

A BIOÉTICA CLÍNICA E A TERCEIRA IDADE

Clinical Bioethics and the elderly

Sérgio Ibiapina F. Costa

Instituto Camillo Filho, Teresina, Piauí, Brasil.

costa.sic@webone.com.br

Resumo: Este trabalho apresenta as categorias comumente utilizadas para definir o processo de envelhecimento e os segmentos populacionais que o vivenciam, estabelecendo uma discussão sobre suas conseqüências, seja o que concerne a seu impacto em termos populacionais, a sua importância na alocação de recursos para a saúde e na dimensão individual, apontando alguns dos impasses ao atendimento de pacientes nessa faixa etária.

Palavras-chave: Bioética Clínica. Envelhecimento. Dignidade. Eutanásia. Recursos em saúde.

Abstract: This work presents the categories commonly used to define the process of growing old and the population groups that experience it, establishing a discussion about its consequences, concerning its impact in the population, its importance to the allocation of health resources and in its individual dimension, pointing out some of the impasses to the care of patients at that age.

Key words: Clinical Bioethics. Aging. Dignity. Euthanasia. Health resources.

A humanidade caminha para ter número igual de jovens e idosos em 2050. Segundo o coordenador do Programa de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde, "em muitos países, mesmo na Europa, ainda persiste a mentalidade de que a população é predominantemente jovem" (KALACHE, 2005). Este tipo de pressuposto faz com que o sistema de saúde e a infra-estrutura urbana não levem em consideração o aumento acelerado de pessoas na terceira idade na população de todo o mundo. No entanto, o idoso de 2050 não é uma abstração, mas sim o jovem de hoje. No escopo de nossas palavras, entenda-se por terceira idade o grupo populacional acima dos 60 anos, segundo estabelece o *Estatuto do Idoso* de nosso país

(BRASIL, 2003). Convém salientar que esse critério de idade é arbitrário, sendo destituído de qualquer fundamento científico. Todavia, esta é a idade limite de corte para separar o adulto do idoso.

A velhice não é um fenômeno etário, social e biológico imediato, não se consolida de uma só vez. Ela emerge de sintomas e atos sociais, cavando o seu próprio leito, como um rio. Assim, é possível afirmar que dois velhos de 80 anos não têm nunca a mesma idade, um em relação ao outro. Nesta hipótese, convém entender que nem sempre a idade cronológica de duas pessoas corresponde a uma mesma idade biológica. O dicionário de Littré, de 1878, definia a velhice como “a última etapa da vida, cujo início se fixa no sexagésimo ano, mas que pode ser mais ou menos avançada ou retardada, segundo a constituição individual, o gênero de vida e uma série de circunstâncias” (LITTRÉ, 1908).

No mundo ocidental, com populações cada vez mais envelhecidas, fala-se hoje nas terceira e quarta idades. A Organização Mundial de Saúde (OMS), no limiar do século XXI, considera que um dos primeiros objetivos de investigação das ciências da vida deverá ser conseguir a “expectativa de vida ativa”, ao contrário do objetivo anterior, que era o de apenas aumentar a “esperança de vida”. Dar vida ao tempo, em vez de dar tempo à vida é o projeto contemporâneo, já que, sob determinadas condições, sobreviver é sinônimo de infraviver ou sobremorrer (SOARES, 2001).

Segundo a afirmação de Golini, “enquanto o século XX foi o século do crescimento demográfico, o século XXI será o do envelhecimento das populações” (GOLINI, 1988). Sob o título *Amanhecer cinzento* e abordando a economia e a política envolvidas no fenômeno do envelhecimento, Peterson, citado por Drane, usa a seguinte metáfora para descrever o desafio de uma crescente população que envelhece:

“O envelhecimento global é como um sólido iceberg que pode perfeitamente destruir as embarcações economicamente mais poderosas do mundo. A população mundial, que envelheceu e ameaça a sobrevivência humana, constitui-se em um dos desafios mais importantes que enfrentaremos no século XXI” (DRANE, 2001).

