.-Aug. 2006.

DUAILIBI, R. Título. Local: Ed. Arx, 2002.

EDITORIAL. **Journal of Gerontology**, v.57A, n.11, 2002. ESSENTIALS of Clinical Geriatrics. 3.ed. Local: McGraw-Hill, 1994.

FEINBERG, L. F.; WHITLATCH, C. J. Are persons with cognitive impairment able to state consistent choices? **The Gerontologist**, Washington, v.41, n.3, p.374, Jun. 2001.

FINUCANE, T. E. How is geriatrics different from general internal medicine? **Geriatrics and Gerontology International**, v.4, p.259-261, 2004.

GARROUSTE-ORGEAS, M. et al. Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. **Intensive Care Med.**, v.32, n.7, p.1045-1051, Jul. 2006.

GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY. **Support study to understand prognoses and preferences for outcomes and risk of treatments**. Phase I 1989-1991, Phase II 1992-1994. Disponível em: <<http://socrates.berkeley.edu/~aging/support.ppt>> Acesso em: 07/02/2005.

GOLDIM, J. R.(org.). **Consentimento Informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. **Revista HCPA**, v.26, n.2, p.85-88, 2006.

GUIMARÃES, R. M. **Palestra**. In: SEMINÁRIO MUNDIAL DO ENVELHECIMENTO, Brasília.

GUIMARÃES, R. M. In: TRATADO de Geriatria e Gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

HAYFLICK, L. **Como e Porque Envelhecemos**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1996.

HAZZARD, W. R. et al. **Principles of geriatric medicine and gerontology**. McGraw-Hill.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERRERA, et al. In: TRATADO de Geriatria e Gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

HOW is geriatrics different from general internal medicine? **Geriatrics and Gerontology International**, v.4, p.259-261, 2004.

IDE, C. A. C.; DOMENICO, E. B. L. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada**. São Paulo: T.A. Queiroz, 2002.

JACOB FILHO, W.; HOJAIJ, N. H. S. L. **Avaliação clínica do idoso**. Disponível em: <http://ids-aude.uol.com.br/psf/medicina/tema6/texto93_definicao.asp> Acesso em: 27/02/2005.

JECKEL, E. Teorias biológicas do envelhecimento. In: **TRATADO de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JESUS, D. de. **Conceito de idoso na legislação penal brasileira**. Disponível em: <<http://www.mundojuridico.adv.br>> Acesso em: 27/02/2005.

KANT, I. **Filosofia de la historia**. 2.ed. Buenos Aires: Editorial Nova, 1964.

KAPP, M. B. **Current Geriatric: Diagnoses and Treatment – Common Legal & Ethical Issues**. McGraw-Hill Companies, 2004.

KAUFMANN, S. R. Intensive care old age and the problem of death in America. **Gerontologist**, v.38, p.715, 1999.

KAUFMANN, S. R. et al. Old age, life extension, and the character of medical choice. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v.61, n.4, p. S175-S184, Jul. 2006.

KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS. **Bioethics thesaurus**. Washington: KIE, 1995

KIM, S. Y.; KARLAWISH, J. H. T.; CAINE, E. D. Current state of research on decision-making competence of cognitively impaired elderly persons. **Am J Geriatr Psychiatry**, v.10, n.2, p.151-165, 2002.

LASEVICIUS, C. A. **Autonomia do paciente: vivencial do aluno de graduação em enfermagem**. São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

LAURENTI,. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LO, B. et al. Discussing palliative care with patients. **Ann. Internal Med.**, v.130, p.744, 1999.

LYNESS, J. M. End-of-life care: Issues relevant to the geriatric psychiatrist. **Am J Geriatr Psychiatry**, v.12, n.5, p.457-472, 2004.

LYONS, W. L. PANTILAT, S. Z. **Current geriatric diagnosis & treatment.** McGraw-Hill/Lange Medical Books, 2004.

MCCULLOUGH, L. B. et al. Ética preventiva na prática geriátrica. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso:** aspectos clínicos do envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.594.

METEFF, L. Ethics: Autonomy in Aged Care. **Clinical Update**, n. 46, Dec. 2001 / Jan. 2002.

MEZEY, M. et al. Decision-making capacity to execute a health care proxy: Development and testing of guidelines. **J Am Geriatr Soc**, v.48, n.1, p.179-187, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1999.

O MUNDO da Saúde, São Paulo, p.459, out./dez. 2002.

