

Atenção médica aos pacientes idosos

Medical assistance to aged patients

Atención médica a los pacientes envejecidos

José Eduardo de Siqueira*

RESUMO: O autor analisa as profundas modificações que ocorreram no exercício da medicina, particularmente no atendimento à pessoas idosas, em função do desmedido crescimento da tecnologia biomédica, fato este desamparado de uma reflexão ética do profissional. O modelo cartesiano-flexeneriano que conduz a formação médica introduziu variáveis na atenção à saúde do paciente idoso que resultaram em dramáticas mudanças no relacionamento médico-paciente. O uso acrítico da tecnologia biomédica descaracterizou a medicina como arte, levando o médico a perder a dimensão complexa dos pacientes idosos como pessoas biopsicossociais e espirituais. Argumenta ser necessário introduzir mudanças significativas na formação profissional que contemplem o modelo humanista de medicina.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Educação médica. Serviços de saúde para idosos.

ABSTRACT: The author analyzes the deep modifications affecting the exercise of medicine, particularly in assistance to aged people, due to the enormous growth of biomedical technology, a fact that requires an ethical reflection by health professionals. The Cartesian-Flexenerian model prevailing in medical education introduced variables in health assistance to aged patients that caused dramatic changes in the doctor-patient relationship. The non challenged use of biomedical technology deprived medicine from its characteristics as art, making doctors to not consider the complex dimension of aged patients as biopsychosocial and spiritual characteristics the. The author argues that we need to introduce significant changes in professional training in order to ponder about a humanist model for medicine.

KEYWORDS: Bioethics. Medical education. Health services for elderly.

RESUMEN: El autor analiza las profundas modificaciones que ha sufrido el ejercicio de la medicina, en especial en el atendimento a personas envejecidas gracias al inmenso crecimiento de la tecnología biomédica, hecho que ha sido descuidado por una reflexión ética de profesionales de salud. El modelo cartesiano-flexeriano que conduce la formación médica ha introducido variables en la atención a la salud del paciente envejecido que han resultado en dramáticos cambios en la relación médico-paciente. El uso acrítico ha anulado las características de la medicina en cuanto arte, llevando el médico a perder la dimensión compleja de los pacientes envejecidos como personas bio-psico-sociales y espirituales. El autor argumenta ser necesario introducir cambios significativos en la formación profesional que tengan como objetivo el modelo humanista de medicina.

PALABRAS-LLAVE: Bioética. Educación médica. Servicios de salud para los envejecidos.

“Sou velho. Acaso um velho não tem olhos? Não tem mãos, órgãos, dimensões, sentidos, afetos, paixões?”

Não é alimentado com a mesma comida, ferido pelas mesmas armas (...). Se nos cortas, não sangramos? Se nos envenenas, não morremos?”

Shylock – O mercador de Veneza

Introdução

As pessoas idosas sempre foram reconhecidas pela sociedade por avaliações ambíguas. Em princípio, por terem vivido muito, teriam a possibilidade de contribuir

com experiência e sabedoria para aperfeiçoar a construção da comunidade onde estão inseridos. Esta é a percepção de Cícero em *De Senectute* quando considerou a velhice a presença do passado no presente, o que qualificaria os idosos como colaboradores competentes para tornar mais harmônica a vida em sociedade¹.

A modernidade, entretanto, tornou o passado território de pouco valor. Nessas condições, os idosos somente serão mercedores de respeito, desde que não se transformem em peso demasiado oneroso

para o equilíbrio financeiro da gestão pública dos recursos investidos em saúde.

O envelhecimento da população mundial é, seguramente, o fator que mais preocupará as autoridades públicas no presente século. Em 1950, o percentual de pessoas maiores de 60 anos era 8,2%, alcançando em 2000 o índice de 10%.

As projeções feitas para 2050 mostram que o planeta abrigará 21,1% de pessoas idosas. Em nosso país, proporcionalmente, os índices são similares: em 1950, 4,9%; em

* Professor de Clínica Médica e Bioética da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Doutor em Medicina pela UEL. Mestre em Bioética pela Universidade do Chile. Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética. (2005-2007). Membro do board da International Association of Bioethics. E-mail: jtsique@sercomtel.com.br

2000, 7,8% e para 2050, estima-se a impressionante cifra de 23,6% de idosos presentes no convívio social².

Os idosos utilizam número elevado de consultas médicas (11/ano) quando comparado com as realizadas por pessoas jovens (1/ano). Em 1995, eles foram responsáveis por 38% do total de internações hospitalares nos EUA³.

A tendência de gastos crescentes com idosos enfermos é uma realidade universal. Estima-se que entre 1990 e 2020 haverá aumento de 7,9% na expectativa de vida dos cidadãos norte-americanos com idade superior a 65 anos, o que resultará em aumento de gastos para o Sistema Medicare da ordem de US\$ 98 bilhões⁴.

