

Aspectos éticos da abordagem contemporânea do envelhecimento

Aging: Ethical Aspects on Recent Approaches

Giliane Carvalho e Silva¹; Célia Pereira Caldas²

¹Médica anesthesiologista, especialista em Geriatria e Gerontologia (UnATI/ UERJ)*; ²Professora adjunta, Faculdade de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas (UERJ)*

*Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) / Universidade do Estado do Rio de Janeiro(UERJ).

Resumo Neste estudo de revisão de literatura, busca-se identificar como a Bioética tem abordado as questões relativas ao envelhecimento. Os objetivos são relatar os aspectos sociais e familiares envolvidos no envelhecimento, identificar as políticas de saúde pública instituídas para a população idosa e valorizar a medicina paliativa como nova especialidade, atuante na formação de recursos humanos. Através do portal eletrônico Bireme, foram acessadas as bases de dados Medline, Lilacs e Scielo para buscar artigos publicados nos últimos dez anos. Informações sobre ações governamentais foram verificadas no portal eletrônico do Ministério da Saúde, e regulamentações sobre ética biomédica no portal eletrônico do Conselho Federal de Medicina. Concluiu-se que a Bioética é instrumento indispensável ao aprendizado social no processo de envelhecer, contribuindo para o envelhecimento bem sucedido. Sua influência sobre os profissionais de saúde os estimula a buscar uma nova perspectiva, na qual uma atuação pautada no equilíbrio entre efetividade e afetividade torne-se parte do arsenal terapêutico.

Palavras-chave Bioética; Geriatria; Cuidados Paliativos; Alocação de recursos; Educação médica.

Abstract This study, an extensive review of literature, aims to identify how Bioethics has been addressed the issue of aging. The objectives are to report social and family aspects regarding aging, to identify public health policies provided to the elderly population and to strengthen the palliative medicine as a new specialty, active in human resources training. The methodology used was the search on the Bireme electronic portal, accessing databases such as Medline, Lilacs and Scielo to find out scientific papers, thesis and journals available in the last ten years. Information on government actions was observed in the Ministry of Health electronic portal, and regulations on biomedical ethics in the MFC electronic portal. In conclusion, Bioethics is an important tool regarding the social learning of the aging process, contributing for a healthy aging. Its influence on the health professionals is to stimulate the search engines of new prospects for action, where the balance between effectiveness and affection becomes part of the therapeutic procedures for the elderly.

Keywords Bioethics; Geriatrics; Palliative care; Allocation of resources; Medical education.

Introdução

Este estudo teve o propósito de realizar uma revisão extensiva da literatura, no campo da bioética, relacionando sua atuação nas questões envolvendo a geriatria e gerontologia.

A bioética pode ser conceituada como o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados de saúde. Como ética aplicada, preocupa-se em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida e o bem estar dos seres humanos, dos outros seres vivos e do meio-ambiente². O neologismo bioética foi criado por Van Rensselaer Potter, que em 1971 publicou o livro “Bridge to the future”, definindo bioética como a ciência da sobrevivência humana, combinando o trabalho de humanistas e cientistas (cujos objetivos são

sabedoria e conhecimento) com a ética¹. Na visão de Potter, a bioética abrange o conhecimento científico e filosófico, tornando-se norteadora nos avanços tecnológicos de todas as áreas para o uso em benefício da humanidade⁴.

A partir das idéias de Potter, uma nova relação entre a medicina, a filosofia e a ética foi proposta pelo obstetra holandês André Hellegers, que ao longo do tempo torna-se hegemônica, e associa a bioética com a ética biomédica¹. A literatura clássica traz a seguinte definição: “Eu proponho o termo bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária; o conhecimento biológico e valores humanos”. (Potter, Van Rensselaer. Bioethics: Bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall 1971).

Considerando o seu amplo campo de estudo, ação e influência, a bioética pode ser relacionada às situações emergentes, e situações persistentes. A bioética das situações emergentes referem-se às questões derivadas do grande desenvolvimento biotecnológico, como a engenharia genética, as doações e transplantes de órgãos e tecidos humanos e, sua relação com as listas de espera; a saúde reprodutiva, estendendo-se desde a fecundação assistida até temas como clonagem e biossegurança, entre outros. Quanto à bioética nas situações persistentes, incluímos questões presentes desde a antiguidade, que dizem respeito aos temas de equidade, universalidade e da alocação, distribuição e controle de recursos econômicos em saúde; os direitos humanos e a democracia de modo geral, o aborto, a eutanásia, entre outros¹².

