

Dilemas bioéticos na assistência prestada ao idoso portador de demência do tipo Alzheimer¹

*Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
Henrique Salmazo da Silva*

RESUMO: A tomada de decisão e as condutas adotadas no gerenciamento da atenção prestada ao idoso com Demência do Tipo Alzheimer (DTA) e sua família podem acarretar dilemas bioéticos. Este estudo teve como objetivos investigar as possíveis decisões sobre a gestão da atenção prestada a uma idosa portadora de DTA e promover reflexões bioéticas entre os estudantes de graduação em Gerontologia. As dimensões exploradas para direcionar a atenção foram: a atuação interprofissional, a interlocução com os familiares e o respeito à autonomia da paciente.

Palavras-chave: bioética; idoso; Demência do Tipo Alzheimer.

ABSTRACT: *The decision-making process and the conducts adopted in the management of assistance provided for the elderly with Alzheimer's Disease and their families can result in bioethical dilemmas. This study aimed to investigate the possible decisions in the management of care provided for an elderly woman with Alzheimer's Disease and to promote bioethical discussions among undergraduate students of Gerontology. The dimensions that we explored were: interprofessional action, interlocution with family members and respect to the patient's autonomy.*

Keywords: *Bioethics; elderly people; Alzheimer's Disease.*

¹ Este estudo sistematiza uma das atividades de ensino e pesquisa promovidas durante a disciplina de Ética ministrada no curso de Graduação em Gerontologia. O segundo autor participou como monitor da disciplina.

Introdução

A Demência do Tipo Alzheimer (DTA) caracteriza-se como uma enfermidade neurodegenerativa que afeta de forma significativa e progressiva as habilidades cognitivas e mentais do idoso, promovendo diminuição na realização de tarefas da vida diária, prejuízo significativo sobre as atividades sociais, perda de autonomia e redução dos indicadores de qualidade de vida (Baltes e Smith, 2006; Gatz e Smyer, 2001; Schölzel-Dorenbos et al., 2007; Smyer e Qualls, 2002; Wodruff-Pak, 1997; Youngjohn e Crook III, 1996).

Atualmente, a DTA representa cerca de metade dos casos do grupo de doenças neurodegenerativas que acomete a população idosa, apresentando maior incidência entre o grupo de idosos mais longevos. Baltes e Smith (2006) estimam que 50% do grupo de idosos que atingem a nona década de vida apresentam DTA, condição que para os autores desafiam os gestores e políticos na área da saúde considerando que grande parcela das populações que se aproximam do limiar biológico do final da vida, como a quarta idade, apresentam maiores níveis de doenças crônico-degenerativas, solidão, dependência e menores índices de plasticidade para as habilidades cognitivas e funcionais. Assim, como os autores discutem, esses dados podem ter relação com as oportunidades socioeducacionais e de promoção à saúde em fases recentes da vida; hipótese que convida os gestores e as políticas públicas a desenvolverem projetos durante o curso de vida de diferentes grupos etários, oferecendo possibilidades de que na velhice os indivíduos possam usufruir de elevados níveis de funcionalidade e qualidade de vida.

Em países desenvolvidos como os Estados Unidos projeta-se que dois milhões de indivíduos possuam demência, índice que tende a triplicar nos próximos 50 anos (Youngjohn e Crook III, 1996). Valores apresentados pela Organização Mundial da Saúde em estudo realizado pela Associação Americana da Doença de Alzheimer no final da década de 1990 revelam que, nos Estados Unidos, o gasto com a DTA se concentrou na média de 33 bilhões de dólares, sendo que sete bilhões foram gastos com a assistência direta aos pacientes e 26 bilhões

estiveram relacionados com o absentéismo dos cuidadores (WHO, 2001 apud Neri e Sommerhalder, 2002). No contexto brasileiro, apesar da escassez de dados sobre os gastos e a organização da rede de cuidados destinada aos pacientes, estima-se que 7% da população idosa possua DTA, indicador que tende a se elevar com a progressiva longevidade da população.

