



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

DIOGO MARCELO FRAGUEIRO PINTO

Ética na Geriatria

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
DOUTOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO
DOUTOR ROGÉRIO VICENTE FERREIRA

MARÇO/2018

Índice

- Resumo	3
- Abstract	6
- Lista de Abreviaturas	9
- Introdução	10
- Materiais e Métodos	14
- Desenvolvimento	15
1. Dilemas éticos frequentes em Geriatria	17
1.1. Assegurar o princípio da autonomia	18
1.1.1. Determinação da capacidade de decisão	19
1.1.2. Consentimento informado	23
1.1.3. Assegurar confidencialidade ao doente	26
1.2. Assegurar o princípio da beneficência e não maleficência	27
1.3. Assegurar o princípio da justiça e equidade	29
1.4. Promover o Planeamento Antecipado de Cuidados e Directivas Antecipadas de Vontade	30
1.5. Cessar tratamento e abstinência terapêutica	32
1.6. Cuidados paliativos	34
1.7. Decisão de não reanimar	35
1.8. Futilidade médica	36
2. Evitar dilemas éticos por meio de uma comunicação médico-doente idoso eficiente	38
2.1. Relação médico-doente idoso	38
2.2. Comunicação médico-doente idoso	40
- Discussão/Conclusão	49
- Agradecimentos	52
- Referências Bibliográficas	53

Resumo

Introdução: Numa sociedade que demonstra uma tendência para envelhecer, é esperado que cada vez mais o médico se encontre a ter de cuidar de doentes idosos. Estes doentes merecem uma atenção singular pois as suas particularidades, médicas e psicossociais, frequentemente levam ao conflito de princípios da ética médica e, assim, ao surgimento de dilemas éticos. Deste modo, é crucial que os médicos estejam não só familiarizados com estas vicissitudes, mas também capazes de as solucionar. Neste cenário, a relação e comunicação médico-doente, com cuidados centrados no idoso e empatia por parte do médico, revestem-se de especial relevância. Ao mesmo tempo que são dificultadas por obstáculos que advêm com a idade, são também ferramentas indispensáveis que o médico tem à sua disposição para solucionar problemas que possam por em causa direitos do doente, como a sua autonomia, bem-estar, tomada de decisão partilhada, entre outros.

Objetivos: Apresentar alguns dos dilemas éticos com os quais os médicos mais comumente se deparam aquando do cuidado do doente idoso e compreender o papel da relação e comunicação médico-doente como meios de os resolver ou prevenir. Fomentar uma reflexão sobre estes temas, com vista a promover uma melhor prática clínica futura.

Métodos: Pesquisa online de artigos científicos através do motor de busca PubMed, através das seguintes palavras-chave: “*geriatrics*”; “*ethics*”; “*elderly*”; “*physician-patient relationship*”; “*communication*”; “*informed consent*”; “*end-of-life care*”. Consulta de livros, revistas, directrizes e legislação portuguesa, relacionados com os conteúdos explorados.

Desenvolvimento: Com o envelhecimento estão intimamente relacionados um aumento da taxa de doenças crônicas, um aumento do recurso aos cuidados de saúde por parte dos idosos e uma maior fragilidade e vulnerabilidade do indivíduo. Uma correta abordagem ao doente idoso terá de ter em conta estes fatores, na medida em que no decorrer dos cuidados a este tipo de doente, muitos dilemas éticos podem surgir, os quais o médico terá de saber solucionar da melhor forma. Tais dilemas põem frequentemente em conflito os princípios fundamentais da ética médica (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e podem assumir diversas formas, podendo levar o médico a ter de avaliar a capacidade cognitiva de um doente e assegurar que não existe comprometimento da sua capacidade de decisão (problema frequente neste grupo etário), necessária para um correto processo de consentimento informado; a discutir com o doente meios através dos quais este pode maximizar a sua autonomia, quando já não apresentar uma capacidade de decisão íntegra; a deparar-se com múltiplas decisões eticamente difíceis, como o caso da abstenção terapêutica; a ter de examinar o conceito de futilidade médica; entre outros. Aqui, a relação e comunicação médico-doente idoso adquirem um enorme relevo, já que, quando baseadas em valores como a confiança, empatia, intimidade e respeito, podem ser a chave para solucionar, ou até evitar, estes dilemas. São, no fundo, a essência da prática clínica. Tendo este papel central, é, assim, importante um médico aprimorar a sua capacidade de relacionamento com o doente, algo que é possível pondo em prática técnicas simples de abordagem a um doente idoso.

Conclusão: A elevada prevalência de doenças crônicas e degenerativas neste grupo etário, a fragilidade associada à velhice e as condições psicossociais de cada idoso são fatores que podem invocar diversos conflitos éticos durante os cuidados de saúde ao doente idoso. Uma ferramenta essencial na sua resolução e prevenção é a relação médico-doente idoso e a comunicação bilateral que lhe deve estar associada. Por estes motivos, e também por a qualidade e eficácia

desta comunicação estar diretamente relacionada com os resultados médicos obtidos, é necessário promover e desenvolver as capacidades de relação e comunicação do médico com os indivíduos deste grupo, devendo aquele fazer por inquirir quais os valores pessoais, receios e expectativas de cada um dos doentes. Pelas particularidades que lhes são inerentes, a abordagem médica destes doentes pode ser um grande desafio, mas que deve, cada vez mais, ser alvo de atenção, tendo em conta a sociedade em que vivemos e para a qual caminhamos.

Palavras-chave: “*geriatrics*”; “*ethics*”; “*elderly*”; “*physician-patient relationship*”; “*communication*”; “*informed consent*”; “*end-of-life care*”.

Abstract

Introduction: In a society that shows a tendency for aging, it is expected that physicians will increasingly have to take care of elderly patients. These patients deserve special attention because their medical and psychosocial particularities often lead to the conflict between the principles of medical ethics and, thus, the emergence of ethical dilemmas. This way, it is crucial that physicians are not only familiar with these issues, but also with ways to solve them. In this scenario, the doctor-patient relationship and communication, with centered care on the elderly and empathy by the physician, are of particular relevance. At the same time they are hampered by age-related obstacles, they are also indispensable tools that the physician has at his disposal to solve problems that may jeopardize patients' rights, such as their autonomy, well-being, shared decision-making, among others.

Objectives: To present some of the ethical dilemmas that physicians most commonly encounter when caring for elderly patients and understanding the role of doctor-patient relationship and communication as means of resolving or preventing them. To encourage a reflection on these issues, with the goal of promoting a better future clinical practice.

Methods: Online research of scientific articles through the medical database PubMed, using the following keywords: “*geriatrics*”; “*ethics*”; “*elderly*”; “*physician-patient relationship*”; “*communication*”; “*informed consent*”; “*end-of-life care*”. Consultation of books, journals, guidelines and the portuguese legislation, related to the explored contents.

Development: Aging is closely related to an increase in the rate of chronic diseases, the use of health care by the elderly and in the fragility and vulnerability of the individual. A correct approach to the elderly patient will have to take into account these factors, since that, while providing care to these patients, many ethical dilemmas may arise, which the physician must know how to best solve. Such dilemmas show a conflict between the major principles of medical ethics (autonomy, beneficence, non-maleficence and justice), and can take many forms, forcing the physician to assess a patient's cognitive capacity and ensure that there is no impairment of his ability (a frequent problem in this age group), necessary for a correct informed consent process; to discuss with the patient the means by which he can maximize his autonomy, when he no longer has a full decision-making capacity; to face multiple ethically difficult decisions, such as withdrawing and withholding treatment; to have to examine the concept of medical futility; among others. Here, doctor-elderly patient relationship and communication are of great importance, since that if based on values such as trust, empathy, intimacy and respect, they can be the key to solving or even avoiding these dilemmas. They are the essence of clinical practice. Having this central role, it is thus important for a physician to improve his or her ability to deal with the particularities of elderly patients, something that is possible by implementing simple techniques to approach these patients.

Conclusion: The high prevalence of chronic and degenerative diseases in this age group, the fragility associated with aging and the psychosocial conditions of each elderly are factors that may invoke several ethical conflicts during health care providing for elderly patients. An essential tool in its resolution and prevention is the doctor-elderly patient relationship and the bilateral communication that should come with it. Because of this, and also because the quality and efficiency of this communication is directly related to the medical results obtained, it is necessary to promote and develop the relationship and communication skills of the physician

with the individuals in this group, namely by inquiring them about their personal values, fears and expectations. Because of the particularities inherent to them, the medical approach of these patients can be a great challenge but one that must increasingly be focus of attention, taking into account the society in which we live and walk towards to.

Keywords: “*geriatrics*”; “*ethics*”; “*elderly*”; “*physician-patient relationship*”; “*communication*”; “*informed consent*”; “*end-of-life care*”.

Lista de Abreviaturas

- Comprehensive Geriatric Assessment (CGA);
- Directivas Antecipadas de Vontade (DAV);
- Instituto Nacional de Estatística (INE);
- Ministério da Saúde (MS);
- Organização das Nações Unidas (ONU);
- Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Reanimação Cardiorrespiratória (RCP);
- Suicídio Assistido por Profissionais (PAS);
- União Europeia (UE).

Introdução

O envelhecimento populacional que se verificou em décadas recentes afigura uma nova realidade da qual Portugal não se desvia, revelando-se, na verdade, como um dos países mais envelhecidos da Europa.[1]

Em 2006, dados do Ministério da Saúde (MS) anunciavam que a população com idade superior ou igual a 65 anos, em Portugal, rondava os 16,5% (cerca de 1.600.000 pessoas).[2] Estudos realizados em 2008 previam que, em 40 anos, na Europa, os indivíduos com idade superior a 65 anos iriam representar cerca de 30% da população mundial.[3] Outras previsões demográficas indicam que Portugal será, em 2050, um dos países da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos (cerca de 32%), o que se traduz num número perto de 2,7 milhões de pessoas com idade superior ou igual a 65 anos. Estes valores demonstram a evolução na esperança de vida, que evidencia um enorme progresso nos cuidados de saúde, mas que conduz, conseqüentemente, a um significativo aumento do número de pessoas idosas na nossa sociedade.[2]

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é o indivíduo com mais de 65 anos, independentemente do seu sexo ou do estado de saúde aplicável.[2]

Mas o que constitui a velhice está a mudar à medida que os doentes permanecem saudáveis até mais tarde na sua vida. Os idosos do século XXI podem estar mais saudáveis do que nunca, mas são também mais velhos do que nunca.[4]

Os recentes avanços e os novos recursos na área de medicina levaram a um aumento da esperança média de vida e da longevidade, havendo, assim, uma necessidade de aprimorar a qualidade dos serviços disponíveis às necessidades globais e aos aspetos biopsicossociais.[2]