Não é somente o número de idosos que tem aumentado em todo o mundo, mas também o tempo de vida da população já idosa: “Isto quer dizer que a população considerada idosa, também está envelhecendo” (CAMARANO, KANSO & MELLO, 2004).

Qual seria então o limite de sobrevivência das pessoas? Há quem considere que ultrapassada a primeira etapa da mortalidade entre jovens, fruto de efeitos endógenos ou de agressões do meio, uma segunda etapa dar-se-á mediante programação genética, com a morte natural devendo ocorrer entre os 85 a 100 anos de idade (DUCHENE & WUNSCH, 1988).

Além das sucintas considerações demográficas, um outro aspecto a ser abordado diz respeito à qualidade de vida de uma população envelhecida. Ao se examinar o percentual de anos de vida sem saúde em pessoas acima de 60 anos, no Japão e no Brasil, verifica-se que naquele país 18% dos idosos vivem com a saúde comprometida, enquanto que, no Brasil, esses índices são de 40%. Tem-se, portanto, 40% do tempo vivido pelos idosos brasileiros com a saúde comprometida (CAMARANO, KANSO & MELLO, Op. cit.). Esse *gap* traduz um desafio a enfrentar, qual seja, a implementação de novas políticas públicas no campo da saúde, tendo como propósito oferecer acréscimo de vida aos idosos e assegurar-lhes o mínimo de problemas relacionados à saúde.

Aliás, quando se fala em qualidade de vida, convém frisar que tal condição é valorativa, dependendo, preferencialmente, do julgamento que a própria pessoa faz sobre o seu estado, sendo ela, em determinadas circunstâncias, a única autorizada a opinar sobre o seu real bem-estar. Não são os profissionais da área biomédica e muito menos os diretores de instituições asilares que devem valorar o critério de qualidade de vida como uma conquista exclusiva a ser ofertada. Maturana ao se reportar à velhice, reproduz um dos textos mais antigos que se tem notícia no qual um idoso se auto-analisa. A autoria é atribuída a um escriba egípcio, datado de 2450 a. C. Diz o seguinte:

“Quão penoso é o fim de um velho! Debilita-se a cada dia; sua visão diminui e seus ouvidos já não ouvem; sua força declina e seu coração já não descansa; sua boca torna-se silenciosa e já não fala. Suas faculdades intelectuais diminuem e o impossibilita recordar hoje o que aconteceu ontem. Todos os ossos estão doloridos. As ocupações não são mais realizadas pelo simples prazer. A velhice é a pior das desgraças que pode afligir um ser humano” (MATURANA, 2001).

Tal narrativa não difere em muito dos relatos contemporâneos, quando do atendimento de pessoas pertencentes à terceira idade, o que nos leva a inferir que os idosos têm registrado queixas semelhantes ao longo de milênios.

Dentre as inúmeras abordagens da Bioética Clínica e a terceira idade, aquelas que têm recebido maior atenção por parte dos interessados em

bioética, são as seguintes: 1) a relação entre profissionais de saúde e idosos; 2) a pesquisa com a participação de idosos; 3) a tomada de decisão e o envelhecimento; 4) a alocação de recursos na terceira idade; 5) o morrer com dignidade.

Na sociedade contemporânea, um dos temas mais comuns, sobretudo nos meios de comunicação de massa, são os mecanismos hoje à disposição da população para retardar ao máximo o processo de envelhecimento. Diante de tais possibilidades, o que dizer da sucessão de avanços tecnocientíficos a serviço da medicina que emergiram nas últimas décadas, como a introdução de novos fármacos que prometem combater as doenças próprias do envelhecimento? Sobre esse fenômeno em especial, convém lembrar que somente nos últimos anos passou-se a realizar pesquisas com fármacos contando com a participação efetiva dos idosos na condição de sujeitos da pesquisa. Esqueceu-se, ao longo do tempo, que grupos de pessoas idosas portadoras de co-morbidades têm sua fisiologia comprometida pelo desgaste natural dos anos e que, por isso mesmo, não dispõem da integridade funcional de todos os órgãos.