No campo da geriatria e gerontologia, questões como eutanásia, cuidados paliativos, distribuição de recursos e formulação de políticas públicas, e insuficiente material humano qualificado para lidar com essas demandas, encontram na bioética um ponto de convergência, para que as soluções sejam não somente técnicas, mas também humanizadas.

Nos países desenvolvidos e também nos demais, a bioética deste milênio, pode se transformar numa bioética do “mundo que envelhece”¹⁵. Estima-se que em 2050 a humanidade terá o número de idosos igual ao número de jovens³, uma equação a ser resolvida, envolvendo economia e saúde pública. Sob este aspecto, Drane cita a seguinte metáfora: — “O envelhecimento humano 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 num dos desafios mais importantes que enfrentaremos no século XXI (2001).

A publicação do documento “Taking care: ethical caregiving in our aging society (Cuidar: o cuidado ético em nossa sociedade que envelhece – 2005)”, aborda uma das questões éticas mais graves do ponto de vista político e econômico que enfrentamos atualmente: como viver bem com o envelhecimento e o declínio?; e como cuidar bem daqueles que sofrem doenças debilitantes?³ Outra questão que aflora no âmbito geronto-geriátrico é: quais as obrigações por parte da família, comunidade e do poder público?

Neste estudo foi estabelecida a seguinte questão norteadora: como a bioética tem abordado o envelhecimento humano?

Para responder a essa questão, o objetivo geral é: identificar a influência do conhecimento em bioética na condução de questões como a representação da perspectiva de morte para o idoso, e o morrer com dignidade; a futilidade médica e a sensação de fracasso dos profissionais diante da morte. Os objetivos específicos são relatar os aspectos sociais e familiares envolvidos no envelhecimento, identificar as políticas de saúde pública instituídas para os idosos, e valorizar a medicina paliativa como nova especialidade, que necessita de programas de educação médica para formação de recursos humanos.

Metodologia

Trata-se de pesquisa bibliográfica, realizada em bases de dados eletrônicas do portal Bireme (Medline, Lilacs e Scielo) buscando

identificar artigos científicos, revistas e teses que abordassem o tema Bioética e Envelhecimento, nos últimos dez anos. A literatura clássica foi utilizada para conceituação do termo Bioética. A regulamentação em Bioética pelos organismos internacionais foi pesquisada no portal UNESCO.org e, a regulamentação nacional em Bioética Médica no portal eletrônico do Conselho Federal de Medicina. A pesquisa sobre Políticas Públicas de Saúde para população idosa foi obtida no site do Ministério da Saúde. Os descritores utilizados foram: Bioética, Geriatria, Cuidados Paliativos, Alocação de recursos e Educação Médica, nos idiomas inglês e português. O conteúdo selecionado foi avaliado buscando-se identificar a inter-relação do descritor Bioética com dois outros descritores, resultando na obtenção de 31 artigos e uma tese que atendiam a este critério.

Família e Sociedade X Envelhecimento

O aumento no número de idosos na população, tem impacto direto sobre a família, que nem sempre tem condições de proporcionar-lhes a ajuda de que necessitam, situação que é agravada pela pobreza e pela escassez de serviços públicos e privados de atendimento médico e social ao idoso; principalmente quando se encontra fragilizado (Camarano e cols, 1999).

O maior crescimento no número de famílias com a presença de idosos, ocorreu naquelas em que o idoso é o responsável pelo domicílio. Uma característica marcante da família atual é o compartilhamento de valores, experiências, apoio emocional e financeiro, entre as várias gerações, principalmente entre avós e netos.²¹ Segundo o que foi observado em estudos populacionais, as famílias brasileiras com idosos estão em melhores condições econômicas que as demais. Para isso, reconhece-se a importância dos benefícios previdenciários, que operam como um seguro de vida vitalício. (Camarano et al, 1999; Camarano e El Ghouri, 2002)²³. Saad (2004) concluiu que os idosos no Brasil e na América Latina, em geral não apenas recebem, mas também prestam intensa ajuda na forma de bens, serviços, dinheiro e outros, caracterizando claramente as transferências de apoio informal entre o idoso e a família como um processo de intercâmbio recíproco entre gerações.²⁴ Do total de famílias com idosos residindo, encontram-se filhos maiores de 21 anos residindo em 44,9% delas. Destes, aproximadamente 31% não tinham rendimento e 28,9% não estudavam nem trabalhavam. Esses dados sugerem uma associação entre a participação de renda do idoso no orçamento familiar e co-residência como estratégia de sobrevivência.²³ Os idosos dependentes formam um conjunto especial, ficando no centro de possíveis conflitos familiares, pois muitas vezes sua presença é desencadeadora dos mesmos.²⁵