Verifica-se desse modo que o aumento progressivo das doenças mentais que acometem a população idosa trazem novos desafios para o sistema de saúde (Cerqueira, 2003; Costa, 2002; Gatz e Smyer, 2001; Maia et al., 2003; Ramos et al., 1993; Smyer e Qualls, 2002), em especial para a rede de cuidadores formais e informais que participam da manutenção dos cuidados aos pacientes com demência. Um dos dilemas a ser enfrentado reside na perspectiva de que os pacientes acometidos por DTA necessitam de cuidados prolongados e que considerem o bem-estar do idoso, dos cuidadores e familiares. Além disso, a aplicação de critérios diagnósticos mais precisos e o acompanhamento dos pacientes nas comunidades são iniciativas ainda modestas na área de saúde mental, desprivilegiando a atenção integral do paciente e família (Gatz e Smyer, 2001; Woodruff-Pak, 1997).

Em relação à literatura que investiga as condições de vida dos cuidadores e as variáveis envolvidas na qualidade e na duração do cuidado documentam-se resultados referentes ao perfil de quem cuida, como desempenha o papel de cuidador e as avaliações realizadas na prestação dos cuidados. Esses dados identificam, em geral, que os cuidadores são predominantemente do sexo feminino, familiares e ainda são pessoas eleitas socialmente para desempenhar a função, atributos que envolvem princípios de reciprocidade e solidariedade para quem recebe os cuidados (Karsh, 2003; Neri e Sommerhalder, 2002).

Assim, Neri e Sommerhalder (2002) afirmam que a reciprocidade surge na premissa de que os cuidadores estão retribuindo, de algum modo, os benefícios que receberam em outras etapas do ciclo de vida, como o caso de filhos e filhas que cuidam dos pais acamados. A solidariedade, por outro lado, se constrói no cuidado entre pessoas da mesma geração, como o caso de cônjuges que cuidam do parceiro

ou de irmãos que provêm o cuidado de outros irmãos. Em ambos os casos, relações socioafetivas complexas estão envolvidas no cotidiano do cuidado, recebendo a contribuição de variáveis como a organização do suporte familiar; a proximidade afetiva entre cuidador e paciente; o nível socioeconômico; a etiologia da doença e as formas de tratamento; as pressões internas (afetivas e emocionais) e externas aos cuidadores (trabalho, vida social, possível acúmulo de funções, recursos disponíveis, capital das relações humanas, entre outros); valores culturais; adaptação à rotina e adequação dos procedimentos necessários ao paciente; nível de satisfação com a vida; indicadores de saúde e estresse dos cuidadores; e entre outros (Fortes e Neri, 2006; Neri e Sommerhalder, 2002).

Em revisão de literatura os dados descritos por Neri e Sommerhalder (2002) confirmam-se algumas variáveis já mencionadas: (1) cuidadores que se encontram há maior tempo com a atribuição de cuidar exibem menores níveis de estresse do que os que acabaram com a função de desempenhar tal papel; (2) a sobrecarga do cuidador e a valorização dos atributos negativos da tarefa de cuidar são freqüentes; (3) as enfermidades que se caracterizam como maior fonte de ônus e sobrecarga são as neurodegenerativas como a DTA e a Doença de Parkinson, representando perda da autonomia, gradativo declínio das habilidades funcionais e no caso específico da DTA, manifestações comportamentais e perda dos dados autobiográficos, principalmente nos estágios moderados da doença.

A priori, existem diferentes tipos de graduações de comprometimento no cuidado do idoso, classificações que se subdividem entre o cuidado informal primário – direto ao paciente –, secundário – em geral para a realização de algumas atividades de vida diária do paciente e ajuda ao cuidador – terciário – auxílio com as finanças (Neri e Sommerhalder, 2002).

Elliot e colaboradores (2007) ao estudarem grupos de cuidadores informais norte-americanos de idosos dependentes acometidos por DTA revelam que os participantes referenciaram dificuldades em manejar a perda de autonomia exibida em estágios intermediários da doença, assim como na forma de tomar as decisões pelos pais e

familiares. A transferência do familiar para a própria residência e a posterior institucionalização levou a níveis de estresse excessivamente altos. Os autores descrevem, também, que a negociação da melhor decisão dirigida ao paciente passou por contextos de conflitos no ambiente familiar e abertura de canais de diálogo entre os diferentes membros que vivenciaram uma nova etapa do ciclo de vida familiar, a perda da posição de autoridade familiar, como o pai ou a mãe idosa e a conseqüente redefinição dos papéis.