O aumento da esperança de vida, de acordo com os dados já referidos, conduziu a uma mudança no perfil das patologias existentes, com um aumento considerável de patologias

crónicas e degenerativas que, por sua vez, conduzem a situações de doença prolongada, exigindo cuidados de longa duração (como é o caso das demências, doenças cardio e cerebrovasculares, neurológicas, etc., das quais resulta, muito frequentemente, a perda da autonomia).[2]

Estudos geriátricos e gerontológicos tiveram também de evoluir. O idoso, assim como qualquer outro indivíduo, é um ser multifacetado, constituído tanto por fatores intrínsecos como extrínsecos, com uma trajetória de vida única que torna relevante, do ponto de vista do cuidado/assistência, uma valorização superior de todos estes aspetos do doente, em especial nesta faixa etária.[2]

À medida que a população envelhece, os problemas geriátricos tornam-se mais comuns e transversais a todas as áreas da medicina moderna. A discriminação ou o preconceito contra a população idosa, anteriormente comum na sociedade e na medicina, não pode ter mais lugar nos cuidados de saúde modernos.[4]

Por constatar a celeridade do processo de envelhecimento global e a necessidade da proteção e promoção dos direitos dos idosos - da sua autonomia, participação e acesso à justiça -, a Organização das Nações Unidas (ONU) desenvolveu, em 1991, um diploma denominado “Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas”, procurando abranger os princípios essenciais respeitantes ao envelhecimento, sendo estes: Autonomia, Participação, Assistência, Realização Pessoal e Dignidade.[5]

Muitos doentes idosos enfrentam difíceis problemas e escolhas de fim de vida, como, por exemplo, a decisão entre tratamentos que prolonguem a sua vida ou cuidados paliativos. A decisão tomada por um doente geriátrico pode estar enquadrada nas configurações dos seus valores pessoais individuais mas, ao mesmo tempo, esta escolha pode não parecer razoável ao médico, em particular se contradisser a sua visão de "bem" e se opuser à sua opinião profissional.[4]

Assim, e devido às tendências demográficas que se observam, é razoável esperar que os médicos se encontrem cada vez mais a cuidar de um número crescente de doentes idosos, com problemas médicos e psicossociais desafiadores. Problemas esses que, por sua vez, podem levar a sérios dilemas éticos.[6]

É, por isso, essencial debater o conceito de ética biomédica, que, segundo Beauchamp e Childress (2002), assenta em quatro princípios fundamentais: respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Sendo que, no caso particular da relação do médico com o doente idoso, faz sentido referenciar também o respeito pela vulnerabilidade.[4]

Torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam familiarizados com os dilemas éticos frequentemente encontrados ao cuidar de doentes idosos. Tais dilemas vão desde a necessidade de determinação da capacidade de tomada de decisão do doente até à abstenção terapêutica, passando pelo processo de consentimento informado, a promoção do planeamento antecipado de cuidados de saúde e a futilidade médica, entre outros.[6]

Não obstante os avanços tecnológicos, tão necessários ao avanço da própria medicina, a empatia na relação médico-doente, entendida como a troca de sensibilidade entre ambos, tem vindo a ser novamente alvo de atenção. A comunicação empática entre o médico e o doente é uma habilidade cognitiva, passível de ser ensinada, aprendida e, principalmente, melhorada.[7]

Uma relação que envolve a compreensão dos sentimentos do doente reveste-se de uma importância ainda maior perante situações em que o sofrimento do doente idoso pode ser mais difícil de reconhecer, devido a uma comunicação menos clara, e que pode conduzir a um tratamento inadequado.[8]

Construir um forte relacionamento médico-doente, com base na confiança e no respeito mútuo, é, portanto, a chave para entender as necessidades e desejos do idoso (que podem ser imensamente diferentes das de outras faixas etárias) e de assegurar a sua adesão às recomendações médicas que lhe são transmitidas.[9]

É por isto que, nos dias que correm, o papel fundamental da relação médico-doente, e a comunicação eficaz que lhe está implícita, têm sido salientados, assim como os conceitos de autonomia do doente, da tomada de decisão partilhada, do cuidado centrado no doente e da empatia do médico.[10]

Deste modo, os focos deste trabalho são os dilemas éticos com que se deparam os médicos na sua abordagem terapêutica do doente idoso, a forma incontornável de como estes invocam os princípios universais da ética médica (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), os desafios que os profissionais de saúde enfrentam ao cuidar de doentes com diversos aspetos particulares e característicos da sua idade (como a fragilidade, comorbidades, comprometimento cognitivo e funcional, entre outros), o papel fundamental que a relação e comunicação entre o médico e o doente idoso têm nestes dilemas e de que modo a sua eficiência pode auxiliar a sua resolução.

Materiais e Métodos

Na revisão literária, necessária para a realização do presente trabalho de revisão, foram consultados artigos científicos colhidos através da base de dados eletrónica PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), utilizando as seguintes palavras-chave:

- a. “*geriatrics*”;
- b. “*ethics*”;
- c. “*elderly*”;
- d. “*physician-patient relationship*”;
- e. “*communication*”;
- f. “*informed consent*”;
- g. “*end-of-life care*”.

Os resumos e palavras-chave destes artigos foram obtidos e selecionados por relevância. Adquiriram-se as versões integrais dos artigos mais importantes e pesquisou-se a lista de referências de cada um, de modo a obter artigos adicionais.

Realizou-se, também, uma consulta da legislação portuguesa, livros, revistas e directrizes, relevantes para os conteúdos explorados. Foi apenas incluída bibliografia escrita em português ou inglês, com datas de publicação entre 1984 e 2017, inclusive.

Desenvolvimento

A tendência demográfica mundial é o envelhecimento populacional[9], devido a diversas medidas de saúde pública e grandes avanços na área da medicina que permitiram o aumento da esperança média de vida[6], e Portugal não se desvia desta tendência, tendo sido demonstrado que Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa, continente que corresponde, atualmente, à área geográfica mais envelhecida numa escala global.[1]

De acordo com organismos como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), o escalão da terceira idade abrange indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, tendo este sido redefinido, face às sociedades desenvolvidas, à sua estruturação do trabalho e sistemas de reforma, para 65 anos ou mais.[1]

Dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2012, relativamente ao envelhecimento populacional em Portugal, são demonstrativos desta tendência, já que realçam a prevalência de cerca de 19% de indivíduos na faixa etária dos 65 anos ou mais, em 2011. Um facto ainda mais evidente quando comparado com a proporção de jovens, dos 0 aos 14 anos, no mesmo período, que se situa nos 14,9%. [1]

Já no ano de 2050, de acordo com previsões demográficas, Portugal será um dos países da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos (32%), algo que equivale a cerca de 2,7 milhões de pessoas com 65 anos ou mais.[2]

Este aumento da esperança média vida que se tem vindo a verificar nas últimas décadas, tem também provocado mudanças no perfil de patologias com que os profissionais de saúde se deparam, já que se observa uma tendência para o aumento de casos de doenças crónicas e degenerativas.[2]

O envelhecimento populacional predominante no século XXI apresenta-nos, então, a um novo paradigma, com uma população idosa sobrecarregada de doenças como nenhum outro grupo populacional.[6] Situações de doença prolongada, como por exemplo demências,

doenças cerebro e cardiovasculares e doenças neurológicas, entre outras, são muito frequentes nos doentes desta faixa etária e podem comprometer a sua autonomia.[2]

Com esta mudança na distribuição da população mundial para idades mais velhas, observa-se de igual modo uma transformação de sistemas sociais e de saúde para que estes possam responder adequadamente às necessidades que este novo paradigma acarreta.[9] Uma vida mais longa vem acompanhada de uma maior fragilidade, incapacidade, comorbidade e comprometimento da capacidade cognitiva e funcional, que se traduzem no aumento de problemas fisiológicos e sociais, comuns nesta faixa etária, da incidência de doenças, que se revelam impeditivas de o idoso levar uma vida saudável (em média, um idoso tem 3 a 4 doenças crónicas e um risco anual de internamento de quase 20% [3]) e da necessidade de cuidados especializados.[6,9,11]

Por estes motivos, as áreas médicas de Gerontologia - que se foca na promoção da saúde do idoso, abrangendo o estudo do seu bem-estar social, psicologia, meio ambiente e sistemas sociais - e de Geriatria - que se foca nos cuidados de saúde do idoso e na pesquisa, educação e práticas para promover a sua saúde - têm vindo a revelar-se cada vez mais importantes.[11]

Este fenómeno global de envelhecimento da população, associado a uma mudança epidemiológica de cuidados agudos para cuidados crónicos e aos progressos medicotecnológicos que se verificaram nas últimas décadas, tem também conduzido a alterações nos cuidados saúde e tomada de decisões relacionados com o fim de vida.[8] Assim sendo, os profissionais de saúde irão, com grande probabilidade, cuidar de um número crescente de doentes idosos com problemas médicos e psicossociais desafiadores que poderão, por sua vez, precipitar dilemas éticos desconcertantes.[12]

Apesar de atualmente a vida poder ser frequentemente estendida, deste facto nem sempre advém uma melhor qualidade de vida para o doente. Como resultado, decisões médicas

de fim de vida, com um possível ou certo efeito de encurtamento da vida, fazem parte dos cuidados médicos contemporâneos.[9]

Nos dias atuais, uma miríade de decisões médicas de fim de vida ocorrem na prática clínica. No entanto, estabelecer uma boa abordagem médica em doentes idosos tende a ser bastante desafiador, uma vez que implica ter em consideração as mudanças fisiológicas induzidas pelo envelhecimento em si, a obtenção do consentimento informado, a preservação da confidencialidade dos atos médicos, a determinação da capacidade de decisão e o estabelecimento de um plano de tratamento que não os prive de opções terapêuticas.[15,16]

Devido a todos estes fatores, é necessário que os médicos estejam familiarizados com os dilemas éticos com que se deparam frequentemente todos aqueles que cuidam de doentes idosos.[6]

1 – Dilemas éticos frequentes em Geriatria

Por ética médica entende-se a identificação, análise e resolução de questões morais que surgem no decorrer da prática clínica.[6]

Os principais princípios éticos universalmente aceites e utilizados como diretrizes para cuidar e tratar dos doentes idosos são: a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade. O princípio da autonomia refere-se ao direito que qualquer indivíduo tem de controlar sua vida e ver as suas decisões respeitadas. O princípio da beneficência refere-se ao dever de fazer o melhor para cada doente; ao passo que o princípio da não maleficência se refere ao dever do médico de não provocar nenhum prejuízo ou mal, pelo contrário, de o prevenir. O princípio da justiça e da equidade refere-se ao dever de tratar cada indivíduo de forma equitativa, sem qualquer discriminação, com base nas suas necessidades médicas. A estes

princípios éticos fundamentais podem também acrescentar-se o princípio da confidencialidade e privacidade dos atos médicos e o consentimento e recusa informados.[6,9]

Apesar de estes princípios éticos deverem ser usados como pilares da prática profissional nos cuidados geriátricos, verificou-se que o respeito e a ponderação destes não são ainda uma prática comum na atuação de grande parte dos profissionais de saúde, nos cuidados e na sua relação interpessoal com o doente idoso.[2] Contactou-se de igual forma que, apesar de a tomada de decisões relativas a tratamentos de manutenção da vida exigir que os médicos sejam detentores de uma excelente capacidade de comunicação, esta apresenta determinadas lacunas, aumentando, assim, a possibilidade de conflitos.[15] Assim, ao cuidar de doentes idosos, o médico pode encontrar-se perante dilemas tendo dois, ou mais, dos princípios éticos em confronto, numa aparente antítese. Por exemplo, o respeito pela autonomia do doente pode estar em desacordo com o desejo de um médico de fazer o bem ou prevenir danos.[6]

São muitos os dilemas éticos com os quais um médico responsável por um doente idoso se pode deparar, seguindo-se uma listagem dos mais frequentes.