Os estudos tem identificado preocupações com uma geração, talvez sacrificada, madura ou idosa jovem, como geração sanduíche ou intermediária entre os mais velhos e os mais jovens, em termos de assistência, partilhas, contribuições variadas, pressões, trocas e retribuições²¹. Segundo Drane, a expansão da população de idosos muito velhos (maior que 85 anos) traduz-se num aumento de pessoas com algum grau de deficiência, que necessitam de algum tipo de cuidado de longa

duração, o que é muito caro, aumentando a pressão econômica devido a essas despesas sobre os mais jovens. Cada vez mais frequentemente, os familiares mais jovens expressam ressentimentos ao longo de sacrifícios que são necessários para cuidar dos idosos necessitados, pais e avós. A família e amigos é a rede de suporte para a maioria de idosos que necessitam de cuidados, pois os programas governamentais tendem a ser para cuidados agudos em vez de cuidados de longa duração. Ou seja, eles abrangem um quadril quebrado, mas não a incapacidade para alimentar-se.⁹

As questões bioéticas levantadas incluem os limites das relações associativas ou relacionais, refletindo e discutindo sobre os membros mais jovens das famílias, ressentidas, atuando como tutores de membros idosos.⁹

Na sociedade contemporânea, em que a apologia ao culto do corpo é observada diariamente nos meios de comunicação em massa, apregoando a necessidade de adoção de práticas de rejuvenescimento ou de adiamento do envelhecimento, a velhice nos é mostrada como um sinal de equívoco e descuido. Nesse discurso anti-envelhecimento, o velho nos é apresentado como o portador de excesso 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. O desrespeito social, quando não o desprezo do envelhecimento, representam constantes ameaças para a auto-estima e dignidade dos idosos. A marginalização de muitas pessoas de idade, sua invisibilidade, como outros a definir suas necessidades e sua relativa impotência, tem implicações éticas.¹⁰ Não importa a cultura, o envelhecimento implica sempre em crescente vulnerabilidade fisiológica e psicológica e ao aumento da probabilidade de morte. As perdas estão em toda parte na velhice. Mesmo para as pessoas que tem boa saúde e estão rodeadas pela família, ser velho significa ser solitário. Solidão envolve sentimento de perda, avaria e depressão. Mesmo que a velhice, a perda e a depressão não sejam um fenômeno novo, a questão hoje é: — como vamos ajudar a crescente população de idosos a descobrir sentido na vida e manter a esperança?⁹ Para Pineschi, há a necessidade de que a sociedade entenda o idosos de uma maneira holística, valorizando suas características, respeitando seus medos, entendendo suas doenças, suas carências, seus objetivos e seus limites. Há que se procurar abolir ou diminuir os preconceitos existentes em relação ao idoso, procurando entender o que é envelhecimento e as limitações por ele impostas, que culminam com uma dependência que, não raramente, afetam a auto-estima por vários motivos, mas principalmente, por interferirem com sua autonomia e privacidade.²⁸ Holstein afirma que o problema não é inverter o paradigma dominante do declínio-perda e enfatizar o seu oposto, como o avô alpinista; mas temos que encontrar formas de aceitar que o bem-estar humano (embora não necessariamente sem sofrimento) é possível, mesmo em face da doença, perda e morte.¹⁰

Qualquer abordagem ética do envelhecimento tem que discutir os problemas de perdas e depressão. Temos visto o foco concentrado sobre os aspectos externos da vida. Os internos e existenciais, ou psiquiátricos não são abordados. Não podemos

esquecer a questão do significado na velhice. Se o idoso não vai fazer compras, viajar, dançar..., que tipos de papéis e responsabilidades para o envelhecimento as pessoas podem despertar nas comunidades e, depois, implementar?⁹

A bioética mais humana do envelhecimento sugere o despertar mediante políticas públicas que permitam enfrentar as necessidades mais prementes dos idosos enfermos. Os objetivos ideais de uma ética social são mais fáceis de identificar do que as políticas concretas necessárias para cumprir as metas. A ética do envelhecimento tem que ser razoável para resolver a superficialidade e a artificialidade na experiência secular da cultura contemporânea.⁹

Alocação de recursos para saúde: um equilíbrio possível?