NHMRC, 1999

NOGALE, A. M. V. Causas Múltiplas de morte: uma análise de padrões de mortalidade entre idosos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDO POPULACIONAIS DA ABEP, 13, Ouro Preto, 2002. **Anais...**

PAPALÉO NETO, M. O Estudo da Velhice. In: TRATADO de Geriatria. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PASCHOAL, M. S. P. **Qualidade de Vida do Idoso:** Construção de um instrumento avaliação através do método de impacto clínico. São Paulo, 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

PEREIRA, M. G.; REBOUÇAS, M. Indicadores de Saúde para Idosos. In: TRATADO de Geriatria e Gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PERFIL de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1617-1626, nov./dez. 2004.

PESSINI, L. **Distanásia:** até quando prolongar a vida? São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo, 2001.

PILOT, F. et al. **An American family physician monograph:** caring for the elderly: a case-base approach. Disponível em: <http://aafp.org/PreBuilt/afpmonograph_aging.pdf> Acesso em: 27/02/2005.

QUIL, T. E. Perspectives on care at close of life. Initiating end of life discussion with seriously ill patients addressin the “elephant in the room”. **JAMA**, v.284, p.2502, 2000.

RAMOS et al. Desafios A Serem Enfrentados No Terceiro Milênio Pelo Setor Saúde Na Atenção Integral Ao Idoso. In: UNATI envelhecimento humano. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

REICHEL, W. **Assistência ao idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REUBEN, D. Meeting highlights. **American College of Physicians Annual Session**, Philadelphia, v.61, n.5, p.,13, May 2006.

SCHATTNER, A.; BRONSTEIN, A.; JELLIN, N. Information and shared decision-making are top patients' priorities. **Health Serv Res.** [on line], v.6, p.21, Feb.2006.

SEGRE, M. **O Contexto Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio de Autonomia.**

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética.** São Paulo: EDSP, 1995.

SILVA, M.O.S. **Refletindo a pesquisa participante.** São Paulo: Cortez, 1986.

SPINEWINE, A. et al. Appropriateness of use of medicines in elderly inpatients: qualitative study. **Evid Based Nurs**, v.9, n.3, p.96, Jul. 2006.

STEINHAUSER, S. E. et al. Factors considered important at the end of life by patients, family and care providers. **JAMA**, v.284, p.2476, 2000.

THE BELMONT report: ethical guidelines for the protection of human subjects. Washington: Dhew Publications, 1978.

THE HOPKINS Competency Assessment Test: A Brief Method for Evaluating Patients' Capacity to Give Informed Consent). **Hospital and Community Psychiatry**, v.43, n. 2, p.134, Feb. 1992.

THE QUEST for adequate health care for the elderly: literature review and the application of an instrument for early detection and prediction of diseases. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-715, maio/jun. 2003.

THIS GERIATRICIAN'S greatest challenge: Caregiving. **Geriatrics**, v.61, n.3, p.1946-2006, Mar. 2006.

TRATADO de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano+ o resgate necessário.** 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

www.google.com, 2006. Acesso em: 01/08/2006.

www.ippuc.org.br. Acesso em: 14/07/06.

www.sbgg.com.br. Acesso em: 16/07/06.

ZOBOLI, E. L. C. P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Bioética e consentimento informado: uma reflexão para a prática de enfermagem. **O mundo da saúde**, v.26, n.1, p.65-91, 2002.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa “*Tomada de decisão na atenção ao paciente muito idoso hospitalizado*”, que tem como objetivo caracterizar a importância de conhecer os valores, as percepções, temores e desejos do paciente muito idoso hospitalizado, no que se refere à tomada de decisão sobre atitudes e procedimentos a serem adotados.

Esta pesquisa científica tem como pesquisador responsável o médico e professor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, José Mário Tupinã Machado, (CRM-7930).

A sua participação consiste em responder as entrevistas e inventários a serem aplicados pelo pesquisador.

Todos os dados de identificação dos participantes permanecerão confidenciais. Os resultados serão utilizados para publicações e apresentações científicas e servirão para construção de conhecimento científico.

Neste tipo de pesquisa não há qualquer desconforto ou risco físico para os participantes, exceto as questões que serão apresentadas pelo pesquisador. Também não envolve compensações financeiras nem algum tipo de despesa.

Eu _____, portador do Registro Geral (RG) nº _____, estou ciente das informações acima descritas e desta forma autorizo a utilização dos dados coletados durante as atividades e declaro estar ciente da finalidade desta atividade de pesquisa científica.

Curitiba, de _____ 2006.