No entanto, até recentemente, era comum a prescrição de drogas cujas reais indicações eram conhecidas, embora fossem desconhecidos os mecanismos de ação no organismo das pessoas mais frágeis, portadoras que são de pelo menos quatro enfermidades crônicas, em média (MUELLER, HOOK & FLEMING, 2004). "A transposição de achados de pesquisas realizadas em adultos nem sempre é válida e os ajustes que são propostos muitas vezes não são adequados" (GOLDIM, 2002). Por uma questão de justiça, as pesquisas realizadas em idosos devem beneficiar diretamente os indivíduos que compõem essa faixa etária. Caso não preencha esse requisito, devem ser excluídos do estudo.

A condução de pesquisas com população idosa requer uma atenção especial nas várias fases do processo de obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido. Há que atribuir especial atenção à obtenção do consentimento, devendo, sempre que possível, recorrer-se à ajuda de familiares ou amigos para explicação conjunta das características do ensaio.

Os desafios da medicina no século XXI em relação à terceira idade devem, necessariamente, incluir a missão de reduzir ainda mais as incidências do trauma, das doenças cardiovasculares e dos diferentes tipos de câncer. Contemplar esse aspecto será bem mais difícil do que tem sido a efetiva contribuição oferecida pela própria medicina no século passado ao proporcionar uma maior expectativa de vida aos idosos, combatendo as

infecções e reduzindo a incidência de doenças cardiovasculares ao recomendar a prática de hábitos saudáveis de vida.

Por força da profissão e da especialidade voltada para a terceira idade, tenho tido contatos freqüentes com pacientes idosos. Relatar um pouco desta experiência é oportuno. Certa vez, ouvi o seguinte relato de uma paciente, a senhora Ana, com 96 anos, que ficou viúva aos 93, em razão do falecimento do esposo como decorrência de Alzheimer. Morava com a única filha de 75 anos. Nos dois anos anteriores à consulta aqui relatada, a filha vinha manifestando sintomas progressivos de Alzheimer e, totalmente inválida, era cuidada pela mãe, salvo quando hospitalizada, em razão de complicações. Em certo momento da visita, a senhora Ana disse o seguinte: "não tenho mais nenhum parente, sou a única sobrevivente local, minha filha vegeta, perdi minha função social, portanto, indago: quem sou eu?".

Pessoas como essa senhora muitas vezes se mantêm vivas apenas em função do auto-reconhecimento de suas obrigações maternas. No entanto, entre algumas especialidades, mesmo diante de contextos como esse, a depressão no idoso é reconhecida e tratada adequadamente. Quase sempre o foco do examinador é condicionado à aparência externa de vida e voltado para o órgão enfermo, sem que se observem os aspectos existenciais e psiquiátricos do paciente. Este tem se constituído em um dos problemas éticos da medicina no que se refere ao tratamento da velhice.

Em nosso meio, a relação do idoso com seus familiares costuma ser ainda uma relação de respeito e veneração. No entanto, vez ou outra somos surpreendidos por relatos que poderiam ser considerados até como fantasiosos, de tão desumanos. As mulheres idosas, geralmente viúvas, traduzindo uma tendência à feminização da velhice, costumam dividir-se em vários grupos de queixosas, embora todas tenham algo em comum em suas queixas: a solidão. Aquelas que são capazes de gerir seus bens e têm discernimento, escapam da interdição, embora possam sofrer toda sorte de pressão para dividir seus proventos com membros da família.