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais.²⁷ O envelhecimento é, em certa medida, resultado da capacidade técnica de melhorar a saúde das pessoas. Logo, a pressão que se observa nos sistemas de saúde decorre de seu próprio sucesso, que não se limita à extensão da longevidade, mas também à mudança na forma como os anos a mais são vividos.¹⁵ Assim, as questões maiores do sistema de saúde e assistência social não são ligadas à necessidade de internação e de cuidados intensivos aos muito idosos e muito doentes, cujas moléstias tiveram início na velhice. A questão maior é que essas demandas somam-se às decorrentes do agravamento de doenças crônicas, que tiveram início na vida adulta, com o seu seqüito de internações e cirurgias, consultas ambulatoriais, diagnósticos e remédios.²¹ Admitindo-se que os recursos são por definição limitados, não sendo capazes de contemplar todas as necessidades em saúde de todos os cidadãos, devemos nos perguntar quais os valores ético-políticos e procedimentos de priorização deveriam ser adotados para aplicação dos recursos disponíveis?²⁶ Qual o critério considerado para se abrir mão ou não do uso de uma tecnologia de ponta em um idoso? Uma das fronteiras para se impor gastos em saúde é estabelecer limite de idade para determinados procedimentos de alta complexidade.² Atualmente, a alocação de recursos e os dilemas morais envolvidos adquirem, no interior de uma “cultura dos limites”, algumas características fundamentais. Em primeiro lugar, temos a pluralidade de valores e interesses compartilhados pelos diferentes sujeitos sociais, exigindo a igual consideração desses valores e interesses e uma boa dose de predisposição para o entendimento. Em segundo lugar, temos o progresso médico que, por um lado, permite minorar o sofrimento humano, proporcionando um significativo aumento na duração e de qualidade de vida, e por outro lado, acarreta um aumento nos custos sociais e econômicos decorrentes de sua capacidade de intervir sobre os fenômenos da vida.²⁶ Portanto, existe a necessidade da hierarquização dos problemas e das soluções que se apresentam, para que não se perca a coerência na assistência ao idoso. Deve ser lembrado que à medida que o envelhecimento progride, o prognóstico passa a ocupar lugar

de destaque em relação ao diagnóstico e algumas terapêuticas indicadas. Torna-se imperativo avaliar o risco-benefício de certas condutas, que podem ser tão agressivas que não se justifiquem face ao contexto que se apresenta.²⁸

A importância econômica do gasto exige um planejamento múltiplo, já que é impensável que somente o sistema público possa fazer frente ao gasto com o cuidado aos doentes. A institucionalização de todos os afetados não é possível, seja por motivos de custo ou por motivos de qualidade de assistência, que deve priorizar a promoção da saúde visando um envelhecimento bem sucedido.²⁹

No Brasil, a legislação de proteção social avançou muito em anos recentes e, certamente, o marco desse processo foi a promulgação do Estatuto do Idoso (lei 10.741 de 1º de outubro de 2003). Na saúde, pode-se considerar um marco no SUS a portaria 399, de 22 fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Esta política tem por propósito trabalhar em dois grandes eixos, tendo como paradigma a capacidade funcional da população idosa: as pessoas idosas independentes e a parcela frágil desta população.³⁰ Nesse sentido, o desafio é organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar. Assim sendo, a porta de entrada do usuário acima de 60 anos é a unidade básica de saúde, via demanda espontânea ou busca ativa (através de visitas domiciliares executadas pelas equipes de saúde da família).³⁰

Cabe menção, que neste processo de organização da rede e das ações voltadas para a população idosa, a parcela desta população que se encontra institucionalizada, deve merecer atenção especial. A regulamentação do funcionamento das instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), como responsabilidade do gestor federal de saúde, prevista no item 4.2 da Política Nacional de Saúde do Idoso (portaria 1395/99), foi publicada em setembro de 2005, sob a forma de RDC da Anvisa (RDC 283, setembro 2005).³⁰