1.1 – Assegurar o princípio da autonomia

A definição de autonomia pode estender-se à de liberdade, direitos, privacidade e escolha individual. O direito que um indivíduo tem de ter opiniões e tomar decisões com base em valores e crenças pessoais deve ser respeitado. Respeito esse que deverá ser manifesto não apenas em teoria mas na prática clínica.[16]

O respeito pela autonomia passa por tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, ao passo que seu o desrespeito se refere às atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros, negando-lhes, assim, uma igualdade entre as pessoas.[2]

O princípio ético da autonomia está subjacente ao processo do consentimento informado.[9] Participar ativamente na tomada de decisões é visto como a abordagem mais adaptativa para manter a autonomia de um doente.[17]

Para que o doente idoso seja autónomo na sua tomada de decisões, deve estar bem informado quanto à sua condição clínica bem como quanto às opções de tratamento que estão à sua disposição.[9]

Para além de informação e consciencialização, um outro factor fundamental para o consentimento informado válido é a capacidade de tomada de decisão (competência do doente). "Capacidade" ou "competência" são termos legais usados em medicina e que se referem a um conjunto de habilidades implícitas no processo de consentimento informado.[3] O doente deve possuir uma capacidade de decisão íntegra de forma a poder ser autónomo e ter uma participação ativa neste processo.[6] No entanto, é importante realçar que os idosos estão em maior risco de serem alvos de doenças neurológicas severas (como a doença de Alzheimer, doença de Parkinson e danos cerebrais orgânicos após doenças cardiovasculares), comumente associadas a comprometimento cognitivo.[3]

É, então, necessário que se realize uma avaliação da capacidade cognitiva do doente, para determinar a sua capacidade de julgamento e avaliar a forma como este rege a sua vida.[9]

1.1.1- Determinação da capacidade de decisão

Frequentemente, os médicos veem-se a cuidar de doentes idosos com condições médicas particulares, como a demência ou depressão, que prejudicam a sua capacidade de decisão.[6] Contudo, estudos demonstram que uma referenciação para determinar a capacidade de decisão de um doente é feita mais frequentemente quando este se recusa realizar um determinado procedimento do que quando na presença de sinais claros de incapacidade (esta tendência por

parte dos profissionais de saúde está diretamente relacionada com o seu respeito pelo princípio da beneficência).[4]

A avaliação da capacidade de decisão dos doentes é fundamental para se conseguir um equilíbrio adequado entre o respeito pela autonomia do doente (capaz de tomar decisões por si) e a proteção daqueles que se encontram com a sua capacidade cognitiva comprometida[18], evitando que tomem decisões de cuidados de saúde inapropriadas.[6] A velhice não deve ser encarada como uma doença e o médico deve evitar tendências no que diz respeito ao envelhecimento do doente e à sua vontade.[4]

Mais de metade dos doentes com demência moderada podem ter a sua capacidade de decisão alterada, doentes com demência grave têm uma incapacidade de decisão universal e 20 a 25% dos pacientes com depressão grave têm sua capacidade de decisão seriamente afetada.[19,20]

Não existe um algoritmo bem estabelecido para determinar a capacidade de decisão de um doente, mas a realização de um Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) ajudará a determinar o grau de comprometimento cognitivo do doente e a sua capacidade de exercer o seu direito à autonomia, assim como a possível existência de uma depressão e se será necessário algum tipo de apoio psicológico e/ou psiquiátrico.[9]

Doentes que apresentem uma demência severa deverão ser considerados como não tendo capacidade de decisão, que será, então, exercida pelos seus familiares ou por um representante legal. Para doentes que apresentem diferentes graus de comprometimento cognitivo, levantam-se questões como “Estará o doente apto para tomar a decisão correcta relacionada com o seu estilo de vida?” ou “Nestas circunstâncias, será que o consentimento informado respeita verdadeiramente os desejos do doente?”.[9]

Para todos os doentes idosos, incluindo aqueles com comprometimento cognitivo leve a moderado, os principais parâmetros relativos, legalmente relevantes[3], à determinação da capacidade de decisão que devem ser avaliados são:

- Compreensão (“understanding”) da sua situação médica e informação relevante fornecida pelo médico e consciencialização (“appreciation”) das suas consequências, assim como do diagnóstico e tratamento;
- Expressão da sua escolha (“choice”) por um tratamento ou exame de diagnóstico sem a alterar em todas as avaliações;
- Compreensão das opções de tratamento/diagnóstico, bem como o fornecimento de explicações razoáveis (“reasoning”) que fundamentem as suas escolhas, comparando e avaliando, de forma racional, as diferentes propostas de diagnóstico/tratamento e deduzir as suas possíveis consequências.[9,18,21,22]

Se um doente for capaz de corresponder adequadamente a estes parâmetros, poderá então ser considerado como competente para tomar decisões médicas. Algo que também se aplica na eventualidade de um desacordo entre a opinião do doente e do médico (como, por exemplo, uma recusa de tratamento).[3]

Portanto, a capacidade de tomada de decisão deve englobar a habilidade de comunicar uma decisão, compreender a sua natureza e consequências e gerir racionalmente as informações necessárias para a tomar.[23]

O nível da capacidade de decisão deve estar em concordância com a severidades dos riscos e benefícios associados à decisão, isto é, um doente com demência pode expressar a sua vontade em relação, por exemplo, à realização de um procedimento diagnóstico/terapêutico invasivo mínimo, mas no caso de procedimento com alto risco de complicações, incluindo a morte, a decisão não deverá ser tomada apenas pelo doente.[9] Pelo mesmo raciocínio, o médico

tem de se certificar que um doente que recusa uma intervenção de baixo risco, ainda que possa salvar a sua vida, possui uma adequada capacidade de decisão.[6]

Na verdade, muitos doentes com um certo grau de comprometimento cognitivo apresentam uma capacidade de decisão intacta, não devendo ser tratados contra a sua vontade.[4] Estamos perante um desrespeito do princípio ético da autonomia quando existe uma proteção indevida de doentes com capacidade de decisão inalterada (por exemplo, ocultando deles determinadas informações, fornecendo-as antes a familiares, ou outros, e não lhes dando a oportunidade de fazer uma escolha livre e autónoma).[24]

As ações do médico devem ter sempre como propósito os melhores interesses do doente, ou seja, as decisões que este tomaria, esclarecida e autonomamente, caso se encontrasse capaz de o fazer.[25] No entanto, por vezes avaliar a capacidade de decisão de um doente pode ser uma tarefa árdua, especialmente se o doente, ou os seus familiares, discordarem desta avaliação, se o doente tiver preocupações específicas em relação ao seu médico (por exemplo, preocupações espirituais) ou se o doente tiver uma doença psiquiátrica de difícil tratamento.[6]

A determinação da capacidade cognitiva do doente deve ter como principal foco a sua capacidade funcional e não outros aspetos, como o diagnóstico clínico, a idade avançada, etc., garantindo, assim, o respeito pelos princípios da autonomia e beneficência.[26]

Nos casos em que se confirme que existe um comprometimento da capacidade de decisão do doente, o médico deverá identificar um representante apropriado que tome as decisões necessárias em seu nome. Nestas circunstâncias, o médico não estará a desrespeitar a autonomia do doente, uma vez que decisões informadas e autónomas por parte dele não são possíveis.[6]

É esperado que doentes com comprometimento da capacidade de decisão tenham o apoio dos seus familiares e/ou da pessoa mais próxima do doente e em quem ele confia, a fim de assumir e exercer os seus direitos à autonomia.[9]

1.1.2- Consentimento informado

Consentimento informado é um termo legal que implica uma autorização autónoma, informada e consciente, por parte de um doente, para se submeter a um procedimento ou tratamento médico. É um processo de tomada de decisão partilhada, não se resumindo ao ato de obter uma assinatura num formulário de consentimento.[4]

O médico não pode tomar decisões em nome de um doente competente, mas tem de, no entanto, lhe fornecer informações relevantes e detalhadas para que ele possa tomar decisões médicas fundamentadas.[4]

Os requisitos básicos do processo de um consentimento informado são que o médico transmita a informação necessária ao doente (ou seja, a natureza da doença, a intervenção proposta, os seus riscos e benefícios e alternativas à intervenção proposta) e confirme a sua capacidade de decisão, compreensão da informação e aceitação voluntária da intervenção.[6]

Um consentimento escrito e assinado não substitui uma discussão detalhada e documentada entre o médico e o doente, que abranja todos os aspetos relevantes da intervenção proposta, informando-os adequadamente sobre o seu diagnóstico e as suas opções de tratamento, para que o doente seja autónomo no ato de tomar decisões médicas e possa consentir ou recusar, com conhecimento, uma intervenção.[4,6]

O respeito pela autonomia do doente é, portanto, o princípio ético que serve de pilar ao processo do consentimento informado.[6,26]

O consentimento informado deve ser obtido para a maioria das intervenções (desde intervenções diagnósticas e terapêuticas a procedimentos relacionados com a investigação e que envolvem a participação do doente).[26] No entanto, em certas ocasiões, este não pode ser obtido, como, por exemplo, no caso de um doente que não possui capacidade de decisão. Nestas

circunstâncias, o consentimento deve ser obtido através de um representante legal. Já em situações de emergência, o consentimento é presumido, caso não se encontrem disponíveis um representante legal ou uma direttriz avançada de vontade (DAV).[6]

É ética e legalmente permitido ao doente sem capacidade de decisão comprometida recusar intervenções médicas indesejadas, tendo os médicos o dever de respeitar estas decisões.[6] Tal facto dá aso a que a recusa de uma intervenção por parte do doente possa ir contra a vontade de um médico de praticar o bem. Embora o médico possa encarar esta decisão como errada, esta não é necessariamente irracional.[23] Se o médico concluir que o doente está devidamente informado sobre a intervenção que lhe foi proposta e as consequências de a recusar, a decisão do paciente deverá ser respeitada (recusa informada).[6,3]