Algumas idosas conseguem morar sozinhas, sob a supervisão à distância de filhos ou filhas que nem sempre lhes dão a devida atenção. Por outro lado, existem aquelas de menor poder aquisitivo que comumente moram com uma das filhas, o que as leva a perder toda a privacidade. Nesse caso, geralmente são obrigadas a lidar com a intolerância dos netos, traduzindo os inevitáveis conflitos intergeracionais. Os dias passam e essas mulheres continuam envelhecendo, vítimas de traumas sem precedentes, pois não há quem as ouça ou interceda por elas. É preciso que, no processo de atendimento

os profissionais de saúde ofereçam a esse universo de mulheres um espaço de privacidade, sem a presença de acompanhantes, a fim de que seja possível ouvir suas queixas, garantindo-lhes um formato de atendimento que extrapole o conteúdo restrito de uma consulta tradicional. É inconcebível a falta de receptividade que muitas vezes marca o atendimento médico a essas pacientes. Muitas delas ainda querem ser ouvidas quando sua consulta é "encerrada", caracterizando uma convivência perversa e eticamente inaceitável entre médicos e familiares.

Não se pode negar que o contato com a velhice existe em quase todos os ramos da atividade humana. Não há circunstância melhor para abordar a terceira idade do que quando já se faz parte desse grupo etário ou se convive e acompanha dilemas e conflitos inerentes à longevidade, seja entre familiares ou na rotina diária de uma profissão. Neste aspecto, pode-se afirmar que, de forma direta ou indireta, praticamente todos profissionais de saúde acham-se comprometidos com os dilemas que afetam as pessoas situadas na terceira idade. Esse comprometimento nos torna, de certa forma, cúmplices e capazes de dizer se o que nos dizem ou escrevem sobre a velhice é correto. E, nem sempre é.

Todos nós sabemos quanta impropriedade há nas apologias de culto ao corpo que observamos diariamente nos meios de comunicação de massa. Geralmente, para se apregoar a necessidade de adoção de práticas de rejuvenescimento ou de adiamento do envelhecimento, a velhice nos é mostrada como um sinal de equívoco e de descuido. Nesse discurso antienvelhecimento, o velho nos é apresentado sempre como o portador de excessos de rugas, aquele que tem o andar claudicante, as extremidades trêmulas e um comportamento caricato, que vai da inutilidade ao lugar de estorvo na vida da família.

Exemplo de desrespeito ao fenômeno do envelhecimento, e conseqüentemente à população idosa, é o texto do rótulo de um dos cosméticos de reconhecida aceitação no mercado nacional, cuja denominação comercial é "creme antiidade". Sua função farmacológica, expressa no rótulo, é combater as rugas das mãos. Assumir a velhice em nossa sociedade é algo que incomoda principalmente os artistas e isso é visto à exaustão nas chamada mídia de celebridades.

Talvez, um dos aspectos mais contundentes da ocultação e da estigmatização do idoso seja o isolamento total em que a sociedade mantém diante de qualquer abordagem da sexualidade da população nessa faixa etária. No campo da terceira idade, a sexualidade é um tabu. Um balconista de farmácia sabe muito mais sobre os dilemas sexuais dos septuagenários do

que os médicos que os assistem. Isso se dá, sobretudo, pelo fato de os profissionais de medicina não inquirirem fatos considerados como pertencentes à esfera da vida privada, como é o caso da sexualidade. Os pacientes idosos, por sua vez, raramente sentem-se à vontade para relatar a seus médicos aspectos de sua intimidade, fechando-se assim um ciclo de silenciamento em torno de um dos aspectos fundamentais da vida humana.

Assim sendo, age-se como se o interesse sexual nessa fase da vida não merecesse qualquer orientação médica, o que, muitas vezes pode estimular, por omissão, a automedicação e o uso de substâncias farmacológicas voltadas para o estímulo da libido. Caso haja interesse em abordar a esfera sexual do idoso, isso se dará sob estratégias de inibição e recriminação de qualquer iniciativa nesta área. Vê-se, portanto, que temas como privacidade, autonomia, fidelidade, veracidade e vulnerabilidade encontram-se diluídos nas poucas citações oriundas da experiência pessoal de cada um de nós quando da convivência com o idoso em toda sua complexidade.