As últimas décadas do século XX foram marcadas por extraordinários avanços tecnológicos, o que resultou em maior realização de sofisticados exames e procedimentos terapêuticos invasivos para grande parcela da população idosa. Entre 1987 e 1995, o número de pacientes estadunidenses com idade superior a 65 anos que foram beneficiados por cirurgia de revascularização miocárdica saltou de 82.000 para 141.000, enquanto a indicação de angioplastia coronária cresceu três vezes, de 44.000 para 131.000. Importante considerar que a realização destes procedimentos cresceu de maneira mais significativa nos pacientes octogenários⁵.

Alguns pensadores ocidentais pretendem reconhecer três escolas de bioética: a anglo-americana, a europeia e a latino-americana. A primeira privilegiaria o respeito à autonomia da pessoa, a segunda com base na tradição filosófica grega e judaico-cristã, preocupar-se-ia com questões atinentes à fundamentação dos juízos morais. A latino-americana, embora ainda em construção, alimentar-se-ia das reflexões das duas escolas mais tra-

dicionais e se distinguiria de ambas por oferecer especial ênfase para as questões sociais, dando igual tratamento para fatos científicos e valores morais. Para melhor entender as diferenças de enfoque sobre os cuidados médicos oferecidos à pacientes idosos, considerando as diferentes realidades sociais, será interessante recorrer a dois livros publicados na década de 1990. De 1993, *Inclusion of Elderly Individuals in Clinical Trials* coordenado por Nanette Wenger, autora norte-americana e *Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica* de Eurico Thomas de Carvalho Filho e Matheus Papaléo Neto, professores da Universidade de São Paulo e publicada no Brasil em 1994. Das duas publicações, apenas a segunda trata do tema relacionado à problemas éticos em geriatria.

É óbvio que seria ingênuo fazer leitura reducionista dessas particularidades das mencionadas publicações e concluir apressadamente que os norte-americanos privilegiam os dados objetivos da ciência, enquanto os autores latinos, pretensamente mais humanistas, devotariam maior atenção aos valores éticos contidos nos fatos científicos. De qualquer modo, torna-se essencial refletir sobre a ponderação de Bernard Lown, ao declarar que;

“(...) a séria crise da medicina, só em parte está relacionada a custos crescentes, pois o problema é mais profundo que o meramente econômico. A razão básica é haver a medicina perdido o rumo, senão a alma. Rompeu-se o pacto implícito existente entre médico e paciente, consagrado durante milênios”⁶.

Teríamos perdido o rumo?

As grandes metrópoles, do mundo ocidental impõem a convivência de diferentes gerações e as

obriga a desiguais possibilidades de acesso ao mercado de trabalho pois valoriza a juventude ao tempo em que subestima a capacidade laborativa dos idosos.

Curiosamente, revivemos o modelo social da “polis” grega, onde a beleza da juventude era valorizada e a velhice menosprezada como se pode constatar pelas avaliações de dois dos maiores filósofos da antiguidade clássica: Platão e Aristóteles. Em *República*, o discípulo preferido de Sócrates, considerou “a enfermidade uma velhice precoce e a velhice uma enfermidade permanente”. Já Aristóteles, em *Retórica*, ofereceu a seguinte apreciação das pessoas idosas:

“os anciãos passados da maturidade têm como características (...) são mesquinhos, por terem sido humilhados por toda a vida (...) covardes e egoístas e vivem mais com a memória que com a esperança”⁷.

Alcança-se a velhice ocupando posições centrais em fotografias de famílias, esquecidas em álbuns de recordações, ao tempo em que nos divertimos ao assistir uma propaganda de cerveja, veiculada por canais de televisão brasileiros nos meses que antecederam o carnaval de 2005, onde se apresentava um patético cortejo de senhoras correndo trôpegas para alcançar dois rapazes que, para fugir das incômodas perseguidoras, mergulhavam em uma geladeira de bar onde encontravam alento nos braços de atraente e jovem cantora que os convidava a consumir a nova bebida.

Outrossim, a sociedade é manipulada por campanhas com a finalidade de promover o rejuvenescimento dos velhos. Incentivam-se os idosos a assumirem a condição de jovens, não somente na aparência física, mas também na assimilação de novos costumes. Para serem acolhidos pela sociedade de consumo, os idosos pre-

cisam renunciar a seus princípios morais e são coagidos a incorporarem hábitos incompatíveis com seus valores pessoais.