Medicina Paliativa: uma jovem especialidade a cuidar da velha humanidade

A Medicina Paliativa é talvez a mais nova especialidade médica, surgida em decorrência do envelhecimento populacional e da alta tecnologia.³⁷ Foi reconhecida como especialidade em 1987, no Reino Unido, sendo definida como “O estudo e gestão dos pacientes com doença ativa, progressiva e ultra-avançada, para os quais o prognóstico é limitado e o enfoque do cuidado é a qualidade de vida” (Doyle et al, 2005).¹⁹ Dentro na medicina paliativa, um dos tópicos mais importantes é o cuidados ao fim da vida.³⁷ Para exercer esses cuidados, torna-se necessário o envolvimento de outros profissionais, tais como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos, capelães..., numa estratégia quase sempre multiprofissional ou inter-disciplinar; portanto, antes que medicina paliativa, exercemos “cuidados paliativos”.¹⁹

Em 2002, os “cuidados paliativos” foram definidos pela OMS

como:... “uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente à problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual”. Há que se registrar, as duas maiores personalidades da contemporaneidade que revolucionaram a arte de cuidar dos pacientes que estão na fase final da vida: Cicely Saunders, que introduziu no contexto dos cuidados de saúde uma filosofia de cuidados paliativos institucionais, e Elizabeth Klüber-Ross; que inovou ao descrever todo o processo pelo qual passa a pessoa no final da vida. Saunders propõem que “o sofrimento somente é intolerável se ninguém cuida”. Klüber-Ross introduziu o estudo da Tanatologia na área médica e também impulsionou os hospícios nos EUA.¹⁹ Em 1969, escreveu o seu mais importante livro: “Sobre a Morte e o Morrer”, no qual descreveu os estágios pelos quais passam as pessoas quando estão na fase final da vida: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Os cuidados paliativos, não pretendem colocar a morte como um objeto a ser aprendido para ser dominado. Pretendem sim, apresentar algumas reflexões sobre as práticas de cuidados ao paciente terminal e sugerir estratégias de cuidados; apropriando-se de conceitos e práticas que resgatam valores humanísticos.²⁶ Diante dessas reflexões, pode-se citar a obra pioneira de Cassel: “Cuidados Paliativos em Geriatria”; esta especialista destaca a convergência de dois conceitos radicais, historicamente distantes – de um lado, cuidados paliativos, de outro, medicina geriátrica — “convergem, cada um ampliando o objetivo e revigorando o outro, e passam a ter grande potencial no aprimoramento da qualidade dos cuidados” (Morrison, Meier, 2003). Numa perspectiva integradora, os cuidados paliativos e os valores fundamentais da geriatria coincidem: — o paciente está no centro dos cuidados, a expectativa é de uma abordagem interdisciplinar, holística e compreensiva; além de paciente e família serem vistos como uma única unidade de cuidados.¹⁹

A filosofia dos cuidados paliativos hoje reconhece que existe uma transição gradual e a necessidade de equilíbrio entre as tentativas legítimas de prolongar a vida quando se tem chances reais de recuperação e a gestão paliativa dos sintomas e aceitação de um processo que não tem mais cura.¹⁹ A palição consiste numa mudança na forma de intervenção, onde o objetivo é o alívio, o suporte e o conforto. Assim, quando uma doença é irreversível, o enfoque do tratamento deixa de ser curativo e o objetivo é a qualidade de vida, através da correta identificação dos sintomas e alívio de qualquer forma de sofrimento, que físico, emocional e até espiritual. Jamais se deve tratar aquilo que é intratável, nem tentar curar o que é incurável. O corolário da medicina paliativa é: existe um limite para a cura e o tratamento; mas não para os cuidados.³⁷

Freqüentemente, os médicos são treinados a fazer questionamentos com seus pacientes e familiares sobre reanimação cardiopulmonar e grau de investimento, porém, não se discute sobre como deve ser realizada a aproximação com o doente, sua família e também sobre a importância de oferecer ao paciente terminal uma morte digna e tranqüila.³¹ As

questões éticas em cuidados paliativos baseiam-se no reconhecimento do fato de que o paciente incurável ou em fase terminal não é um resíduo biológico por quem nada mais pode ser feito, um necessitado de anestesia, cuja vida não deve ser prolongada desnecessariamente. Estamos sempre diante de uma pessoa e, como tal, capaz até o momento final de relacionamento, de tornar a vida uma expectativa do crescimento e de plenitude.¹⁹ Em 2006; o Conselho Federal de Medicina, através da resolução 1.805/2006, norteia a conduta médica e determina: “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal”.