Existem dois outros conflitos relacionados à Bioética Clínica e à terceira idade que merecem destaque. O primeiro deles diz respeito à destinação de recursos em saúde para a população idosa. É do conhecimento dos que trabalham com bioética que uma das fronteiras para impor gastos em saúde é estabelecer limite de idade para determinados procedimentos de alta complexidade. O Brasil, que destina recursos escassos do seu orçamento anual para gastos com a saúde, encontra inúmeras dificuldades para atender todas as demandas dessa área, sobretudo no que se refere às necessidades inerentes à manutenção da saúde da crescente parcela da população na terceira idade. Enquanto isso, os países industrializados gastam com os idosos uma percentagem de recursos maior do que com todo o restante da população.

A Bélgica, por exemplo, gasta 1,7 vezes mais com as pessoas acima de 65 anos do que com o restante da população: "Isto faz com que muitas sociedades ocidentais sejam receptivas à alocação baseada na idade" (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002). Por outro lado, há quem argumente que a sociedade deve garantir uma assistência básica e digna para todos os indivíduos, mas sem o compromisso de empreender esforços ilimitados para vencer a enfermidade e a morte, ou seja, há de se admitir a morte como um fato aceitável e inerente ao caráter finito da vida (CALLANHAN, 1989).

Na visão de outros autores, no entanto, esse tipo de proposta pode facilmente servir para perpetuar injustiças e estereotipar os idosos, caracterizando-os, assim, como bodes expiatórios da causa do aumento dos custos da assistência à saúde e criando conflitos desnecessários entre gerações:

“Em cada geração consecutiva, as pessoas idosas se queixarão de que não tiveram acesso às novas tecnologias desenvolvidas e de que estas foram financiadas pelos impostos pagos por elas. Agora idosas, essas pessoas se julgam no direito de reivindicar que tal investimento passado se reverta em acesso justo às novas tecnologias, jamais em restrições de uso” (BEAUCHAMP & CHILDRESS, Op. cit.).

No Brasil, essa discussão ainda não foi publicizada, exceto pela manifestação de alguns poucos trabalhos acadêmicos produzidos na última década. A destinação justa de escassos recursos em saúde constitui-se tema da maior relevância e não há como não constar da agenda de discussão do Governo a formulação de políticas públicas no campo da saúde.

Não é possível enfrentar as dificuldades de escassez de recursos em saúde sem limitar o horizonte a ser alcançado. A literatura é pródiga em apontar exemplos de países desenvolvidos que detêm aproximadamente 10% da população com mais de 65 anos de idade com um gasto de 1/3 do total do orçamento destinado à saúde de toda a população. Essa é uma área temática que deverá merecer prioridade entre os assuntos pautados para a terceira idade e suas implicações com a Bioética Clínica.

Por oportuno, convém lembrar que os países ricos conquistaram riqueza por meio de uma população jovem que somente depois envelheceu, ao contrário dos países em desenvolvimento, que terão de livrar-se da pobreza com expressiva parcela da população já estando na terceira idade.

A última abordagem relacionando Bioética Clínica e terceira idade diz respeito à representação da perspectiva de morrer e da própria morte para esse grupo populacional, sobretudo o que significa morrer com dignidade. A possibilidade de intervir no ciclo da vida, acelerando ou estendendo o momento da morte, é, talvez, uma das questões mais centrais da ética aplicada à saúde, sendo o Juramento de Hipócrates uma das referências éticas mais antigas. O avanço biomédico, em particular as técnicas paliativas, trouxe para a cena do debate não apenas a discussão sobre a existência ou não de um suposto direito de escolher o momento da morte, mas também sobre o tema dos tratamentos desproporcionais que podem estender indefinidamente a vida, impedindo que as pessoas efetivamente morram.

Os idosos merecem essa atenção porque, inexoravelmente, se aproximam do momento da morte em razão da finitude de sua existência. Sobre esse assunto, vale ressaltar os seguintes aspectos:

“O reconhecimento de que a decisão sobre o momento da morte não deveria ser apenas uma questão técnica, mas essencialmente de ordem ética, portanto, da esfera privada das pessoas, vem sendo considerado um verdadeiro desafio aos profissionais da saúde. A resistência por parte dos que trabalham nas áreas biomédica e jurídica é no sentido de recusarem aceitar a participação do debate formal sobre diferentes modalidades de eutanásia ou de se posicionarem frontalmente contrários à recusa de pacientes em receber qualquer modalidade de tratamento para a sua enfermidade. Os fundamentos éticos do debate sobre o direito de morrer são vários, muito embora os princípios da autonomia e da dignidade sejam referências obrigatórias para qualquer processo decisório, inclusive nos países que regulamentaram em lei o direito a alguma forma de eutanásia” (DINIZ & COSTA, 2004).