Elisabeth Kübler-Ross apresenta em seu último livro, pungente depoimento de uma paciente octogenária que assim se expressa:

“Somos como uma torta: damos um pedaço para nossos pais, outro para nossos amores, um pedaço para os amigos, para os filhos, e um outro para nossa profissão. No final da vida, algumas pessoas não guardaram nenhum pedaço para si mesmas e nem mesmo sabem que tipo de tortas elas foram”⁸.

Nas duas últimas décadas do século XX, a sociedade moderna descobriu o mercado de consumo representado pelas crianças e adolescentes. Passamos, então, a assistir boquiabertos, crianças trocarem as ingênuas travessuras próprias da infância por telefones celulares e produtos de embelezamento tais como cosméticos, perfumes e outras extravagâncias próprias de adultos. Há pouco tempo, a televisão apresentou um casal de meia idade declarando com entusiasmo que o presente de aniversário dado à filha de 15 anos fora uma cirurgia plástica para colocação de próteses de silicone nas mamas. O hedonismo e a genitalização dos afetos são merecidos adornos para uma sociedade fundada no individualismo e na precariedade dos relacionamentos humanos. Segundo Bauman, a pós-modernidade tornou líquidos valores como o amor, o respeito, a honestidade a responsabilidade e a solidariedade, entre outros⁹.

Nos países da Comunidade Europeia, mais de 30% dos idosos vivem sós, o que nos facilita compreender o alarmante contingente de anciãos encontrados sem vida em suas próprias casas no transcurso do inclemente verão europeu de 2000¹⁰.

A prática da medicina na sociedade líquida

O modelo cartesiano-flexeriano do ensino médico, introduziu práticas na atenção à saúde que resultaram em dramáticas mudanças no relacionamento médico-paciente. O extraordinário avanço técnico-científico aliado ao uso acríptico de métodos de semiologia armada descaracterizou a medicina como arte, levando o profissional a distanciar-se do ser humano biográfico, passando a percebê-lo tão somente como pessoas portadoras de doenças.

Heidegger definiu a tecnociência como: “(...) veículo que conduz a vida à pura instrumentalidade, inviabilizando o projeto de existência humana autêntica”. Jacques Ellul, foi ainda mais longe, reconhecendo a civilização da técnica como instrumento de anulação da liberdade humana e identificou “uma perversão do homem pela tecnologia, já que esta o desviou de seus objetivos essencialmente humanos”¹¹.

Se os conhecimentos científicos são cumulativos, a construção de valores éticos não o é. A ética não é meramente tempero a ser adicionado às iguarias da tecnociência, ao contrário, é ingrediente indispensável para tornar digerível os condimentados pratos preparados pela “high technology”. Não infrequentemente, os seres humanos são dominados pelo fascínio da tecnociência e criam a ilusão de que o acúmulo de conhecimentos é suficiente para fazê-los felizes. Bertold Brecht em *A Vida de Galileu* proferiu a implacável sentença:

“(...) talvez, com o tempo, descubrais tudo aquilo que se pode descobrir, e, contudo o vosso progresso não será mais do que uma progressão, deixando a humanidade sempre cada vez mais para trás. A distância entre vós e ela pode, um dia, tornar-

-se tão profunda que o vosso grito de triunfo diante de alguma nova conquista poderá receber como resposta um grito universal de pavor”¹².

O impressionante crescimento da tecnologia em medicina foi sendo assimilado de maneira inadequada na prática profissional, pois originalmente complementares, os métodos de semiologia armada transformaram-se em procedimentos essenciais para a realização de qualquer diagnóstico.

Atrofiou-se enormemente a destreza em realizar anamneses elucidativas e o exame físico detalhado transformou-se em exercício cansativo e desnecessário diante da precisão quase matemática das informações fornecidas pelos equipamentos. O que era complementar tornou-se essencial. Por que “perder tempo” ouvindo um paciente idoso descrever episódios de precordialgia, tontura e fraqueza ao deambular se a cinecoronariografia e a angiotomografia coronária revelam detalhes precisos da anatomia das artérias coronárias?

Devemos condenar a tecnologia? É óbvio que não! Fundamental é utilizá-la de maneira sensata e criteriosa, ou seja, fazendo-a complementar ao raciocínio clínico. Exemplo paradigmático da subversão promovida pelo uso insensato da tecnologia encontramos no artigo de Rozeman publicado com o sugestivo título: *Where did good old clinical diagnosis go?* O autor relata a “via crucis” de um paciente idoso submetido a cirurgia de revascularização miocárdica, que no pós-operatório tardio, passou a apresentar febre e anemia. Após ter sido examinado por um elenco de competentes especialistas e submetido a inúmeros procedimentos, entre os quais endoscopia digestiva e tomografia computadorizada da coluna, seguida de biópsia vertebral, as suspeitas diagnósticas

variaram de mieloma múltiplo a carcinoma originalmente do aparelho digestivo com metástase vertebral. O diagnóstico final somente foi realizado após a identificação, ao exame físico, de sopro sistólico mitral sendo a hipótese de endocardite bacteriana confirmada pela realização de hemocultura que revelou-se positiva para "*Staphylococcus Epidermidis*". O autor chama a atenção para o tortuoso roteiro utilizado até o estabelecimento final do diagnóstico, o que obviamente redundou em sofrimento pessoal para o enfermo e gastos desnecessários para o sistema público de saúde¹³.