No Brasil, ainda não encontramos disciplinas como Bioética, Sociologia e Antropologia Médicas, e Filosofia incorporadas às disciplinas tradicionais das instituições de ensino médico. É certo que algumas instituições já incorporaram algumas dessas disciplinas e atividades culturais, entretanto, na grande maioria das escolas médicas ainda existe uma resistência à incorporação desses saberes e práticas.²⁶

A grande importância da medicina paliativa como nova especialidade, é a qualificação dos profissionais para lidar com uma pessoa em fase terminal de doença. A comunidade médica em geral não está muito familiarizada com ela. Acompanhar a morte de um paciente é, para muitos médicos, o fracasso de sua atuação profissional, e não o processo natural da vida.³⁷ Os profissionais devem reconhecer os limites da medicina e evitar o excesso de tratamento, a chamada distanásia, ou o tratamento fútil e inútil. É importante desafiar a ilusão de que existe somente uma forma de lidar com a dor e o sofrimento: eliminando-os. É necessário enfatizar que a chamada “dor total”, conceito cunhado por Cicely Saunders, que se expressa no medo da morte, na ansiedade da separação, na solidão, no lidar com difíceis questões existenciais, o sentir-se um peso para os outros como um dependente inútil, não pode ser tratada ou cuidada somente por meio de instrumental técnico-científico.¹⁹ Os grandes avanços da medicina instrumental não se acompanharam de progressos na atenção aos pacientes. É como se os progressos científicos (efetividade) fossem incompatíveis com os cuidados (afetividade). Hospitais dispõem de equipamentos e tecnologias de última geração, mas são incapazes de desempenhar sua função primeira: oferecer hospitalidade. Para alguns autores: “... ao secularizar os tratamentos, o hospital parece que se desumanizou”. Daí surgem os movimentos para humanização dos serviços, como se a aplicação da técnica fosse “desumana”.²⁶ O fator humano parece formado para desempenhar papel de máquina reparando outras máquinas. Não são formados para desempenhar uma parte significativa de sua função que é cuidar de seres humanos. É mediante o respeito à morte dos indivíduos pelo médico que preserva-se a subjetividade de ambos. A tentativa do ensino médico de retirar da morte a sua importância acarreta a morte do ensino médico e da própria medicina.²⁶

A pesquisa, como instrumento para educação médica continua-

da, também tem suas peculiaridades quando voltada à pacientes em fase terminal de doenças. As questões éticas envolvidas atribuem-se especialmente por causa da vulnerabilidade desse grupo de pacientes e sua inabilidade de tomar parte no processo de decisão, pois existe alta incidência de desordens cognitivas e dificuldades em se conceder seu consentimento livre e informado, uma vez que existe dependência da instituição em que são cuidados, sentimentos de gratidão, entre outros elementos intervenientes.¹⁹

Os cuidados paliativos se constituem hoje numa importante questão de saúde pública. Daí, necessitarmos que o próximo passo seja a introdução dos cuidados paliativos no curso principal de medicina e em programas de educação continuada na área da saúde, quer para os profissionais quer para o público em geral.¹⁹ Nos países onde os cuidados paliativos estão bem organizados existe pouca procura por hospícios, há poucos cursos e insuficiente formação nesta área de graduação e pós graduação médicas, formando-se um cenário desafiador, onde há muito para ser realizado em termos de pesquisa, ensino, organização de serviços e formação de recursos humanos, cenário também verificado em nosso meio.³⁶

À despeito desse cenário desafiador, algumas iniciativas governamentais recentes trazem um alento para a possibilidade de se construir uma rede de cuidados no fim da vida. Um indício dessa sensibilidade emergente é a implementação dos centros de alta complexidade em oncologia (Cacon) e a instituição do Programa Nacional de Assistência a dor e Cuidados Paliativos no SUS.²³ Outra iniciativa, baseada nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é a implementação da capacitação de profissionais. A partir dessa perspectiva, a educação permanente assume relevância estratégica como mais uma ferramenta de gestão em saúde pública. A inserção dessa proposta no Pacto pela Vida, representa uma vitória para os profissionais de saúde, na medida em que as três esferas do governo assumem que a educação e qualificação de profissionais nessa área é prioridade.

Conclusão

A Bioética, no mundo contemporâneo, assume um valor inestimável para a sobrevivência da humanidade, como já previa Potter¹. Em meio aos grandes avanços tecnológicos, atua como a voz interna, a consciência moral de pesquisadores e cientistas dos mais variados campos do saber.