Ass. Responsável

Professor José Mário Tupinã Machado, (CRM-7930).
Pesquisador fone: 41 - 3271 3000

Professor Doutor José Roberto Goldim
Orientador fone: 51 - 2101 8304

ANEXO B – ENTREVISTA COM O MÉDICO ASSISTENTE

ENTREVISTA COM O MÉDICO ASSISTENTE

1. Na sua rotina profissional, ao atender paciente com 85 anos ou mais, hospitalizado, o Sr. costuma avaliar e registrar no prontuário o grau de capacidade do paciente em participar das decisões sobre seu tratamento?
Sempre Algumas vezes Nunca
2. Tendo capacidade, o Sr. Estimula a sua participação na tomada de decisão?
Sempre Algumas vezes Nunca
3. Expõe as possibilidades diagnósticas e terapêuticas disponíveis, benefícios riscos ou desconforto, para que ele possa se assim desejar, participar das decisões?
Sempre Algumas vezes Nunca
4. Expõe as possibilidades diagnósticas e terapêuticas disponíveis, benefícios riscos ou desconforto, também para parentes que estejam acompanhando o tratamento desse paciente?
Sempre Algumas vezes Nunca
5. O Sr. acredita que a maioria dos médicos oferecem oportunidade ao paciente com 85 anos ou mais, hospitalizado, em participar das decisões sobre seu próprio tratamento?
Sempre Algumas vezes Nunca
6. Na sua opinião, o paciente com 85anos ou mais hospitalizado, deve ser consultado sobre seu interesse em participar das decisões sobre que condutas ou procedimentos diagnósticos e terapêuticos devem ser realizados a cada momento do seu tratamento?
Sempre Algumas vezes Nunca

Nome do profissional: _____

Idade: _____ Sexo: M F Pront.: _____

Área de atuação: Cirúrgica Clínica Específica: _____

Tempo de profissão: ____ anos.

Especialista

Mestre

Doutor

DATA: ____/____/____

Observações _____

ANEXO C – ENTREVISTA COM O PACIENTE

ENTREVISTA COM O PACIENTE

1. O Sr. gostaria de participar das decisões sobre seus exames e tipo de tratamento a serem adotados para o tratamento da sua doença?
Sempre Algumas vezes Nunca
2. O Sr. se sente motivado pelo seu médico assistente a participar das decisões sobre os exames e tratamento da sua doença?
Sempre Algumas vezes Nunca
3. Sua participação nas decisões melhora seu grau de satisfação e motivação para seguir o tratamento?
Sempre Algumas vezes Nunca
4. Sua participação nas decisões aumenta a chance do sucesso no tratamento?
Sempre Algumas vezes Nunca
5. Seus familiares costumam estimulá-lo a participar das decisões sobre seus exames e tratamento de sua doença?
Sempre Algumas vezes Nunca

De que maneira? _____

Observações _____

Nome: _____ **Idade:** _____

Data internação: ____/____/____

Pront.: _____

Escolaridade:

- Analfabeto
- Primeiro Grau Incompleto
- Primeiro Grau Completo
- Segundo Grau Incompleto
- Segundo Grau Completo
- Superior Incompleto
- Superior
- Especialista
- Mestrado
- Doutorado

Estado Civil:

- Solteiro
- Casado
- Viúvo
- Divorc.

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Internado pelo:

- SUS
- Convênio
- Particular

MMT: ____/____

AVD (Katz): ____/6

Reside com:

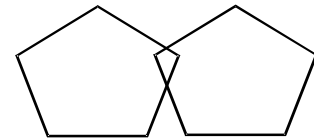
- Família
- Só
- Instituição

Mini-Exame do Estado Mental (BRUCKI et al. 2003)

(Folstein et al. 1975)