Transposto para nossa realidade, este exemplo apresenta um dos mais sérios problemas bioéticos da atualidade, qual seja o da destinação de recursos públicos escassos para atender as demandas em saúde. Os EUA levaram quarenta e três anos, de 1938 a 1981, para atingir o primeiro bilhão de dólares investido em saúde, já o segundo, foi alcançado em apenas cinco anos de 1981 a 1986. Apesar dos altíssimos investimentos, os norte-americanos assistem à possibilidade de insolvência do Sistema Medicare. Se a maior potência econômica do planeta, que destina mais de 12% do PIB em atenção à saúde, considera insuportável esta situação, que tipo de avaliação poderemos fazer da realidade sanitária brasileira, onde o montante de recursos destinados para a mesma finalidade não alcança 8 % de nosso PIB?

Outro problema da maior relevância em bioética é representado pela insatisfatória relação médico-paciente. A vinculação entre profissional e enfermo, que o ato médico impõe, é resultado de dois movimentos que se completam. O do enfermo que procura o profissional e o do médico que acolhe o paciente. Embora ambos sejam qualitativamente distintos,

Hipócrates definiu-os por meio de uma única palavra, *philia*, que deve ser traduzida como amizade, amor, solidariedade e compaixão. Para Lain Entralgo, este sentimento não pode estar ausente quando da realização de quaisquer procedimentos médicos. A propósito, recorda depoimento do médico Gregorio Marañón:

"Yo no he tenido, en toda su transcendencia, idea del valor del elemento constitucional en medicina, como cuando hube de leer mis primeras historias clínicas: aquellas recogidas con tanta minucia, pero con tan mal método, en los últimos años de los estudios médicos y en los primeros de la vida profesional y hospitalaria. Se describían en ellas los síntomas, los análisis químicos y bacteriológicos y, a veces, las lesiones, es decir, la enfermedad, pero el enfermo no estaba allí. Ni una alusión a cómo era la persona que sustentaba la enfermedad"¹⁴.

Como formar médicos qualificados para atender adequadamente o ser humano enfermo e que direitos detém esta pessoa que procura os cuidados médicos? Müller, citado por Troncon, avalia que "as escolas médicas estão submergindo os estudantes em pormenores opressores sobre conhecimentos especializados e aplicação de tecnologias sofisticadas, restringindo a aprendizagem de habilidades médicas fundamentais, podendo isto levar a uma fascinação pela tecnologia, tornando o artefato mais importante que o paciente"¹⁵.

É óbvio que o fascínio pela tecnologia apontado pelo autor ocupa, não somente o imaginário do profissional, mas igualmente, os doentes que, com frequência, pressionam seus médicos para que solicitem o último método diagnóstico criado pela tecnociência ou que

lhes sejam prescritas as mais novas drogas apresentadas pelas empresas farmacêuticas. Essa somatória de equívocos acaba por transformar o profissional em prosaico intermediário entre a ganância de grandes empresas farmacêuticas e de equipamentos médicos e um enorme contingente de consumidores mal informados.

Desde as primeiras lições, o estudante de medicina é ensinado por metodologia analítica, que para bem compreender uma enfermidade deverá dividir o objeto de seu estudo em tantas partes quanto possível. Este modelo de ciência foi proposto por René Descartes, filósofo francês que no século XVII publicou *O Discurso do Método*, onde propôs que a busca do verdadeiro saber científico somente seria atingido por intermédio deste roteiro reducionista¹⁶.

O modelo vigente de ensino médico, inaugurado no início do século XX por Abraham Flexner é fiel herdeiro da proposta cartesiana. Em 1910, o famoso Relatório Flexner, impôs mudanças radicais e, então necessárias, no relapso sistema de ensino médico norte-americano¹⁷.

Atribui-se a Descartes a afirmação de que bastaria conhecer os deslocamentos e a velocidade dos corpos celestes para que fosse possível construir o Universo. A moderna Teoria de Cordas trata de fenômenos que ocorrem na ordem de 1 quatrilhão a 10 quinquilhões de unidades de energia e qualquer iniciado em física teórica sabe que os equipamentos ora disponíveis para ensaios experimentais não possibilitam verificação além de mil unidades de energia¹⁸.