Nesse sentido, verifica-se que a responsabilidade pelo cuidado de idosos dependentes, principalmente daqueles com autonomia reduzida, deve ser compartilhada com outras pessoas além dos familiares. Segundo Karsh (2003), na maioria das vezes, as pessoas que prestam cuidados se sentem sobrecarregadas e apresentam níveis intermediários de morbidade e risco aumentado para o agravamento de doenças crônicas-degenerativas como hipertensão, diabetes e sintomas depressivos. Nesse estudo tem-se que uma parcela significativa de cuidadores era do sexo feminino e também era idosa. Tais indicadores tornam-se preocupantes, visto que a rede de profissionais responsável pelos cuidados formais em saúde também deve dirigir a atenção para a assistência ao cuidador desse idoso dependente. Considera-se dependente o idoso que possui a sua capacidade funcional afetada, limitando a realização das atividades de vida diária (Duarte, 2007).

No âmbito dos serviços de saúde e dos profissionais que prestam assistência aos idosos com doenças altamente incapacitantes e degenerativas, como a DTA, o gerenciamento da assistência e a tomada de decisões podem acarretar dilemas bioéticos que nos levam a refletir sobre: até que ponto, enquanto profissionais, podemos intervir nos casos apresentados? Quando tratamos de decisões que se sobrepõem a situações de conflitos, de práticas institucionais e de disposições legais, quais os princípios bioéticos norteadores que devem direcionar a adoção de condutas em relação aos pacientes e familiares? Os valores morais, as atitudes e as crenças dos profissionais subsidiam o contexto dos cuidados e apresentam implicações na prática assistencial? Em que contexto devemos promover ações facilitadoras para o cuidado humani-

zado e que considere a dignidade humana e o cuidado pela vida? Como os princípios bioéticos relacionados à autonomia, à beneficência e à não-maleficência se articulam na rede de cuidados e na forma como o caso se apresenta diante dos profissionais? Quais os tipos de estratégias que apresentam melhor eficácia no tratamento e acompanhamento do idoso dependente e família?

Nessa abordagem, com tantos questionamentos e incertezas, temos que os dilemas bioéticos decorrentes das mais diversas situações relacionadas à tomada de decisão durante a abordagem clínica tem causado muitas reflexões nos profissionais da área da saúde. Tal fato torna-se mais preocupante quando as divergências de opiniões permeiam essas ocorrências, marcadas pela presença do dilema moral.

Para Kalamatianos e Narvai (2004), o dilema moral requer um posicionamento em que o agente deve adotar uma única alternativa, no entanto, nenhum dever moral deve ser desconsiderado em termos moralmente relevantes. Por essa razão, quando os valores morais encontram-se em conflito, existe necessidade de esclarecimento dos enfoques divergentes, pois oferece possibilidades para que exista mais de uma resposta adequada. Nesse sentido, existe a preocupação de ir além dos valores morais, de agir com ética, pois os valores morais são impostos pela sociedade e a ética é percebida pelo indivíduo; a partir do momento que ela é apreendida por ele, sendo que o princípio fundamental que norteia a ética é o respeito ao ser humano, visualizando-o como um *sujeito atuante e autônomo* (Cohen e Segre, 2002).

Pensando assim, é importante ressaltar que o sujeito autônomo, portador de autonomia, é aquele que estabelece relações interpessoais, compartilha decisões em parceria e possui seus direitos (Pessini e Barchifontaine, 1991), sendo a autonomia um dos princípios norteadores da bioética. Vale enfatizar que a autonomia se refere à capacidade do indivíduo de autogovernar-se na tomada de decisão. No entanto, uma pessoa pode agir não-autonomamente em determinadas situações, acarretando complexas questões éticas aos profissionais de saúde. Tais

decisões podem ser decorrentes de desordens emocionais ou mentais e mesmo alterações físicas comprometendo a capacidade de autogoverno (Muñoz e Fortes, 1998).

Tendo como pano de fundo a bioética, ciência que problematiza temas da vida humana e estuda o cuidado pela vida (Segre, 2002; Pessini, 2006), pretende-se neste artigo investigar as possíveis condutas gerontológicas embasadas no campo da bioética ante a tomada de decisão durante o gerenciamento da atenção prestada a uma idosa portadora de DTA. No entanto, torna-se necessário promover reflexões inerentes às possibilidades de intervenções cabíveis aos profissionais, gestores em saúde, sujeitos responsáveis pelo gerenciamento e na negociação de conflitos familiares.

Para Alkema et al. (2006), a assistência em Gerontologia relaciona-se ao gerenciamento de atenção ao idoso e pode ser uma estratégia para o atendimento dessa clientela idosa, abrangendo a família, a residência e a interlocução entre os serviços de saúde e as políticas públicas no campo do envelhecimento.