Respondendo a questão norteadora deste estudo, sobre como a Bioética tem abordado o envelhecimento; verifico que suas contribuições avançam em direção ao auto-conhecimento do indivíduo, e consequentemente, da própria sociedade, que envelhecendo tenta adaptar-se à nova realidade e suas conseqüências. A busca pelo aperfeiçoamento interno é vista como a chave para a prevenção de males como a solidão e a depressão, que na maioria das vezes não são curadas somente com medicamentos.

A Bioética propõe a reflexão e a discussão da sociedade sobre como encontrar sentido no processo de envelhecer; questiona a busca desenfreada do rejuvenescimento baseado em “fatores externos”, que atuam apenas como “analgésicos” diante da dor

causada pela percepção do declínio e da perda. Ao atuar como mediadora das questões morais, a Bioética surge como fonte de conhecimento técnico para resolução de equações como a promoção de políticas de saúde pública para a população idosa, preservando a equidade e universalidade. Diante do significado hegemônico reconhecido por Hellegers, de Bioética como ética biomédica, constata-se o consenso de vários autores sobre a necessidade da disseminação desse saber como conhecimento científico; desenvolvendo uma educação formal que objetive a preparação dos profissionais de saúde, médicos ou não, para lidar com as questões vinculadas ao envelhecimento, à fragilidade e à finitude. A disseminação dos conhecimentos em cuidados paliativos passa a ser imprescindível, tanto para atender à necessidade de profissionais qualificados; como um instrumento de gestão em saúde pública, visando diminuir a pressão sobre os sistemas de saúde. O cuidado que deve ser iniciado com a busca do conhecimento do próprio médico, de suas possibilidades e limitações, e a aceitação da vulnerabilidade profissional diante de questões como o tratamento de pacientes em fase terminal. Vivenciar o sofrimento do próximo e oferecer-lhe algo mais que morfina ou sedativos, pode ser a descoberta que irá revigorar muitos profissionais, que entediados com a constante pressão dos sistemas de saúde público e privado, vem atuando como “zumbis”, repetindo-se em condutas que tornam-se frias e mecânicas. Faz-se necessário que os profissionais tomem consciência do caráter finito de sua própria vida, para que desejem aprender sobre as formas amorosas e dignas de lidar com a finitude do ser.

A pesquisa realizada não encontrou consenso entre os autores sobre critérios para priorização em alocação de recursos para saúde; como também não identificou a existência de uma estratégia para implantação da Bioética como parte do currículo formal universitário dos profissionais de saúde. Num futuro breve, será possível desenvolver novas pesquisas que avaliem a repercussão das ações do Ministério da Saúde, implementadas através do Pacto pela Vida em 2006, iniciadas em 2007; tais como eficiência e abrangência dos programas de assistência farmacêutica e internação domiciliar, assim como a estratégia de educação continuada e capacitação dos profissionais de saúde. Outras áreas a serem exploradas, residem na educação de graduação e pós-graduação, que necessitam de reformulações para acompanhar as demandas da sociedade que envelhece; formando profissionais dinâmicos, questionadores e buscadores de novos horizontes.

Referências Bibliográficas

1. Pessini L. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In: Freitas EV, Py L, Cançado FX, Doll J, Gorzoni ML, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 154-63.
2. Rego S. Contribuições da bioética para a saúde pública. Cad. Saúde Pública. 2007;23(11).
3. Ibiapina S. Bioética clínica e a terceira idade. Rev Bras Bioética. v.1, nº3- 2005
4. Januário H, Zaher VL, Rosito MMB. Ensino da bioética nas