Os parâmetros fundamentais de um consentimento informado válido, distintos mas correlacionáveis, são:

- Voluntariedade (“voluntarism”) - o consentimento para uma intervenção médica deve ser dado apenas pelo doente, de livre vontade, sem a existência de qualquer tipo de coerção, influências ou pressões indevidas;

- Divulgação (“disclosure”) - a transmissão, por parte do médico, de informações relevantes e detalhadas, incluindo a natureza do diagnóstico, tratamento proposto, benefícios esperados e possíveis riscos (probabilidade da sua ocorrência e gravidade, caso tal se verifique), e todas as alternativas possíveis ao tratamento proposto (incluindo a de nenhum tratamento);

- Competência (“competence”) - para ser considerado cognitiva e emocionalmente competente, o doente deve ser capaz de compreender a informação que lhe é apresentada, ter consciência das consequências da intervenção proposta e expressar uma decisão médica fundamentada.[4,26]

Duas questões importantes a ter em mente durante o processo de consentimento informado de qualquer doente são “Está este doente apto a dar o seu consentimento?” e “Existe algum modo de promover a capacidade do doente de dar o seu consentimento?”.[4]

Para maximizar a autonomia do doente durante este processo, o médico tem o dever ético de promover a sua participação ativa na tomada de decisões de cuidados de saúde, na medida em que este for capaz. Uma vez que diferentes doentes estarão perante diferentes circunstâncias, com diferentes capacidades e desafios, o processo de consentimento informado exige uma abordagem individualizada, adequada para o nível de educação e compreensão do doente.[4], tendo este o direito de, e de ser encorajado a, levantar qualquer questão e colocar qualquer dúvida que lhe surja relativamente à intervenção que lhe é proposta.[16]

O doente deve também estar ciente de que tem o direito de interromper o tratamento a qualquer momento, desde que se encontre mentalmente competente.[16]

O consentimento informado é um processo delicado de comunicação entre o médico e o doente, necessário no âmbito da autorização do doente para qualquer intervenção médica. Um correto consentimento informado dependerá da força da relação entre o médico e o seu doente. Por este motivo, o relacionamento paternalista tradicional em que as decisões eram tomadas exclusivamente pelo médico, já não é adequado.[3]

Assim, o consentimento informado não é apenas a aquisição da assinatura do doente num documento, mas sim um processo real apoiado no diálogo entre médico e doente, sendo este diálogo particularmente delicado em algumas circunstâncias, como no caso da medicina geriátrica. É, por isso, crucial fornecer informações apropriadas e acessíveis para cada indivíduo, a fim de garantir a compreensão do doente, especialmente na presença de possíveis incapacidades (como, por exemplo, deficiência cognitiva, défice auditivo, etc.), que possam limitar a sua participação no processo. O processo de consentimento informado deve, por

consequente, ser adaptado para a compreensão do doente e ser indissociável do seu nível de educação e personalidade.[3]

Apoiar a tomada de decisões é um aspeto fulcral no cuidado centrado no doente e no respeito pela sua autonomia, e é através desta que os doentes exercem controlo sobre a tomada de decisões.[17]

Ao longo dos últimos 50 anos, a doutrina do consentimento informado tornou-se um suporte essencial na prática ética da medicina, revestindo-se, no caso do doente idoso, de diversas particularidades.[27]

1.1.3- Assegurar confidencialidade ao doente

O princípio ético da autonomia exige que os profissionais de saúde mantenham e garantam confidencialidade aos doentes. Para serem autónomos, eles devem ser capazes de gerir as suas informações pessoais. Para além disso, a manutenção da confidencialidade é importante para a avaliação e tratamento adequados dos doentes[6], sendo um dos alicerces da relação médico-doente, que deve ser construída com base na confiança e colaboração mútuas.[28]

Apesar disto, certas circunstâncias, previstas pela lei, podem forçar os médicos a quebrar a confidencialidade do doente para garantir os melhores interesses do próprio doente, no caso deste apresentar uma capacidade de decisão comprometida e representar um risco de danos a si próprio (ou seja, um adulto vulnerável), ou a outros (como, por exemplo, a sociedade).[6]

1.2- Assegurar o princípio da beneficência e não maleficência

O princípio ético da beneficência - o dever de cuidar e fazer o bem[2] - tem de guiar todas as decisões do profissional de saúde. Este princípio é facilmente posto em prática quando o médico se depara com idosos saudáveis, ativos e independentes. O cenário altera-se quando em causa estão doentes idosos cujas doenças se vão agravando progressivamente. Nestes casos particulares, o médico deverá respeitar o princípio ético da vulnerabilidade.[29]

Este princípio pode ser exercido de um modo que infantilize as pessoas e nelas crie uma relação de dependência, mas não é forçoso que assim seja. Pelo contrário, advogar o doente, defender os direitos dos doentes vulneráveis e atuar em nome daqueles que se encontram incapazes de pugnar pelos seus direitos são exigências da beneficência.[2]

Já o princípio da não maleficência implica uma obrigação de não causar dano, de não fazer o mal. O princípio da beneficência exige, assim, algo mais do médico, uma vez que este deve tomar ações positivas para cuidar dos doentes e não apenas evitar atos prejudiciais.[16]

Respeitados e aplicados concomitantemente, estes princípios guiam o profissional na procura da melhor abordagem possível do seu doente.

Estabelecer um bom plano terapêutico para o doente idoso pode revelar-se um grande desafio, pois devem ter-se em consideração alguns aspetos específicos e característicos da velhice:

- O declínio fisiológico inevitável que vem do envelhecimento. Todas as alterações orgânicas que o idoso experiencia com o avançar da idade influenciam a farmacocinética e farmacodinâmica de fármacos, o que se traduz num aumento da taxa de efeitos secundários e da sua toxicidade, mesmo quando administrados em doses reduzidas. Considerando que pode haver também um comprometimento cognitivo, o recurso à polifarmácia e a esquemas terapêuticos complexos devem ser evitados;

- A existência de diversas comorbidades associadas, grande parte das vezes, aumenta o risco e o número de efeitos colaterais negativos durante tratamentos. A estes doentes, para além do aumento dos efeitos colaterais, está também associado um aumento do risco de não adesão à terapêutica, quedas, hospitalização e internamentos frequentes e até mesmo a morte. A norma na elaboração de um plano terapêutico é analisar as recomendações das *guidelines*, contudo, são poucas as disponíveis e especialmente adaptadas às necessidades dos doentes idosos e, na maioria dos casos, incluem apenas recomendações, deixando a decisão ao critério do médico responsável. Surge, então, o dilema: “Tratar do doente de acordo com as recomendações das *guidelines* ou adaptar a medicação de acordo com as necessidades e possibilidades particulares do doente?”. Diversos estudos concluíram que a terapia em doentes idosos não precisa de ser agressiva mas sim adaptada de acordo com a sua idade, comorbidades, qualidade de vida esperada e perfil psicológico;

- A adesão terapêutica é um fator muito importante a ter em conta no estabelecimento de um tratamento para doentes idosos. Torna-se essencial avaliar corretamente a sua vontade para seguir as indicações médicas e evitar, por exemplo, dietas severas ou a prescrição de medicamentos que possam piorar a sua qualidade de vida. Os dilemas éticos decorrem do facto de que os doentes idosos não estão suficientemente envolvidos na tomada de decisão aquando da elaboração do esquema terapêutico. Então, é necessário que os doentes participem ativamente, em conjunto com o médico, na determinação de um plano terapêutico realista, tendo por base as suas vontades particulares e avaliando sistematicamente a relação benefícios/riscos das recomendações médicas;

- No caso de o doente necessitar de cirurgia, garantir um ótimo tratamento cirúrgico em idosos envolve o cruzamento de diversos dilemas e princípios éticos. Quando um grupo de cirurgiões britânicos foi questionado se realizaria uma intervenção cirúrgica num doente com demência e volvo intestinal, 65% responderam que não, estando em confronto dois princípios

éticos que dão origem a um dilema: a beneficência e a não maleficência. Numa tentativa de resolução de situações como esta, os princípios da autonomia e do consentimento informado desempenham papéis muito importantes. Grande parte dos dilemas éticos relativos ao tratamento e cuidados de saúde em doentes idosos encontram a sua resolução nos debates entre o médico e o doente.[9,30]

1.3- Assegurar o princípio da justiça e equidade

O princípio da justiça exige que quaisquer que possam ser as regras pessoais de ação que nos guiem, estas sejam passíveis de serem, à partida, universalizadas para todas as pessoas. Por este motivo, este princípio é frequentemente referido como o princípio constitutivo da universalidade, havendo deste modo o dever de tratar as pessoas como fim em si e não como um meio para atingir um fim, o dever de não discriminar, abusar ou explorar as pessoas com base na sua raça, sexo, idade, classe ou religião e o dever da justiça universal (igual oportunidade para os indivíduos) e de equidade (igualdade de resultados para os grupos).[2]

Analisando todos os princípios éticos, os idosos não devem ser tratados de forma diferente do que os outros doentes adultos, mais jovens. Qualquer doente deve ser tratado de forma equitativa, dependendo das suas necessidades, mas independentemente da sua idade. Esta não pode ser o único critério de escolha na ponderação de uma técnica de diagnóstico, tratamento ou outros tipos de cuidados.[9]

Todavia, há aspetos que são necessários ter em consideração:

- O acesso a ensaios clínicos é bastante limitado para pessoas muito idosas, de modo que grande parte dos estudos não inclui doentes com mais de 75 ou 80 anos, embora esta faixa etária se torne cada vez mais numerosa. Para além disso, o acesso é ainda limitado para idosos com comorbidades, que é a maioria dos doentes neste contingente, pela suspeita de que os

resultados não seriam fiáveis devido ao aumento do risco de complicações, efeitos colaterais, polifarmácia, iatrogenia, internamentos hospitalares repetidos ou até mesmo de morte;

- O acesso a serviços médicos é limitado para os doentes idosos, pois estes enfrentam dificuldades em usar os meios de comunicação com o médico (telefone ou correio eletrónico), transportes ou problemas financeiros.[9]

1.4- Promover o Planeamento Antecipado de Cuidados e Directivas Antecipadas de Vontade

Precavendo uma possível futura perda de capacidade de decisão, um doente idoso, ainda capaz, tem ao seu dispor recursos que lhe permitem maximizar a sua autonomia na tomada de futuras decisões médicas.[26]

Em situações de emergência, o consentimento é presumido e os médicos devem esforçar-se por preservar a vida do doente. No entanto, grande parte das situações clínicas não são emergências e situações que envolvam doentes que não possuam capacidade de decisão exigem maneiras de facilitar a tomada de decisões.