| | | | |
|---|-----------|-----------------------|-----------|
| 1) Orientação | | | |
| Dia da semana | (1) _____ | Local específico | (1) _____ |
| Dia do mês | (1) _____ | Instituição | (1) _____ |
| Mês | (1) _____ | Bairro ou rua próxima | (1) _____ |
| Ano | (1) _____ | Cidade | (1) _____ |
| Hora Aproximada | (1) _____ | Estado | (1) _____ |
| 2) Memória Imediata | | | |
| Pedir para gravar e repetir três palavras ou objetos não relacionados. Pontuar 1 pto para cada repetição correta. Ex: Vaso, carro, tijolo. | | | (3) _____ |
| 3) Atenção e Cálculo | | | |
| Perguntar se o paciente prefere fazer cálculos ou soletrar. - Se cálculo: 100 – 7 por cinco vezes consecutivas (93, 86, 79, 72, 65). - Se soletrar: soletrar MUNDO de trás para frente. Pontuar 1 pto para cada resposta certa | | | (5) _____ |
| 4) Evocação | | | |
| Relembrar as três palavras/objetos anteriores. Permitir 10 segundos. Pontuar 1 pto cada palavra recordada, independente da ordem. | | | (3) _____ |
| 5) Linguagem e Funções Executivas | | | |
| Nomear dois objetos comuns. Ex: "caneta" e "relógio". Pontue 1 pto para cada objeto. | | | (2) _____ |
| Repetir (após falar toda a frase): "Nem aqui, nem ali, nem lá". | | | (1) _____ |
| Ouça e obedeça o comando (após falar toda a frase): "Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" Pontue 1 pto para cada etapa bem sucedida. | | | (3) _____ |
| Escreva a frase "FECHE OS OLHOS" num papel, e peça para o paciente ler a frase e obedecer. | | | (1) _____ |
| Peça ao paciente para escrever uma frase completa, com começo, meio e fim. Pontue como correta se tiver sujeito, predicado e sentido lógico.* | | | (1) _____ |
| Copie o desenho. Pontue se todos os 10 ângulos e a intersecção tiverem sido desenhados.** | | | (1) _____ |

* Escreva uma frase ou pensamento:



Total de pontos: ____/30

| Pontos de corte de acordo com a escolaridade em adultos brasileiros (BRUCKI et al., 2003) | | | | |
|---|------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Analfabeto = 20 | Um a 4 anos = 25 | Cinco a 8 anos = 26 | Nove a 11 anos = 28 | + que 11 anos = 29 |

Escala de Depressão Geriátrica

(Yesavage et al. 1983)

- 1) Satisfeito com a vida? **(NÃO)**
- 2) Interrompeu muitas de suas atividades? **(SIM)**
- 3) Acha sua vida vazia? **(SIM)**
- 4) Aborrece-se com frequência? **(SIM)**
- 5) Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? **(NÃO)**
- 6) Teme que algo ruim lhe aconteça? **(SIM)**
- 7) Sente-se alegre a maior parte do tempo? **(NÃO)**
- 8) Sente-se desamparado(a) com frequência? **(SIM)**
- 9) Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? **(SIM)**
- 10) Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? **(SIM)**
- 11) Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? **(NÃO)**
- 12) Vale a pena viver como agora? **(NÃO)**
- 13) Sente-se cheio de energia? **(NÃO)**
- 14) Acha que sua situação tem solução? **(NÃO)**
- 15) Acha que tem muita gente em situação melhor? **(SIM)**

Total de pontos: _____

PONTUAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO

0 ponto = resposta diferente do assinalado; 1 ponto = resposta igual ao assinalado
Total > 5 = suspeita de depressão

ANEXO D – ENTREVISTA COM OS ESTUDANTES E USUÁRIOS DA APPP

ENTREVISTA COM OS ESTUDANTES E USUÁRIOS DA APPP

1. Qual a importância de se conhecer os valores, percepções, temores e desejos do paciente com 85 anos ou mais, hospitalizado, no que se refere à tomada de decisão sobre as atitudes e procedimentos a serem adotados sobre si?
 Imprescindível muito importante pouco importante irrelevante
2. É importante que o paciente com 85 anos ou mais, hospitalizado, participe das decisões sobre o que será feito de exames e procedimentos terapêuticos durante seu tratamento?
 Imprescindível muito importante pouco importante irrelevante
3. É importante que o paciente com 85 anos ou mais, hospitalizado, tenha a oportunidade de expor suas preferências pessoais e escolhas e que sejam estas valorizadas por ocasião das tomadas de decisão em relação aos exames e procedimentos terapêuticos indicados no seu tratamento?
 Imprescindível muito importante pouco importante irrelevante
4. Caso seja claro a necessidade de se realizar um exame ou um procedimento terapêutico específico e o paciente com 85 anos ou mais, hospitalizado, se recusar a fazê-lo, deve ser acatada a decisão do paciente?
 sempre nem sempre nunca
5. Todo paciente com 85 anos ou mais, hospitalizado, deve ser avaliado quanto sua capacidade em participar das tomadas de decisão sobre seu tratamento?
 sim só quando tem sinais de demência (esclerose) o médico decide

Iniciais do nome: _____

Idade: ____anos.

Escolaridade:

- Analfabeto
- Primeiro Grau Incompleto
- Primeiro Grau Completo
- Segundo Grau Incompleto
- Segundo Grau Completo
- Superior Incompleto
- Superior
- Especialista
- Mestrado
- Doutorado

Estado Civil:

- Solteiro
- Casado
- Viúvo
- Divorciado

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Reside com:

- Família
- Só
- Instituição