Como apreender todas as "partes" do conhecimento se, a literatura científica apresenta anualmente mais de 1 milhão de comunicações, considerando-se apenas o que é publicado em inglês? O século XX

conheceu o Princípio da Incerteza de Heisenberg e a Teoria da Relatividade de Einstein que transformaram a física newtoniana em página virada da história da ciência. Impossível, hoje, estudar o Universo considerando-se apenas as variáveis matemáticas como pretendia Descartes. Ilya Prigogine, Prêmio Nobel de Química, assim resumiu em *O Fim das Certezas* a postura crítica do cientista moderno:

“não basta nem mesmo localizar a fraqueza oculta do edifício clássico (...) este é o significado do diálogo com a natureza (...) as leis físicas estão associadas à instabilidade, quer no nível microscópico, quer no macroscópico e descrevem os eventos enquanto possíveis, sem reduzi-los a consequências dedutíveis entre o que pode ser previsto e controlado e o que não pode sê-lo (...) discernimos novos horizontes, novas questões, novos riscos”¹⁹.

Sobre a formação médica

A aplicação do método cartesiano em medicina nos fez descrever o ser humano por meio de diferentes mecanismos: respiratório, circulatório, hormonal, muscular, ósseo, digestivo, imunológico, reprodutor, etc... Tentou-se empilhar as informações advindas destes compartimentos e acomodá-las em órgãos e sistemas contidos num grande saco epidérmico. Olhar para essa estrutura e imaginar que estamos diante de um ser humano é reduzir ao simplesmente biológico, o que, em verdade, é algo muito mais complexo, pois abrange territórios tão distintos quanto o psicológico, o social e o espiritual.

Aléxis Carrel, médico e fisiologista francês, assim se expressou em *O Homem, este Desconhecido*:

“(...) o homem que os especialistas conhecem não é o homem

concreto, o homem real. É apenas um esquema, ele próprio composto por esquemas construídos pelas técnicas de cada ciência”²⁰.

Considera-se o nascimento de Louise Brown em 25 de Junho de 1978, como o início da era da reprodução humana artificial e um divisor de águas no campo da complexidade da ciência moderna. Os anticoncepcionais, acessíveis desde os anos 1960, permitiram às mulheres o controle seguro sobre a procriação, já os anos 1980 tornaram possível a reprodução humana independente do exercício da sexualidade. Se ao final do século XX, a geração de “bebês de proveta” atingiu a cifra de milhões e o século XXI foi inaugurado com sofisticadas técnicas de congelamento de gametas e embriões, a pergunta a ser formulada ao próximo decênio poderá ser: O que nos reserva o domínio das técnicas de manipulação e terapias gênicas?

Efetivamente, como previra Hellegers no início dos anos 1970, nossos problemas em medicina no alvorecer do século XXI, são mais éticos do que técnicos. O ser humano, “o grande desconhecido” de Carrel é, em verdade, extremamente complexo e todos os médicos reconhecem não haver enfermidade que se manifeste fora de um temperamento pessoal, de vivências e experiências existenciais e, mesmo que ela se apresente com fisionomia semelhante no conjunto, seus traços particulares sempre mostram colorações singulares. Todo doente, na visão de Michel Foucault, sempre expressará a doença “com traços singulares, com sombra e relevo, modulações, matizes e profundidade, sendo que a tarefa do médico ao descrever a enfermidade será a de reconhecer esta realidade viva”²¹.

Fundamental, portanto, será reconhecer a necessidade de intro-

duzir mudanças no ensino médico com o objetivo de formar profissionais mais sensíveis e atentos aos novos horizontes que se apresentam à prática da medicina, pois é forçoso considerar que educar é muito mais que fornecer certificação acadêmica. Educar, não é simplesmente “instruir”, mas aperfeiçoar a formação do caráter de uma pessoa, o que significa que, além de habilidades técnicas, as universidades devem formar médicos que respeitem valores morais distintos daqueles que lhes são próprios e, isto não se consegue unicamente com ensinamentos de ordem deontológica²².

Ao subestimarmos valores biográficos do ser humano enfermo e o percebê-lo como um conjunto de variáveis biológicas, induzimos jovens estudantes de medicina a se transformarem em meros cuidadores de doenças. Qualquer médico sabe, por experiência própria, que uma doença raramente é orgânica ou psíquica, social ou familiar. Todo profissional reconhece que a enfermidade é simultaneamente biológica, psicológica, social e familiar.