O planeamento antecipado de cuidados permite que um doente refira quais as suas preferências de cuidados de saúde, assim como, nomear representantes legais que ficaram encarregues de tomar estas decisões, no caso de o doente não se encontrar capaz de o fazer. O planeamento antecipado deverá incluir a discussão entre o doente e o médico sobre cuidados médicos futuros e de fim de vida e a elaboração de uma DAV.[6]

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) permitem, assim, que o doente, enquanto ainda competente, deixe registadas indicações relativas a decisões médicas futuras[4], promovendo a autonomia de doentes que não possuem atualmente, mas possuíram em tempos, capacidade de tomada de decisão.[31] Os médicos devem encarar uma DAV como uma extensão do doente autónomo.[6]

De um modo geral, falam-se de dois géneros de DAV, que não se excluem mutuamente:

- O testamento vital, um documento que lista as intervenções e outros cuidados que deverão, ou não, ser aplicados em determinadas circunstâncias, geralmente quando o doente se encontra em estado terminal (passível de ser revogado a qualquer altura pelo doente);

- A nomeação de um procurador de cuidados de saúde, que identifica o representante legal ao qual é incumbida a tarefa de decidir quais os cuidados de saúde que deverão ou não ser dados ao doente, caso este não seja capaz de expressar a sua vontade, tomando as decisões com base no que melhor servirá os interesses do doente ou no que promoverá o seu bem (deverá ser nomeado quando não se suspeitar de nenhum comprometimento cognitivo, de forma a não pôr em causa a tomada de decisões em nome do doente).[6,9,32]

Constata-se, no entanto, que informar os médicos sobre as preferências de fim de vida do doente não garante que essas preferências sejam atendidas[6], já que, por exemplo, os testamentos vitais podem não ser suficientemente detalhados, tendo instruções vagas que dificultem a sua interpretação[33] ou o representante legal pode tomar decisões não com base nas preferências do doente mas nas suas próprias preferências.[34]

Sabe-se também que poucos doentes discutem questões relativas a cuidados de fim de vida com os seus médicos. No entanto, grande parte dos doentes apreciariam tais discussões e a maioria deles espera que seus médicos as iniciem.[35]

Também se verifica que, por vezes, apesar de doentes mais velhos declarem as suas preferências de cuidados de saúde, dando ênfase ao controlo de sintomas e à qualidade de vida, podem não receber cuidados consistentes com esses objetivos.[17]

Estes factos sugerem que os médicos têm então de assumir mais responsabilidade por discutir, documentar e respeitar os cuidados futuros dos doentes e as suas preferências de fim de vida.[6] Debater assuntos como estes é um processo delicado, podendo até haver doentes que evitem discutir preocupações de fim de vida (negação adaptativa). Contudo, é um diálogo

essencial para que os profissionais de saúde possam apresentar opções de tratamento que vão de encontro às preferências do doente e não opções incongruentes.[17]

1.5- Cessar tratamento e abstinência terapêutica

Segundo os doentes, os cuidados de qualidade de fim de vida devem primar por evitar um processo lento, prolongado e custoso de morte, lidando de uma forma adequada com a dor e sintomas, permitindo aos doentes alcançar uma certa sensação de controlo, de alívio e fortalecer as relações com seus entes queridos.[6]

É um direito dos doentes que estejam numa fase de fim de vida a decisão de recusar ou solicitar o término de qualquer ou de todas as intervenções médicas que lhes possam ser aplicadas, sendo este um direito ético e legal. A interrupção de intervenções que sustentam a vida do doente com condições médicas avançadas, como por exemplo, ventilação mecânica, hemodiálise e nutrição artificial, é uma prática frequente, porém, é por vezes designada como “eutanásia passiva” por alguns autores.[6,39]

Este direito tem por base o princípio ético da autonomia, sendo que é também um direito dos doentes o de recusar intervenções previamente consentidas, caso ocorram alterações nos seus valores e expectativas relativamente aos cuidados de saúde.[40] No caso de um médico iniciar ou perpetuar uma intervenção que o doente recusou, o médico estará, independentemente da intenção que possa ter, a agir ilegalmente.[6]

Aceder aos desejos do doente de não iniciar ou de interromper uma intervenção médica não é o mesmo que suicídio assistido por profissionais (PAS) ou eutanásia. No PAS, é o próprio doente que dita o termino da sua vida utilizando um meio externo fornecido por um profissional (como por exemplo, uma prescrição letal). Já na eutanásia, é o médico quem termina diretamente a vida do paciente através de, por exemplo, uma injeção letal. Tanto no PAS como na eutanásia, é introduzida uma nova intervenção, como uma droga, cujo único propósito é o

término da vida do doente. A eutanásia, se analisada sob o ponto de vista ético, é um cenário típico de conflito de valores, em que estão em causa o valor da vida humana, a autonomia do doente e os princípios da beneficência e não maleficência, indispensáveis na prática clínica, ao passo que no caso do suicídio assistido, deparamo-nos com o conflito entre o valor da vida humana e o da autodeterminação. Ambos os atos são punidos por lei, de acordo com o código penal português.¹[6]

Em contrapartida, quando um doente morre depois de uma intervenção ser recusada ou interrompida, a causa da morte é a doença subjacente. O objetivo é libertar o doente de intervenções que são por ele vistas como onerosas.[6,41,42]

É também dever dos médicos garantir, aquando da tomada destas decisões, que os doentes se encontram com a sua capacidade de tomada de decisão preservada e devidamente informados das consequências dos seus pedidos.[40] É de realçar que os tratamentos de manutenção de vida são mais suscetíveis de não serem iniciados em doentes idosos e que não possuem normal capacidade de decisão do que em doentes mais jovens e com capacidade de decisão preservada.[43]

Estes dados realçam a importância da discussão dos valores e metas de fim de vida entre o médico e o doente idoso, enquanto este for ainda capaz de tomar decisões autonomamente. Os doentes devem, por isso, ser encorajados a discutir estes valores e desejos com os seus possíveis procuradores e documentá-los abertamente numa DAV.[6]

Acontece, por vezes, que um médico se opõe à vontade de um doente de não iniciar ou interromper tratamentos que sustentam a sua vida. Porém, é necessário que os médicos reconheçam a autoridade do doente sobre o seu próprio corpo e o seu direito de recusar intervenções médicas indesejadas. Caso a decisão do doente, depois de considerados os seus valores e objetivos, assim como as consequências da sua decisão, permaneça inalterada, e se

¹ Art. 134º, Livro II, Título I, Capítulo I do Código Penal Português;
Art. 135º, Livro II, Título I, Capítulo I do Código Penal Português.

esta for contra os valores e consciência do médico, este deverá transferir os cuidados de saúde do doente para outro profissional.[6]

1.6- Cuidados paliativos

Com os recentes avanços da tecnologia, frequentemente utilizada no prolongamento da vida, tem se vindo a tornar difícil estipular quando é apropriado aceitar que um doente se encontra a morrer, descontinuar tratamentos agressivos e acentuar os cuidados paliativos[36]. Muitos doentes em fase terminal preferem abster-se de intervenções que possam prolongar a sua vida e, em vez disso, esperam otimizar a qualidade da vida restante. Pelo contrário, os médicos são muitas vezes encontrados a focar a sua atenção em técnicas do prolongamento da vida.[8]

Quando confrontados com uma evolução irreversível e severa de comorbidades, é necessário ter em consideração o género de cuidados que atende às necessidades e expectativas do doente e evitar medidas que apenas prolonguem a sua dor, sem proporcionar nenhuma melhoria da sua qualidade de vida. Nessas situações, é por isso necessário ter em conta a vontade do doente idoso de receber cuidados paliativos, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida até ao final, respeitando o seu direito à autonomia.[9]

Um aspeto importante a ser discutido com os doentes está relacionado com as medidas de terapia intensiva e reanimação, já que eles precisam de ser bem informados para estarem aptos a expressar as suas opiniões, antes que a sua situação piore e se encontrem impossibilitados de o fazer.[37] As decisões, todavia, não devem ser tomadas imediatamente, antes pelo contrário, dem ser tomadas depois de uma análise e ponderação prévia. O médico tem o dever de fornecer todas as informações necessárias ao doente e assegurá-lo de que, caso

decida não recorrer a estas medidas, não irá, por isso, receber cuidados médicos de menor qualidade.[9]

Dados e estudos revelam que a idade é um fator preponderante aquando da tomada de decisões de fim de vida.[38] Entre doentes com idade superior a 80 anos, a administração de fármacos com um efeito potencial ou certo de encurtamento de vida é geralmente praticada com menor frequência quando comparada com doentes mais jovens, enquanto que as decisões relacionadas com o cessar de tratamentos ou abstenção terapêutica parecem ser mais comuns neste grupo etário, sendo a eutanásia e o suicídio médico-assistido praticados com menor frequência neste grupo.[8] Estão também associadas à idade avançada uma menor adesão a tratamentos como suporte ventilatório, cirurgias ou diálise.[38]

Assim, os tratamentos de prolongamento de vida podem, por vezes, não ser considerados benéficos, o que explicaria o crescente número de decisões de abstenção de tratamento neste grupo e a sua preferência por cuidados direcionados principalmente à qualidade de vida, e não ao seu prolongamento.[8] Prestar os melhores cuidados de saúde em fim de vida é dos atos mais nobres e genuínos que a profissão médica permite.