Acredita-se que a eutanásia, em suas diferentes tipologias, será uma área temática que merecerá maior atenção nas primeiras décadas do século atual, em substituição ao aborto, que proporcionou grandes embates éticos a partir da segunda metade do século XX. Na mesma esteira do debate sobre a eutanásia, surge a distanásia como terminologia de uso corrente quando se aborda a resistência ao processo de morrer. Definitivamente, não é possível que tenhamos que conviver com a idéia de que a morte pressupõe flagelo ou mesmo violação de um dos direitos mais fundamentais do ser humano: a dignidade.

Conclui-se que o envelhecimento natural nem sempre significa doença, dependência de terceiros ou perda irreversível de funções, embora seja normal um declínio insidioso e gradual das capacidades sistêmicas e orgânicas. Não se espere do idoso centenário a exibição de saúde, pois, com certeza ele estará muito mais próximo da finitude da sua existência, acometido por diferentes formas ou manifestações de doenças. É papel do estudioso em bioética, diante dessa realidade social inevitável, identificar os dilemas e conflitos que surgem a cada dia nos modos de vida, hábitos, habilidades e perda de autonomia das pessoas que avançam para a terceira idade. Afinal, “o sonho da eterna juventude pode parecer mais interessante que a discussão dos problemas relacionados ao envelhecimento” (GUIMARÃES & CUNHA, 2005).

* Conferência apresentada no VI Congresso Brasileiro de Bioética e I Congresso de Bioética do Mercosul (Foz do Iguaçu, 2005).

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº. 10.741, de Primeiro de outubro de 2003.
- BEAUCHAMP TL & CHILDRESS JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo. Loyola. 2002.
- CALLAHAN D. Health care for the elderly: setting limits. *Saint Louis University Law Journal*.33:557.1989.
- CAMARANO AA., KANSO S & MELLO A. Como vive o idoso brasileiro. In: CAMARANO AA (Org.). *Os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro; IPEA :25-73,2004.
- DINIZ D. & COSTA S. Morrer com dignidade: um direito fundamental. In: CAMARANO AA. (Org.). *Os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro; IPEA:121-34,2004.
- DRANE JF. Aging and dying; medical and ethical considerations. *Acta Bioethica* VII(1): 98, 2001.
- DUCHENE J. & WUNSCH G. *Population aging and the limits to human life*. Working Paper, 1, Université Catholique de Louvain, 1988.
- GOLDIM, JR. Bioética e envelhecimento. In: Freitas EV. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: 85-90, 2002.
- GOLINI A. Aspectos demográficos. In: Actas da 3ª. *Conferencia Internacional Longevidade e Qualidade de Vida*. Cidade do Vaticano. 1988.
- GUIMARÃES RM. & Cunha UGV. *Sinais e sintomas em geriatria*. 2a. Edição. São Paulo; Editora Atheneu:1, 2005.
- KALACHE A. Um mundo mais velho. *Veja*. Edição 1912; ano 38 n. 27. 6 de julho de 2005. : 11
- LITTRÉ, E. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences, qui s'y rapportent*. Libr. J.-B. Bailli&Grave. Paris, Ete et Fils, 1908.
- MATURANA CT. El viejo en la historia. *Acta Bioethica* VII(1):109, 2001.
- MUELLER, PS; HOOK, C & FLEMING, KC. Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians. *Mayo Clinic Proc.*;79:554-62,2004.
- SOARES MLB. Envelhecimento e dependência. *Cadernos de Bioética*. XI(27):123-28,2001.

Recebido em 27/09/2005
Aprovado em 14/10/2005