Quando um paciente procura atendimento médico, invariavelmente o faz, não simplesmente para livrar-se de um mal-estar físico circunstancial. A relação médico-paciente, portanto, nunca deixará de ser um encontro intersubjetivo vivenciado por duas pessoas e, por mais assimétrica que ela seja, somente será adequada se conduzida com acolhimento, escuta ativa e esperança de cura ou alívio e conforto para o que sofre. Gaillard identificou seis etapas imprescindíveis desse encontro para que o ato médico seja bem efetuado: acolhimento, anamnese, escuta ativa, realização do diagnóstico, elaboração da prescrição e separação²³.

Lain Entralgo propôs três princípios fundamentais para que se desenvolva a relação médico – paciente harmoniosa:

1. Princípio da máxima capacidade técnica: o médico precisa ter esmerada formação profissional que o habilite a usar com prudência e sensatez todo o aparato tecnológico oferecido pela biomedicina.
2. Princípio da obra bem feita: deverá o profissional utilizar sua capacidade intelectual e habilidades técnicas tendo sempre como guia moral o bem do paciente.
3. Princípio da autenticidade do bem: em situações de conflitos morais, deve o médico privilegiar os interesses e valores do paciente²⁴.

Considerando esses princípios, como avaliar o atendimento médico prestado a um paciente idoso que se apresenta para consulta queixando-se de cefaleia, tontura e ansiedade e que o exame físico revela índice tensional de 180 x 100? Será suficiente que, após dez minutos de atendimento, o profissional prescreva-lhe um hipotensor de última geração? O modelo reducionista proposto pela medicina cartesiano-flexeneriana tornou real a improvável linearidade entre sintoma, índices pressóricos e a real dimensão da enfermidade que afeta aquela pessoa.

Diretrizes obrigatórias para a adequada formação médica são apontadas pela Comissão Institucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) de nosso país:

1. adquirir habilidades e conhecimentos que lhes permita identificar os problemas básicos de saúde do indivíduo e da sociedade;
2. ter flexibilidade profissional que lhes permita ser eficientes e considerar os valores, direitos e a realidade socioeconômica de seus pacientes;
3. aprender métodos científicos e postura ética que lhes permita

tomar decisões adequadas que, expressas no trabalho clínico, sejam eficientes e respeitadas ao ser humano e seu ambiente;

4. ter formação que lhes possibilite aprender fazendo e aprender a aprender, procurando ativamente construir seus próprios conhecimentos²⁵.

Bernard Lown nos propõe a inquietante questão:

“(...) busca-se o médico com quem nos sentimos à vontade quando descrevemos nossas queixas, sem receio de sermos submetidos, por causa disso, a numerosos procedimentos; o médico para quem o paciente nunca é uma estatística (...) e, acima de tudo, que seja um semelhante, um ser humano cuja preocupação pelo paciente é avivada pela alegria de servir”⁶.

Somente alcançaremos formar o médico pedido por Lown e resgatar a arte perdida de cuidar, quando estivermos preparados para compreender o ensinamento de Maimônides, célebre médico do século XII, que considerava imprescindível ter sempre presente que “o paciente é um semelhante, transido de dor e que jamais deve ser considerado como mero receptáculo de doenças”²⁶.

Sobre a atenção à saúde dos pacientes idosos

Os idosos se converteram em objetos de estudo da medicina, e figuram como “estranhos no ninho” da sociedade de mercado que tudo avalia pelo horizonte utilitarista. Assim, são considerados “bons velhos”, aqueles que não representem ônus significativo para os cofres públicos. Que possibilidades terão de representação social se, invariavelmente, encontram-se limitados pela enfermidade e dependentes de cuidados médicos

dispendiosos? Como reconhecer direito ao pleno exercício de cidadania para estes inseguros atores? Estará preparada a sociedade para acolhê-los como pessoas dignas de atenção e respeito? Inúmeros são os relatos veiculados pela mídia de maus-tratos a idosos, asilados ou internados em hospitais gerais que os fazem sentirem-se desprotegidos e abandonados à própria sorte. Não infreqüentemente, são dominados pelo desânimo e passam a experimentar inexorável decadência física e mental.

Outra situação, igualmente incompreensível, é a desatenção dos profissionais em obter o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para a realização de procedimentos de investigação diagnóstica, o que caracteriza desrespeito ao princípio da autonomia do enfermo. O roteiro plausível para oferecer ao paciente o direito de decidir livremente sobre as propostas médicas obriga que o profissional reserve tempo suficiente para informar o paciente e assegurar-se que houve, por parte do mesmo, plena compreensão dos itens contidos no TCLE.

Como estabelecer este diálogo, senão reconhecendo a autonomia do enfermo e o fazendo por meio de processo deliberativo livre de qualquer tipo de coação? Outrossim, é preciso considerar que existe enorme diferença entre persuasão, atitude revestida de amparo ético, e coação, prática que pretende impor a vontade unilateral do médico, desconsiderando a opção do paciente.