Dessa forma, para garantir a qualidade da assistência prestada ao idoso portador de DTA e sua família, o gerontólogo tem como subsídio a ferramenta de trabalho intitulada Plano de Atenção em Gerontologia (PAGe). Esclarece-se que o PAGe é um instrumento criado pelos docentes e discentes do curso de graduação em Gerontologia da Universidade de São Paulo. Esse instrumento é composto das seguintes etapas: investigação do caso, planejamento da atenção, implementação das intervenções, monitoramento e a avaliação dos resultados alcançados. Na investigação, consideram-se o estado biopsicosocial do idoso, o seu desempenho nas habilidades gerais de saúde e as suas necessidades, fatores que ajudam a qualificar as decisões a serem priorizadas pelos gestores. Ante a situação apresentada pelo idoso, o gerontólogo tomará as decisões necessárias, almejando o sucesso na resolução do problema, a partir de um processo de planejamento. Considera-se planejamento como um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar a interação com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias para alcançar os objetivos e as metas

desejadas e preestabelecidas (Tancredi et al., 1998). Já a etapa de implementação das intervenções caracteriza-se pela realização das ações planejadas. Durante o monitoramento, acompanha-se a execução das ações propostas. Finalmente, a última etapa, conhecida como evolução, é o momento de reconhecer os resultados alcançados e propor novas estratégias se assim forem necessárias. Em relação aos resultados atingidos, os profissionais que formam a rede de atenção em Gerontologia apresentam a oportunidade de verificar o quanto o idoso e sua família se beneficiam das intervenções, assim como quais são os pontos que devem ser considerados na formulação de novos planos assistenciais e de gerenciamento do caso.

Diante do aumento do número de pessoas idosas portadoras de DTA e da problemática em lidar com as situações decorrentes da prestação da assistência necessária visando o bem-estar e a integralidade do idoso e de seus familiares, esse estudo têm como objetivos: despertar nos alunos de graduação em Gerontologia da Universidade de São Paulo reflexões sobre a multidirecionalidade dos fatores envolvidos no gerenciamento da atenção prestada a uma idosa portadora de DTA no âmbito institucional e familiar e elaborar condutas pertinentes a essa situação.

Materiais e método

Esta pesquisa foi do tipo estudo de caso. Participaram 52 estudantes da disciplina de Ética ministrada no curso de graduação em Gerontologia da Universidade de São Paulo. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário previamente estruturado com questões abertas e fechadas sobre as possíveis condutas a serem realizadas pelos discentes após a apresentação de um estudo de caso em que a sra. M.S., 76 anos, portadora de Demência do Tipo Alzheimer, encontrava-se internada e demonstrava aversão em relação a sua cuidadora familiar. Tal comportamento provoca um dilema bioético nos profissionais do hospital, pois desencadeia uma possível suspeita de maus-tratos praticados pela nora, cuidadora principal da sra M.S., quando no domicílio,

interferindo assim na tomada de decisão durante o plano de alta hospitalar. Era sabido que a paciente tinha mais uma filha, que poderia assumir o papel de cuidadora, porém a mesma encontrava-se em viagem no exterior com previsão de chegada nos três dias subseqüentes.

Os profissionais do hospital desconheciam a qualidade do relacionamento entre os familiares e o modo como a sra M.S. recebia os cuidados em casa. Ao apresentar o estudo de caso aos estudantes, verificou-se que o reduzido número de informações disponíveis para a tomada de decisão se apresentava como um dos fatores limitadores nos tipos de condutas a serem adotadas após a alta hospitalar. Ao mesmo tempo, enquanto futuros profissionais, o desafio dos discentes era de se posicionarem perante o caso, reconhecendo, em certa medida, as exigências e as responsabilidades da própria conduta, posições que possibilitaram a reflexão de alguns questionamentos.

As respostas advindas das reflexões dos estudantes foram analisadas de forma quantitativa, quando os respondentes em algumas questões poderiam assinalar mais de uma alternativa.