1.7- Decisão de não reanimar

Na prática clínica, o consentimento para a realização de reanimação cardiorrespiratória (RCP) é presumido e os médicos devem realizar RCP a menos que exista uma ordem de não reanimação, consentida pelo doente ou pelo seu procurador. As taxas destas ordens tendem a aumentar com o avançar da idade[44], já que estudos revelam que doentes mais velhos são mais suscetíveis de recusar RCP.[4]

No entanto, constata-se que a maioria dos doentes idosos não tem uma compreensão precisa daquilo que é entendido por RCP e a maioria não a discutiu com seus médicos. Sabe-se também que os doentes sobrestimam o sucesso da RCP e, depois de informados sobre a sua real

eficácia, muitos doentes idosos recusam o procedimento. Além disso, estudos descobriram que os médicos e procuradores muitas vezes preveem incorretamente a vontade dos doentes relativamente à RCP, sendo que esta não pode ser inferida pelos médicos com base em outras informações que possam estar presente numa DAV do doente.[6,33]

A RCP pode prolongar a vida mas no caso de doentes idosos em fase terminal tal pode não significar necessariamente fazer o bem e pode até causar danos significativos, já que pode prolongar o processo de morte e sofrimento.[4]

De todos os sobreviventes de RCP realizada em meio hospitalar, 44% apresentam comprometimento funcional significativo e são poucos aqueles que regressam completamente ao seu estado de saúde prévio. O prognóstico é ainda pior para doentes idosos.[4]

Estes dados realçam a importância de os médicos discutirem explicitamente com os seus doentes idosos a RCP (em que consiste, os seus riscos e benefícios e a eficácia desta intervenção). Esta discussão deve averiguar as expectativas do doente relativamente à terapia, que aspetos da reanimação no caso de paragem cardíaca seriam aceitáveis e, no final, respeitar a sua decisão.[4,6]

1.8- Futilidade médica

Frequentemente, os pacientes fazem pedidos de intervenções médicas. Muitos destes pedidos são razoáveis, devendo o médico fazer por os honrar. No entanto, o médico não é obrigado a aceder a pedidos de intervenções que considere serem claramente ineficazes ou que violem os seus valores e a sua consciência.[45] Um ato médico cujo objetivo esperado seja improvavelmente atingido pode justificar, assim, a decisão médica de não o prestar, evitando uma obstinação terapêutica, má prática médica.[46]

É também possível que os doentes solicitem intervenções que sejam eficazes mas que conduzam a um fim controverso, um pedido que reflita a lacuna entre os valores do doente e do

médico relativamente ao fim desejado. Por outras palavras, aquilo que o médico pode considerar como fútil, pode não ser de igual forma apreendido pelo paciente ou pelo seu procurador.[45]

Futilidade médica, um conceito difícil de definir (uma vez que a sua análise é indissociável das circunstâncias, do contexto e dos seus intervenientes), refere-se aos tratamentos que os médicos não são obrigados a prestar.[47] Em situações como estas e quando confrontado com este género de pedidos de intervenções, o médico deve então discutir com o doente os seus valores, expectativas e experiências que subjazem ao seu pedido e informá-lo sobre os potenciais riscos e benefícios da intervenção.[6]

Caso o doente permaneça firme no seu pedido e a intervenção em causa apoie os valores e objetivos do paciente, o pedido deve ser acedido. No entanto, se a execução da intervenção violar a consciência do médico, este deve providenciar a transferência dos cuidados de saúde do doente para outro profissional.[6]

Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, “nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua ação para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício²”. Por outras palavras, não praticar distanásia, mas sim ortotanásia.[25]

Os profissionais devem encontrar o equilíbrio entre evitar o cuidado insuficiente de idosos (“undertreatment”), bem como o seu exagero (“overtreatment”).[4]

² Art. 58, Capítulo III, Título II do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

2- Evitar dilemas éticos por meio de uma comunicação médico-doente idoso eficiente

2.1- Relação médico-doente idoso

A relação médico-doente é o ponto-chave para uma boa orientação de qualquer procedimento médico. Esta relação tem sido cogitada como um ponto fulcral na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e tem como pilares a personalização e a humanização do atendimento bem como o direito à informação e ao consentimento informado. O foco de um bom profissional de saúde não pode passar apenas por ser detentor de um alto nível de conhecimentos teóricos e técnicos, sendo igualmente importante a sua capacidade de empatia e relação com o outro.[3]

Uma relação médico-doente com comunicação eficiente maximiza a autonomia do doente idoso.[6] Nesta matéria, a capacidade de ouvir e escutar ganha um especial relevo, já que a escuta é uma necessidade com base ética, pois reconhece a autonomia do doente, favorecendo e fortalecendo a relação e confiança entre o médico e o idoso.[2]

No entanto, uma comunicação eficiente vai para além do consentimento informado e confidencialidade. Os clínicos têm um dever ético de tratar os doentes de uma maneira digna, cortês e respeitosa.[18]

Antes de realizar qualquer procedimento de diagnóstico ou terapêutico, a comunicação com os doentes é não só necessária como essencial. Esta deve ter em consideração a natureza e o propósito do procedimento proposto, incluindo os potenciais riscos e benefícios que deste podem advir, outras alternativas, assim como também os riscos e benefícios de não se submeter ao procedimento.[3]

Este diálogo entre ambas as partes é, assim, a base de uma comunicação médico-doente completa e da tomada de decisão compartilhada, desempenhando um papel clínico-terapêutico no processo de consentimento informado para melhorar os cuidados do doente.[3]

Tem vindo a ser comprovado que informações precisas e detalhadas melhoram a adesão do doente ao procedimento que lhe é proposto, tal como os resultados pós-operatórios, já que reduzem a ansiedade pré-operatória e a dor pós-operatória, e que quando a comunicação é realizada de forma sensível e empática, o tempo de reabilitação se torna menos penoso.[2,3]

Tanto de um ponto de vista ético como prático, é essencial que o médico compreenda os valores, crenças e diferenças culturais do doente por quem está responsável. Além disso, o médico deve usar uma linguagem simples e clara, com pausas, evitar interrupções e enfatizar as frases-chave, já que o uso de termos médicos e técnicos pode ser pouco claro e prejudicar a comunicação.[3] Esta também pode ser dificultada pelo processo de senescência, que acarreta perda sensorial, declínio da memória e processamento mais lento de informações, assim como outros fatores, como o isolamento social. Numa altura da vida em que os doentes idosos mais necessitam de intercomunicar com os seus médicos, estas alterações fisiológicas tornam-se um obstáculo.[48] Assim, os doentes idosos encontram-se particularmente vulneráveis no processo do consentimento informado, não estando apenas à mercê de condições médicas, fruto da idade avançada, que podem comprometer a sua capacidade cognitiva, como também de deficiências físicas, como perda auditiva, entre outras, que prejudicam e dificultam a comunicação com o médico, mesmo quando a capacidade cognitiva se encontra inalterada.[4] A anamnese, colhida no decorrer da entrevista ao doente, dos familiares ou de pessoas próximas, nem sempre é precisa ou credível, sendo a semiologia fraca. Seja por embaraço ou negação da própria velhice, alguns défices podem também não ser referidos. Assim, o médico deve ter em consideração as limitações do doente idoso, sobretudo nos aspetos sensoriais que dificultam a recolha e a fidelidade da história clínica.[49]

Escutar os doentes e responder com empatia às suas emoções é algo que também requer tempo, que é, não raras vezes, limitado.[50]

Para atender e entender aqueles que sofrem, o médico deve não só possuir o conhecimento científico e habilidades técnicas, mas também uma compreensão da natureza humana e aproveitar todas as oportunidades para explorar as expectativas e os receios do doente idoso, o qual não se trata apenas de um conjunto de sintomas, órgãos lesados e emoções alteradas, mas sim de um ser humano, simultaneamente preocupado e esperançado, que procura alívio, apoio e confiança.[51]

Portanto, a relação com o doente tem de ter por base a empatia, a habilidade de compreender os outros, de ver as coisas do seu ponto de vista e respeitar diferenças que possam existir entre os seus modos de pensar. O ser-estar com o doente traduz-se na relação de comunicação, empatia, presença verdadeira, envolvimento afetivo e respeito que se estabelece entre o médico e o idoso. A dimensão afetiva/expressiva constrói-se com e através dos valores humanos.[2]

Neste modelo de relação focado no doente, o médico tem a oportunidade de preencher a lacuna entre o mundo técnico da medicina e as necessidades e experiências pessoais do doente.

2.2- Comunicação médico-doente idoso

Estudos concluíram que uma comunicação médico-doente eficiente está associada a uma maior taxa de satisfação, de adesão do paciente e melhores resultados de saúde[52,53], estando também associada a menos queixas de negligência médica e prevenção de dilemas éticos.[54]

No entanto, estudos têm também vindo a encontrar falhas na comunicação médico-doente: os médicos interrompem o doente, em média, 18 segundos depois de este ter começado

a explicar os motivos que o trouxeram à consulta (sendo que o tempo médio para o doente enumerar a sua lista de preocupações ronda os 60 segundos)[55] e, frequentemente, os médicos falham em indagar sobre que mais preocupações pode ter o doente[52]. Sabe-se também que são escassas as discussões de fim de vida e o planeamento de cuidados avançados entre médicos e doentes. Deste modo, não é motivo de surpresa que dilemas éticos surjam devido à fraca comunicação entre os médicos e doentes ou os seus representantes.[35]

Contudo, está ainda ao alcance dos médicos adquirirem técnicas com vista a melhorar a comunicação com os seus doentes, tais como as relacionadas com o início da entrevista, a recolha de informações, a construção de relação médico-doente e a transmissão de informações médicas como, por exemplo, os resultados de exames diagnósticos (Tabela 1).[56]

Ao iniciar a entrevista, os médicos devem-se esmerar por recolher informações sobre os doentes enquanto pessoas (quem são, quais os seus valores e expectativas, etc.).[57] Ao doente deve ser concedida a oportunidade de descrever os motivos que o levaram à consulta sem ser interrompido. Esta explicação deve ser estimulada pelo médico colocando questões como, por exemplo, "O que mais o preocupa?".

Depois de todas as preocupações do doente serem relatadas e transmitidas, o médico e o doente devem, então, priorizá-las em conjunto. Definir prioridades de saúde com os doentes, especialmente com aqueles que apresentam diversas co-morbilidades, é ética e medicamente apropriado[58], assim como incluir os doentes no estabelecimento de metas (como, por exemplo, em relação a áreas de autocuidado, já que requerem mais alterações de hábitos no estilo de vida[59]).

Ao longo do decorrer da consulta, intervenções de incentivo à partilha de informação e fortalecimento da relação devem ser utilizadas.[56]

Ao transmitir informações médicas, como resultados de exames ou planos terapêuticos, os clínicos devem primar por usar uma linguagem simples, livre de demasiados termos técnicos

e ir averiguando, com frequência, a compreensão do doente (por exemplo, perguntando "Estou a fazer sentido?").

Tal como já referido anteriormente, outros fatores que podem inibir a comunicação eficiente entre os doentes idosos e os seus médicos incluem défice sensorial (como, por exemplo, perda de audição ou diminuição da acuidade visual), comprometimento cognitivo e isolamento social. Para fazer uma ótima análise das necessidades do doente e maximizar a sua autonomia, os médicos terão de, incontornavelmente, lidar com estes aspetos.

<p>Iniciar a entrevista:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “Antes de começarmos, gostaria de falar um pouco consigo para o conhecer.” - “Fale-me sobre si.”
<p>Recolha de informação:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir que o doente relate as suas preocupações sem interrupções e, de seguida, perguntar “Mais alguma coisa?”, até que o doente termine. - Em conjunto, priorizar as preocupações.
<p>Construção da relação:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Parceria: “Vamos resolver este problema juntos.” - Empatia: “Parece que você está a sentir muita dor.” - Desculpa: “Peço desculpa por o ter feito esperar.” - Respeito: “Eu admiro a sua força e coragem.” - Legitimação: “Muitas pessoas com esta doença têm sintomas semelhantes.” - Suporte: “Estarei aqui para si durante todo o seu tratamento.”
<p>Transmissão de informação:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar ao doente se compreende o problema, os exames realizados, etc. - Comunicar ao doente os resultados dos exames, o diagnóstico, etc., numa linguagem lenta e clara. - Perguntar se compreende a situação e como se sente perante ela.