Evidentemente é frustrante para o médico, não realizar um procedimento que julga benéfico para seu paciente. Esta, certamente, nunca será decisão de fácil aceitação por parte do profissional, entretanto, não reconhecer o direito do idoso em recusar qualquer procedimento é atitude

pouco razoável do ponto de vista ético. O idoso, quando competente, tem o direito de exercer sua autonomia para tomar decisões sobre seu próprio corpo, mesmo diante de opiniões divergentes do médico assistente.

Os médicos são submetidos, com enorme frequência, a duras provas decorrentes de diferentes percepções morais de seus pacientes, o que não deve ser interpretado como insucesso profissional, mas sim, como limitações próprias do ato de cuidar de pessoas detentoras de capacidade para tomar decisões autônomas.

Dois outros aspectos devem merecer nossa atenção: a medicalização da vida e a ocultação da morte. No Ocidente, ao mesmo tempo em que se imagina possível oferecer tratamento para todos os males físicos e mentais, a finitude da vida é tratada como prova de fracasso da medicina. Com relação a esse tópico, merece destaque o comentário sobre a finitude da vida exposto pelo jornalista Roger Rosemblat no periódico *New York Times*:

“Quando a morte era considerada um evento metafísico, exigia certo tipo de respeito. Hoje, que o processo se prolonga grandemente é visto como prova de fracasso. O moribundo é um monstro. É a mais inaceitável de todas as anomalias, uma ofensa à própria natureza (...) Num sentido bastante novo em nossa cultura, ficamos envergonhados da morte e procuramos nos esconder dela. A nosso ver é um fracasso”²⁷.

O segundo aspecto refere-se à formação profissional, e nesse particular, será útil considerar os dados descritos por Hill que, ainda que passados quinze anos da publicação de sua pesquisa, mostra-se atual. As conclusões expostas pelo autor sobre a educação médica

relativa aos cuidados devidos aos pacientes terminais demonstram que, entre as causas do despreparo dos médicos para tratar de questões ligadas à morte e ao processo de morrer, está a insuficiência de conteúdos programáticos sobre a temática oferecidos nas grades curriculares dos cursos de graduação e residência médica. O estudo apresentou dados que comprovavam que apenas cinco de 126 escolas de medicina estadunidense ofereciam ensinamentos sobre a morte e somente 26% de 7.048 programas de residência médica tratavam do tema como atividade obrigatória em algum momento da formação especializada²⁸.

Conclusão

Faz-se necessário, portanto, introduzir com maior ênfase temas de bioética na grade curricular dos cursos médicos e ouvir com atenção a recomendação de André Hellegers, primeiro diretor do Instituto Kennedy de Bioética considerando, já ao final do século XX, que seriam cada vez mais relevantes na prática médica os problemas de natureza ética quando comparados aos de ordem técnica.

Estudo realizado na Universidade de Londrina demonstrou quão distante estamos de capacitar os formandos em medicina no campo da ética. Quando profissionais egressos da Instituição foram indagados sobre temas de ética que não teriam sido incluídos no período de suas graduações no curso médico, as seguintes respostas foram prevalentes: 38,5% indicou a falta de abordagem de temas de ética propriamente dita, 33,8% apontou a não apresentação de conhecimentos da área de ciências humanas, 29,4% referiu-se a subestimação no tratamento do tema da relação médico-paciente, 29,1% indicou a ausência de reflexão referente à

temática da morte e do processo de morrer. São constatações que nos causam enorme perplexidade, especialmente porque, quase 40% dos entrevistados manifestou-se espontaneamente afirmando que não reconheciam como adequadas para formação ética as atividades curriculares oferecidas pela disciplina de Medicina Legal e Deontologia²⁹.

A propósito, duas observações que devem merecer permanente atenção do corpo docente responsável pela elaboração dos conteúdos da grade curricular do curso médico. A primeira é de Lown, um dos mais destacados cardiologistas do século XX, ao afirmar que:

“As escolas de medicina e os estágios nos hospitais, os preparam [os estudantes de medicina] para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico”⁶.

A segunda observação é apresentada na obra de Edgar Morin, “A cabeça bem-feita”, leitura igualmente indispensável para os professores de medicina. Diz o sociólogo francês: “A primeira finalidade do ensino foi formulada por Montaigne, ao considerar que mais vale uma cabeça bem feita do que uma bem cheia”. A cabeça bem cheia, mencionada por Morin, seria aquela em que o saber é acumulado, empilhado de maneira aleatória, não dispondo de um princípio de seleção e de organização que lhe ofereça sentido. Para a *cabeça bem feita*, mais importante que acumular saber, será a de deter aptidão para dispô-lo de maneira a permitir conhecer os problemas e princípios organizadores do saber, de tal modo a dar-lhes sentido³⁰.