Resultados e discussão

Quando problemas concretos precisam ser resolvidos, sentimentos como angústia, insegurança, preocupação e indecisão podem surgir entre os sujeitos envolvidos no gerenciamento de dilemas bioéticos. Nesse trabalho, na tentativa de auxiliar os estudantes na tomada de decisão referente ao caso da sra M.S. optou-se pelas seguintes questões norteadoras:

1. Durante o plano de alta hospitalar deveria ser considerada a suspeita de que a sra M.S. apresentava um comportamento anormal ao deparar com a sua nora?
2. Como o gerontólogo da instituição poderia proceder durante a internação e após a alta hospitalar da paciente, tendo em vista que essa idosa apresentava prejuízos significativos quanto ao próprio poder de decisão?

3. Qual seria o posicionamento da filha que estava viajando, após saber da aversão da mãe perante a cuidadora principal? Ela concordaria em deixá-la por mais alguns dias na instituição ou optaria por reencaminhá-la à residência da cuidadora principal? Ou, ainda, transferi-la para uma instituição de longa permanência?
4. De que maneira o gerontólogo, juntamente com os demais profissionais de saúde, iriam buscar alternativas para acompanhar a paciente após a alta hospitalar, considerando que a supervisão do caso poderia ser limitada no contexto hospitalar?
5. As decisões tomadas pela equipe de profissionais levariam em conta a autonomia, a beneficência, a não-maleficência da sra. M.S.?
6. De que forma as decisões poderiam ser compartilhadas no âmbito paciente e família?

Desse modo, as dimensões ponderadas neste estudo de caso foram: (a) as condutas do profissional gerontólogo; (b) a interlocução com outros profissionais e familiares; (c) as condutas em relação à nora (cuidadora principal e suspeita de agredir fisicamente a sra M.S.) e os pontos a serem considerados pela instituição de saúde; e (d) as atribuições da equipe multiprofissional responsável em solucionar o caso.

As respostas dos estudantes indicaram que todos estavam convictos da necessidade de esclarecer sobre o comportamento anormal da sra M.S. ao deparar com a sua cuidadora principal. No contexto do cuidado, reconhecer a condição do outro e as expressões que originam sofrimento tornam-se habilidades essenciais, fundamentando-se na própria constituição ética das condutas profissionais (Lopes, 2001).

Dessa maneira, a própria atenção ao paciente e familiares exige do gerontólogo competências interpessoais como empatia, sensibilidade, compromisso, atenção, criatividade, sendo necessário que esses profissionais tenham a capacidade de se posicionarem no modo como o paciente visualiza o mundo e percebe a realidade. Diante disso, as questões abordadas pelos estudantes sobre o papel do gerontólogo como o responsável pela gestão da atenção prestada à sra M.S. foram aplausíveis.

Inicialmente, os 52 participantes foram questionados quanto às condutas a serem tomadas pelo gerontólogo na tomada de decisão em relação ao estudo de caso; desses participantes, 43 referiram a importância de considerar a insatisfação demonstrada pela sra M.S. relacionada à sua cuidadora, conforme demonstrado na Tabela 1. Nesse aspecto, alguns estudantes justificaram a resposta levantando a hipótese de que a insatisfação da paciente pela sua cuidadora poderia ser produto da ocorrência de maus-tratos provocados pela nora ou resultado da própria enfermidade, DTA, acarretando gradativa perda da memória para dados autobiográficos, principalmente nos estágios intermediários da doença. Esses dados revelam, em um olhar mais atento, que a necessidade de investigar a conduta da cuidadora principal em relação à paciente tornou-se uma preocupação central de grande parte dos estudantes.

Outra dimensão importante considerada por 33 estudantes foi quanto à valorização da autonomia da paciente, ação que foi descrita como necessária para a manutenção da saúde da sra. MS; dos cuidados que lhe seriam oferecidos após a alta hospitalar e das ações que poderiam ser adotadas para que pudesse se sentir melhor e, indiretamente, proporcionar-lhe melhor qualidade de vida. Lembrando que a capacidade da paciente de tomar decisões em relação a si mesma estava comprometida, possivelmente a noção de autonomia referenciada pelos estudantes foi a partir de que ainda, em algumas circunstâncias, a sra M.S. poderia de algum modo participar das decisões relativas a sua pessoa, como escolher em que casa morar e/ou negar a cuidadora principal. Na mesma tabela, verifica-se que 19 dos 52 discentes sugeririam o encaminhamento da paciente para psicólogos, o que valoriza também a interlocução e a resolução do caso entre a equipe interprofissional.

Tabela 1 – Demonstração das condutas do gerontólogo em relação a sra M.S.