Tabela 1 – Orientações práticas para uma comunicação médico-doente eficiente.[56]

Mesmo nas melhores circunstâncias, muitos médicos irão deparar-se, ao longo da sua carreira, com dilemas éticos que não podem ser facilmente ou rapidamente resolvidos.

Jonsen et al.[60] descreveu uma abordagem de dilemas éticos, baseada em casos clínicos, que engloba a análise de quatro parâmetros: indicações médicas, preferências do doente, qualidade de vida e fatores contextuais (Tabela 2). Esta ordem de análise não implica uma prioridade ética, pelo contrário, permite uma exposição, organização e revisão adequadas de todos os fatores eticamente relevantes, ou seja, fatores relacionados com os quatro princípios fundamentais da ética médica (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), de um caso clínico específico.

Responder às questões apresentadas na Tabela 2 é uma abordagem conveniente dos quatro parâmetros e, quando analisadas em conjunto, as respostas às perguntas não só definem o dilema ético, como podem, também, sugerir uma solução para este.

Uma correta abordagem destes dilemas éticos deverá ter em conta diversos fatores relativos ao doente, tais como a sua condição médica, preferências, qualidade de vida esperada e características contextuais, particulares de cada caso. Uma abordagem nestes moldes permite ao médico identificar e analisar os factos relevantes de um caso, definir o problema ético e sugerir uma solução. No entanto, e apesar do uso desta abordagem, por vezes, os dilemas éticos continuam por resolver. Nestas situações, a mediação por parte de terceiros pode ser útil para quebrar o impasse. A maioria das instituições de saúde possui algum género de processo de consulta ética para auxiliar a resolução destes dilemas quando eles surgem. Os profissionais de saúde devem, por isso, estar familiarizados com o processo de consulta ética nas suas instituições e recorrer a este quando necessário.[6]

Indicações médicas

Princípios éticos: Beneficência e Não Maleficência

- Qual é o problema médico do doente? História? Diagnóstico? Prognóstico?
- O problema é agudo? Crônico? Crítico? Urgente? Reversível?
- Quais são os objetivos do tratamento do médico?
- Quais são os objetivos do tratamento do doente?
- Quais são as probabilidades de sucesso?
- Qual o plano caso a terapêutica falhe?
- No fundo, como pode o doente beneficiar dos cuidados médicos e como podem os danos ser evitados?

Preferências do doente

Princípio ético: Autonomia

- O doente possui capacidade de tomada de decisão?
- Se o doente possui capacidade de decisão, quais são as suas preferências de tratamento?
- O doente foi informado dos benefícios e riscos do tratamento, compreendeu a informação e deu o seu consentimento?
- Se o doente não possui capacidade de decisão, que é o representante adequado?
- O doente expressou as suas preferências anteriormente (exemplo: DAV)?
- O doente não está disposto a cooperar com o tratamento? Se sim, porquê?
- No fundo, está o direito do doente de escolha a ser respeitado na medida do possível pela ética e pela lei?

Qualidade de vida

Princípios éticos: Beneficência, Não Maleficência e Autonomia

- Quais são as expectativas, com ou sem tratamento, de um retorno à vida normal?

- Quais são os défices físicos, mentais e sociais que o doente pode experienciar caso o tratamento seja bem sucedido?
- Existem prenoções que possam influenciar a avaliação do médico sobre a qualidade de vida do doente?
- A situação presente ou futura do doente é tal que o prolongamento da sua vida possa ser considerado indesejável?
- Existem algum plano e análise racional para renunciar o tratamento?
- Existem planos para o conforto e cuidados paliativos?

Fatores contextuais
Princípio ético: Justiça

- Existem problemas familiares que possam influenciar decisões de tratamento?
- Existem problemas médicos que possam influenciar decisões de tratamento?
- Existem fatores financeiros e económicos?
- Existem fatores religiosos ou culturais?
- Existem limites de confidencialidade?
- Existem problemas de alocação de recursos?
- Como é que a lei afeta decisões de tratamento?
- A investigação clínica ou ensino estão envolvidos?
- Existe algum conflito de interesses por parte dos profissionais de saúde ou da instituição?

Tabela 2 – Parâmetros de uma avaliação eticamente correta de um caso clínico.[60]

A experiência de cuidar destes doentes é referida por médicos como enriquecedora e muito gratificante. Cuidar de doentes terminais é uma tarefa significativa, no entanto, o sofrimento do doente pode ser um fardo considerável e causa de frustração e stress, sendo uma causa de morbilidade psiquiátrica no pessoal médico (em que as dificuldades no controlo sintomático, em lidar com o stress emocional da família e em corresponder às necessidades psicossociais do doente são factores apontados como os mais frustrantes). Já a relação de longa data e continuada com os seus doentes, o alívio dos sintomas, a comunicação honesta com os doentes e seus familiares e o seu apoio ao doente são vistos como os pontos que os médicos mais valorizam relativamente aos cuidados de fim de vida.[61]

A relação entre o médico e o doente idoso é essencial para o primeiro poder proporcionar ao último os melhores cuidados médicos possíveis e, assim, melhorar também os resultados finais obtidos. No fundo, é o cerne da prestação de cuidados de saúde, essencial para a ética médica contemporânea.[3]

O valor da autonomia de um indivíduo concede-lhe o direito de aceitar ou recusar qualquer procedimento médico e é o pilar de um processo de consentimento informado correto, com a inclusão e participação ativa do paciente na tomada de decisões de saúde. A informação e o consentimento informado assumem um papel essencial de um ponto de vista legal, bem como ético. Para além de uma diminuição significativa do número de complicações legais por negligência médica, uma comunicação eficiente entre o médico e o doente melhora a satisfação deste, a sua adesão ao tratamento, interiorização de informação e melhores resultados médicos.[3]

O doente idoso, frequentemente numa situação já terminal, constitui, portanto, um desafio à prática correta da medicina e o seu tratamento requer, por parte dos médicos, uma avaliação individualizada tendo em consideração não só a condição biológica do doente, mas também os seus valores pessoais, ambiente social, familiar e afetivo que o rodeia. É necessário

que os profissionais de saúde estejam cientes da natureza da fisiologia do envelhecimento para uma abordagem eficaz dos doentes idosos.[3]

Tanto os doentes como os médicos veem espaço para melhorar os cuidados de fim de vida.[6] É fundamental, assim, que os profissionais de saúde privilegiem a dimensão afetiva dos cuidados, com foco nas relações humanas, de carinho e valor à pessoa idosa, pois para além de serem um grupo bastante vulnerável, valorizam muito as relações que se possam estabelecer e tudo o que destas advém.[2]

Não é, portanto, difícil constatar que a promoção das áreas de geriatria, gerontologia e todas as questões éticas que lhes estão associadas devem ganhar um peso cada vez mais significativo na educação médica. Deste modo, para além de uma necessidade de cuidados multidisciplinares integrados na medicina geriátrica, é também importante o desenvolvimento de um sistema educacional abrangente para profissionais de saúde de idosos. Reconhecendo a importância destas áreas, uma reforma dos serviços de assistência médica deve ser feita para poder responder às necessidades da sociedade atual.[11]

Discussão/Conclusão

Pela realidade demográfica com que nos deparamos e com a qual nos vamos, previsivelmente, deparar ainda mais no futuro, conclui-se que a área da medicina clínica que aborda o doente idoso tornar-se-á uma área de conhecimento cada vez mais importante.

O número crescente de doentes idosos e o resultante aumento do recurso aos serviços de saúde por parte destes fazem com que seja necessário um melhor entendimento deste grupo etário vulnerável[48]. Cuidar destes doentes é algo que transcende a objetividade da conduta terapêutica[7] e, sendo esperado que os médicos cuidem de um número crescente de doentes idosos com problemas médicos e psicossociais desafiadores, é também de esperar que daqui surjam dilemas éticos inquietantes.[6]

Na abordagem destes dilemas, que podem assumir diversas formas, será sempre necessário ter em conta vários fatores relativos ao doente, como a sua condição médica, preferências, qualidade de vida esperada, entre outros. Sendo, simultaneamente, necessário que se pratiquem e respeitem os princípios universais da ética médica, reconhecendo a autonomia dos indivíduos em geral e protegendo aqueles que a têm diminuída (o que abrange a necessidade do consentimento informado, que inclui a obrigatoriedade de informação, compreensão e voluntariedade), promovendo a beneficência e a não maleficência (na condição de não fazer o mal, maximizar os benefícios e minimizar possíveis prejuízos de qualquer intervenção) e justiça (na equidade da distribuição de cuidados), tendo noção que dois, ou mais, destes princípios poderão entrar em conflito.[2,6]

Apoiada na ética clínica, a medicina tem vindo a evoluir de uma relação médico-doente paternalista para uma relação que respeita e promove a autonomia do doente, que já não aceita passivamente as escolhas do seu médico, tendo antes um papel ativo na tomada de decisões.[4]

Para que tal seja possível, é necessária uma eficiente comunicação entre o médico e o doente idoso, focada nos valores, experiências, objetivos e prioridades do último, aumentando,

assim, o seu conforto e proporcionando-lhe uma sensação de controlo, por ter participado nas tomadas de decisões. É através deste diálogo que o médico discerne qual o melhor plano para o seu doente, evitando um tratamento insuficiente e inadequado, bem como um sobretratamento indesejado. Uma má comunicação pode comprometer os esforços para garantir bons cuidados ao doente, influenciando negativamente a sua satisfação, bem como a dos seus familiares.[4,17,48,62]

Esta relação deve ter como alicerces a confiança e o respeito mútuos, sendo uma relação que é construída com tempo e paciência, mais do que em outros grupos etários, devido às limitações fisiológicas e psicológicas do doente idoso (como défices auditivos e visuais, medo do desconhecido, entre outros), tornando-se importante para garantir que as vulnerabilidades e, por vezes, a fraca capacidade de comunicação do doente não ponham em causa o seu direito a cuidados adequados.[8,9]

Compreender as preferências, inseguranças e receios do seu doente, especialmente quando a morte possa ser um resultado provável, ajuda o médico a assegurar que os cuidados que este irá prestar são consistentes com desejos do doente, a promover a saúde, a prevenir a doença e a influenciar, de forma positiva, a sua recuperação, o controlo da dor e o estado psicológico.[17,63]

O ato de cuidar deve ser entendido como o aliviar da vulnerabilidade, o promover a dignidade, o proporcionar conforto e o preservar e estender as possibilidades humanas do indivíduo.[2]

Sob o ponto de vista da ética médica atual, promover o bem-estar já não se resume apenas ao salvar vidas, mas também ao preservar e promover a sua qualidade (conceito que dependerá daquilo que é visto pelo doente como sendo qualidade de vida). Respeitando o

princípio da beneficência que exige, também, o respeito pelos desejos do doente, ou, por outras palavras, pela sua autonomia.[4]

Em suma, apesar de todos os indivíduos serem seres frágeis, os doentes idosos são ainda mais vulneráveis, pelo que merecem uma discriminação positiva nos seus cuidados de saúde, algo que o médico não deve confundir com uma postura paternalista, respeitando a autonomia do doente e combatendo a não adesão através de um processo de envolvimento contínuo na tomada de decisões preventivas e/ou terapêuticas.[9,30]

Uma comunicação médico-doente idoso eficiente não é apenas um dever do clínico, é uma característica importante da arte da medicina e pode evitar muitos dilemas éticos.[6] Assim, para além de uma integração de cuidados multidisciplinares na área da medicina geriátrica, é também preciso o desenvolvimento de um sistema educacional abrangente que prepare futuros profissionais de saúde para cuidar de doentes idosos e, deste modo, responder às necessidades da sociedade de hoje e de amanhã.[11]

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, meu orientador, e ao Doutor Rogério Vicente Ferreira, meu coorientador, pelo suporte e profissionalismo durante a realização deste artigo de revisão.