Em síntese, o exercício da medicina, nos obriga a dominar em profundidade os aspectos clínico-patológicos das diferentes enfermi-

dades que afetam as pessoas idosas, atitude entretanto insuficiente, se deixarmos de considerar outras áreas do conhecimento, como as oriundas das ciências humanas. Lain Entralgo afirmava que para ser médico não bastaria apenas saber medicina, mas seria imprescindível ser fluente em humanidades médicas, o que deve ser compreendido como a capacidade para tomar decisões clínicas utilizando o método dialógico, considerando válidas

as diferentes percepções morais dos pacientes idosos e acolhê-los como pessoas na dimensão proposta pelo imperativo categórico kantiano, ou seja, reconhecê-los como seres autônomos e dotados de dignidade.

A rotina imposta aos médicos será sempre a de reconhecer e perseguir múltiplos objetivos, que podem ser complementares ou excludentes. Curar a enfermidade quando possível for, cuidar da insuficiência orgânica, compen-

sar a perda, aliviar os sofrimentos, confortar pacientes e familiares, acompanhar ativamente e com serenidade os últimos momentos da vida do idoso. Tarefa nem sempre fácil e isenta de frustrações, pois obriga os profissionais a considerar caso a caso, o justo equilíbrio nas tomadas de decisões clínicas, evitando a obstinação terapêutica em situação de terminalidade da vida, reconhecendo a finitude humana e as limitações da ciência médica.

REFERÊNCIAS

1. Cicerón MT. De Senectute. Madrid: Editorial Triacastela; 2001.
2. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Viana de Freitas E, Py L, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.p.58-71.
3. Katz SJ, Welch WP, Verrilli D. The growth of physician services for the elderly in the United States and Canada 1987-1992. *Med Care Res Rev.* 1997;54:301-20.
4. Lubitz J, Beebe Baker C. Lonevity and Medicare expenditures. *N Engl J Med.* 1995;332:999-1003.
5. Pocock SJ, Henderson RA, Richards AF. Meta-analysis of randomized trials comparing coronary angioplasty with bypass surgery. *Lancet.* 1995;346:1184-9.
6. Lown B. A arte perdida de curar. São Paulo: Editora JSN; 1997.
7. Gracia D. Ética de los confines de la vida. Bogotá: El Buho; 1998.
8. Kübler-Ross E, Kessler D. Os segredos da vida. Rio de Janeiro: Sextante; 2004.
9. Bauman Z. A sociedade individualizada. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.
10. Maturana CT. El viejo en la Historia. *Acta Bioethica.* 2001;7(1):107-19.
11. Bourg O. O homem artifício: o sentido da técnica. Lisboa: Instituto Piaget; 1999.
12. Brechet B. Teatro Completo. São Paulo: Paz e Terra; 1995.
13. Rozeman Y. Where did good clinical diagnosis go? *N Engl J Med.* 1997;336:1435-8.
14. Entralgo PL. Ciência, técnica y medicina. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
15. Troncon LE, Cianflone AR, Martin CC. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In: Marcondes E, Gonçalves EL. Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998.
16. Descartes R. Discurso del Método. 9a. ed. México: Parrúa; 1984.
17. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: the report for the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation; 1970.
18. Fiedler FN. Ciência, ética e solidariedade. In: Carvalho EA, Almeida MC, Coelho NM, Fiedler FN, Morin E, organizadores. Ética, solidariedade e complexidade. São Paulo: Palas Athena; 1998.p.31-47.
19. Prigogine I. O fim das certezas. São Paulo: UNESP; 1996.
20. Carrel A. O Homem, este Desconhecido. Porto: Editora Educação Nacional; 1938.
21. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.
22. Siqueira JE. Universidade: uma ponte para o futuro. In: Almeida M, organizador. A Universidade possível. Londrina: EDUEL; 2001.
23. Gaillard JP. O médico do futuro. Lisboa: Instituto Piaget; 1995.
24. Entralgo PL. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza Editorial; 1983.
25. Batista HA, Silva SHS. O professor de medicina. São Paulo: Loyola; 1998.

26. Siqueira JE. A arte perdida de cuidar. *Bioética*. 2002;10(2):89-106.
 27. Rosemlat R. *The New York Times*. nov 21;1993.
 28. Hill TP. Treating the dying patient: the challenge for medical education. *Arch Intern Med*. 1995;155:1265-9.
 29. Siqueira JE, Sakai MH, Eisele RL. O ensino da ética no curso de medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina. *Bioética*. 2002;10(1):85-95.
 30. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
-

Recebido em 10 de agosto de 2010
Aprovado em 24 de setembro de 2010