- faculdades de medicina do Brasil. Centro Universitário São Camilo- 1 (1):76-90-2007
5. Sobral B. Bioética, gerontologia e saúde pública. In: Soares, André M [et al]: Bioética, Envelhecimento e Interdisciplinaridade – Rio de Janeiro – Papel Virtual, 2004 – p.63-91
6. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Revista de Psicologia da USP- v.14 nº 2 -2003
7. Schramm FR. Bioética para quê? Revista Camiliana de Saúde- ano I, v.1 nº2- 2002. p.14-21
8. Garrafa V. Introdução à Bioética. Revista do Hospital Universitário UFMA-v.6 nº2 -2005. p.9-13
9. Drane JF. Aging and dying- Medical and ethical considerations. Acta Bioethica- v.7 nº1- 2001. p.97-106
10. Holstein MB. Moral prisms: Ethics and older person. Acta Bioethica- v.7 nº1- 2001. p. 43-55
11. Dodds S. Gender, ageing and injustice: Social and political contexts of bioethics. J Med Ethics- 31: 295-298. 2005. (disponível em www.jmedethics.com)
12. Turner L. Biotechnology, bioethics and anti-aging interventions. Trends in Biotechnology- v.22 nº5. 2004. (disponível em www.Sciencedirect.com)
13. Floriani C.A, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Cad. Saúde Pública – v.23 nº9 . 2007. Rio de Janeiro.
14. Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. Cad. Saúde Pública – v.20 nº5. 2004. Rio de Janeiro.
15. Diniz D, Medeiros M. Envelhecimento e alocação de recursos de saúde. Caderno de Saúde Pública – v. 20 nº5. 2004. Rio de Janeiro
16. Prado SD, Sayd JD. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: Pesquisadores, temas e tendências. Cien Saúde Colet – v.9 nº3 . 2004. Rio de Janeiro
17. Lago PM, Lopes MHI. Cuidados com o final da vida: como abordar este difícil tema? Scientia Medica – PUCRS – v.15 nº1. 2005. Porto Alegre.
18. Burlá C, Py L. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. Revista Bioética – v. 13 nº2. 2005
19. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. O Mundo Saúde – ano 29 v.29 nº4. 2005. São Paulo.
20. Conselho de Medicina do Rio de Janeiro. Bioética e Medicina./ Comissão de Bioética do Cremerj- Rio de Janeiro- Navegantes editora e gráfica. 2006
21. Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento humano no Brasil. In: Freitas EL . Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan;2006.
22. Melo AGC. Os cuidados paliativos no Brasil. O Mundo Saúde 2003, 27: 58-63
23. Brasil. Portaria nº 19 / Gm 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Disponível em www.portalsaude.gov.br/sas.
24. Saad PM. Transferências de apoio intergeracionais no Brasil e na América Latina. In: Camarano AA(org). Os novos brasileiros:

muito além dos 60? Rio de Janeiro; Ipea, 2004.

25. Pacheco JL. Os conflitos familiares e o idoso. In: Caldas CP(org). Saúde do idoso: A arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro. Interciência; 2004

26. Ribeiro CDM. A moralidade da alocação de recursos: o caso dos pacientes renais crônicos. *Jornal do Cremerj*. Ano XI; nº 108; p.12, setembro 1999.

27. Veras R. Fórum: Envelhecimento populacional e as informações de saúde do Pnad: Demandas e desafios contemporâneos. *Caderno de Saúde Pública*. v.23, nº10. Rio de Janeiro, 2007.

28. Pineschi A. A Bioética e o idoso. *Jornal do Cremerj*. Ano XVI; nº152, p.12, maio 2003.

29. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*. v.19, nº3. Rio de Janeiro, 2003.

30. Telles JL. Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do Pacto pela Vida/ Saúde da população idosa 2006/2007. disponível em: www.portalsaude.gov.br.

31. Hill PT. Treating the dying people: the challenge for medical education. *Arch. Intern. Med.* 1995; 155: 1265-9.

32. Curtis JR, Donald L, Shannon S. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care unit. *Crit Care Med.* 2001;29:26-33

33. Azoulay E, Chevret S, Lelon G. Half the families of intensive care units experienced a inadequate communications whit physicians. *Crit Care Med* 2000;28:3044-9

34. Carvalho P, Rocha T, Lago P. Modos de morrer numa UTIP de um hospital terciário. *Rev Assoc Med Bras.* 2001;47:325-31.

35. Emanuel LL, Danis M, Pearlman RA. Advance care planning as a process: structuring the discussion in practice. *J.Am. Geriatric.Soc.* 1995;43:440-6

36. Silva RCF. Cuidados Paliativos Oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde.[tese]. Rio de Janeiro: ENSP, Programa de mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública, 2004.

37. Burlá C. Lidando com a finitude e a morte. In: Caldas CP. Saúde do idoso: A arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro. Interciência, 2004.

Correspondência:

Giliane Carvalho e Silva

Rua Uruguai, 385/102

20510-060 – Tijuca - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21)2238-8120

e-mail: gilianecs@yahoo.com.br