Agradeço, também, à minha família e aos meus amigos, o apoio e a motivação prestados ao longo deste trabalho.

Referências Bibliográficas

1. Luz HRA. Sociologia do envelhecimento. In: Geriatria fundamental- Saber e Praticar. 2014:65-74.
2. Figueirinha, D., Marques, I, Simões, JA, Ética na relação do Profissional de Saúde e Idoso nos Cuidados Continuados. Revista Portuguesa de Bioética, 2012(16):31-46.
3. Giampieri M. Communication and informed consent in elderly people. *Minerva Anesthesiol.* 2012;78(2):236-42.
4. Ivashkov, Y. and Van Norman, G.A., Informed consent and the ethical management of the older patient. *Anesthesiol Clin*, 2009. 27(3):569-80, table of contents.
5. Agich G. Dependência e autonomia na velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo, 2003:10.
6. Mueller PS, Hook CC, Fleming KC. Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians. *Mayo Clin Proc.* 2004 Apr;79(4):554-62.
7. Vianna L, Vianna C, Bezerra A. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2010;34(1):150-9.
8. Rietjens, J.A., et al., Medical end-of-life decisions: does its use differ in vulnerable patient groups? A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 2012. 74(8):1282-7.
9. Cepoi, V., Alexa, I. D., Ilie, A., & Alexa, O. (2014). Ethical dilemmas in treating elderly patients at risk for polypragmasy and polypharmacy. *Revista Romana de Bioetica*, 12(3):12-18.
10. Gomes M. A comunicação e relação médico-doente como benefício para o doente e para a decisão médica. *Revista Ordem dos Médicos No148.* 2014:79-81.
11. ARAI, Hidenori et al. Toward the realization of a better aged society: Messages from gerontology and geriatrics. *Geriatrics & Gerontology International*, [s.l.], v. 12, n. 1, 21, dez. 2011:16-22.
12. Rivlin MM. Protecting elderly people: flaws in ageist arguments. *BMJ.* 1995;310:1179-1182.
13. Mamhidir AG, Kihlgren M, Sorlie V. Ethical challenges related to elder care. High level decision-makers' experiences. *BMC Med Ethics.* 2007 Apr 10;8:3.

14. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*. 1997 Oct 25;315(7115):1096-9.
15. Burns, J.P. and Truog, R.D., Futility: a concept in evolution. *Chest*, 2007. 132(6):1987-93.
16. Chan CP, Wong YL, Sha KY. Medical ethics and the elderly. *Asian J Gerontol Geriatr* 2009;4:83-4.
17. Romo, R. D., Allison, T. A., Smith, A. K., & Wallhagen, M. I. (2017). Sense of Control in End-of-Life Decision-Making. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(3):70-75.
18. Appelbaum, P.S., Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*, 2007. 357(18):1834-40.
19. Kim SYH, Karlawish JHT, Caine ED. Current state of research on decision-making competence of cognitively impaired elderly persons. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:151-65.
20. Gauthier S, Leuzy A, Racine E, Rosa-Neto P. Diagnosis and management of Alzheimer's disease: past, present and future ethical issues. *Prog Neurobiol*. 2013 Nov;110:102-13.
21. Beauchamp, T.L., Childress, JF, *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed., New York: NY: Oxford University Press, 1994.
22. Seppet, E., et al., Ethical aspects of aging research. *Biogerontology*, 2011. 12(6):491-502.
23. Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *JAMA*. 2000;283:1065-1067.
24. Perez-Carceles, M.D., et al., Elderly patients also have rights. *J Med Ethics*, 2007. 33(12):712-6.
25. Regulamento n.º 14/2009 da Ordem dos Médicos. *Diário da República n.º 8/2009 - II Série*.
26. Kapp, M.B., Ethics and Medical Decision-Making, in *Encyclopedia of Gerontology*, J.E. Birren, Editor. 2007, Elsevier Inc.: Oxford:526-532.
27. Agronig M, Maletta G. Forensic Evaluation of the Older Patient. In: *Principles And Practice Of Geriatric Psychiatry*. 2006:164-6.
28. Reach G. Patient autonomy in chronic care: solving a paradox. *Patient Prefer Adherence*. 2013 Dec 12;8:15-24.
29. Serrão D. Ética em Geriatria. In: *Geriatria fundamental- Saber e Praticar*. 2014:423-9.

30. Matthew C. Riddle, MD, Diane M. Karl, MD. Individualizing Targets and Tactics for High-Risk Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2012;35(10):2100-2107.
31. Danis M, Southerland LI, Garrett JM, et al. A prospective study of advance directives for life-sustaining care. *N Engl J Med*. 1991; 324:882-888.
32. Cunningham, T. V., Scheunemann, L. P., Arnold, R. M., & White, D. (2018). How do clinicians prepare family members for the role of surrogate decision-maker? *Journal of Medical Ethics*, 44(1):21-26.
33. Walker RM, Schonwetter RS, Kramer DR, Robinson BE. Living wills and resuscitation preferences in the elderly population. *Arch Intern Med*. 1995;155:171-175.
34. Fontanella, D., et al., Ethical issues in geriatric dermatology. *Clin Dermatol*, 2012. 30(5):511-5.
35. Layson RT, Adelman HM, Wallach PM, Pfeifer MP, Johnston S, McNutt RA, End of Life Study Group. Discussions about the use of life-sustaining treatments: a literature review of physicians' and patients' attitudes and practices. *J Clin Ethics*. 1994;5:195-203.
36. Reynolds, S., Cooper, A.B. and McKneally, M., Withdrawing life-sustaining treatment: ethical considerations. *Surg Clin North Am*, 2007. 87(4):919-36, viii.
37. Bulgaru-Iliescu D, Botezat D, Oprea L. The chronic care model and personal responsibility for health. *Revista Romana de Bioetica* 2012;10(4):78-84.
38. Hamel, M.B., et al., Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Intern Med*, 1999. 130(2):116-25.
39. Jecker, N.S., Ethics and Euthanasia, in *Encyclopedia of Gerontology*, J.E. Birren, Editor. 2007, Elsevier Inc.: Oxford:522-525.
40. Quill TE, Barold S, Sussman BL. Discontinuing an implantable cardioverter defibrillator as a life-sustaining treatment. 1994;74:205-207.
41. Rhymes JA, McCullough LB, Luchi RJ, Teasdale TA, Wilson N. Withdrawing very low-burden interventions in chronically ill patients. *JAMA*. 2000;283:1061-1063.
42. Winter B, Cohen S. ABC of intensive care: withdrawal of treatment. *BMJ*. 1999;319:306-308.

43. Hanson LC, Danis M, Mutran E, Keenan NL. Impact of patient incompetence on decisions to use or withhold life-sustaining treatment. *Am J Med.* 1994;97:235-241.
44. Boyd K, Teres D, Rapoport J, Lemeshow S. The relationship between age and the use of DNR orders in critical care patients: evidence for age discrimination. *Arch Intern Med.* 1996;156:1821-1826.
45. Weijer C, Singer PA, Dickens BM, Workman S. Bioethics for clinicians, 16: dealing with demands for inappropriate treatment. *CMAJ.* 1998;159:817-821.
46. Thompson, R.J., Medical futility: a commonly used and potentially abused idea in medical ethics. *Br J Hosp Med (Lond)*, 2011. 72(2):96-9.
47. Winkler, E.C., W. Hiddemann, and G. Marckmann, Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework. *J Med Ethics*, 2012. 38(11):647-51.
48. Robinson TE, White GL, Houchins JC. Improving communication with older patients: tips from the literature. *Family Practice Management.* 2006;13(8):73-8.
49. Veríssimo R, Barbosa B, Veríssimo MT. Particularidades clínicas do doente idoso. In: *Geriatrics fundamental- Saber e Praticar.* 2014:130-5.
50. Thai JN, Walter LC, Eng C, Smith AK. Every patient is an individual: clinicians balance individual factors when discussing prognosis with diverse frail elderly adults. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(2):264-9.
51. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5(1):57-65.
52. Rosenberg EE, Lussier MT, Beaudoin C. Lessons for clinicians from physician-patient communication literature. *Arch Fam Med.* 1997;6:279-283.
53. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152:1423-1433.
54. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician- patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 1997;277:553-559.
55. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984;101:692-696.

56. Barrier PA, Li JT-C, Jensen NM. Two words to improve physicianpatient communication: what else? *Mayo Clin Proc.* 2003;78:211-214.
57. Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, et al. "Tell me about yourself": the patient-centered interview. *Ann Intern Med.* 2001;134:1079-1085.
58. Wrede J, Voigt I, Bleidorn J, Hummers-pradier E, Dierks M, Junius-walker U. Complex health care decisions with older patients in general practice: patient-centeredness and prioritization in consultations following a geriatric assessment. *Patient Educ Couns.* 2013;90(1):54-60.
59. Heisler M, Cole I, Weir D, Kerr EA, Hayward RA. Does physician communication influence older patients' diabetes self-management and glycemic control? Results from the health and retirement study (HRS). *J Gerontol.* 2007;62(12):1435-42.
60. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine.* 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002.
61. Georges, J.J., et al., Dealing with requests for euthanasia: a qualitative study investigating the experience of general practitioners. *J Med Ethics*, 2008. 34(3):150-5.
62. Hanson LC, Winzelberg G. Research priorities for geriatric palliative care: goals, values and preferences. *J Palliat Med.* 2013;16(10):1175-9.
63. Amalraj S, Starkweather C, Nguyen C, Naeim A. Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology.* 2009;23(4):369-75.