Tipos de Condutas	Nº
a) Considerar a insatisfação da sra. M.S.	43
b) Respeitar a autonomia da paciente	33
c) Encaminhar a sra M.S. ao psicólogo	19
d) Outros	7

Outra questão notável foi quanto ao posicionamento dos familiares: 51 discentes relataram que esses familiares poderiam manifestar insatisfação em relação à assistência prestada a sra M.S., denotando então a opção de solicitar outros profissionais para colaborarem na resolução do problema.

Além da possível insatisfação, o questionário aplicado aos estudantes também abordou a possível presença de conflitos entre os profissionais da instituição e os familiares da sra M.S. Nessa abordagem, os resultados mostraram a existência de grande preocupação dos estudantes no sentido de não acarretar conflitos no âmbito institucional e familiar. Pensando assim, 40 discentes apontaram que os familiares poderiam entrar em confronto com os profissionais, caso fosse apontada a suspeita de maus-tratos da família direcionados à sra M.S.

Elliot e colaboradores (2007) demonstraram que a negociação das melhores condutas e formas de cuidado ao paciente, muitas vezes, atravessam situações de conflitos no âmbito familiar, no qual os profissionais devem oferecer suporte aos contextos de decisões e transmitir as informações sobre a etiologia da doença, as alternativas para o cuidado, e de que forma a rede de suporte social do paciente pode se organizar para a prestação dos cuidados.

É possível que os discentes, na postura de profissionais, tenham criado grandes expectativas e ilusões de que a instituição e os outros profissionais que ali atuam pudessem resolver a maioria dos problemas que constituiu o caso da Sra. M.S. Essa crença pode acarretar uma enorme fonte de sofrimento entre os profissionais de saúde, levando assim, como sugere Gutierrez (2003) à redução da saúde do trabalhador.

A autora, após pesquisar profissionais de unidades de terapia intensiva que assistiam pacientes gravemente enfermos descreve que, embora exista um discurso sobre “assistir o paciente holisticamente, objetivando o cuidado humanizado”, esse enfrentamento causa angústia e sofrimento aos profissionais, por isso, às vezes, a saída que encontram é a fuga.

Neri (2006) ao investigar estudos que abordam as atitudes e crenças de profissionais que prestam assistência aos idosos no contexto de hospitais, instituições de longa permanência e serviços de saúde, encontrou que os profissionais que apresentavam crenças negativas sobre o processo de envelhecimento apresentavam maior insatisfação no cotidiano profissional; negligenciando, por vezes, alguns procedimentos necessários para amenizar a dor dos pacientes e, na maioria das vezes, apresentavam informações imprecisas sobre o reconhecimento das alterações funcionais pertencentes ao processo natural do envelhecimento das que se caracterizam enquanto alterações de um processo patológico.

Considerando que as atitudes formam um meio eficiente de avaliar o mundo, congregando componentes que nos informam sobre a intensidade e a direção das avaliações, as crenças e pensamentos sobre o objeto e quais as ações adotadas, como de acolhida ou de esquiva, pode-se referenciar que as atitudes apresentam um forte componente no momento em que a assistência é promovida e nas práticas que são desenvolvidas.

A criação de espaços no qual os cuidadores tenham a oportunidade de compartilhar as experiências afetivas e os próprios dilemas vivenciados no contexto de cuidar dos pacientes portadores da DTA tornam-se iniciativas que poderiam ser criadas no âmbito do cuidado (Neri e Sommerhalder, 2002; Torres et. al, 2003; Schölzel-Dorenbos et al., 2007).

Ducharme et al. (2005) sugerem, por meio de dados presentes na literatura, que existem dois tipos de grupos capazes de oferecer apoio aos cuidadores de pacientes com demência: a) grupos de intervenção psicoeducacional – ensinando os cuidadores na administração de situações estressantes presentes no contexto do cuidado e manejo

dos sintomas comportamentais nas demências; b) grupos de suporte socioemocional – promovendo sessões em que é possível dialogar sobre informações sobre as demências, compartilhar emoções e problemas que surgem com os cuidadores no cotidiano do cuidado.

Tais autores defendem que intervenções promissoras podem ser criadas no âmbito do cuidado formal aos cuidadores, revelando que propor intervenções e acompanhar as pessoas que prestam os cuidados ao idoso portador de distúrbio mental tornam-se práticas fundamentais.

Partindo da premissa que a bioética “é o processo de confrontação de fatos biológicos com valores humanos, a fim de globalizar os juízos acerca das situações e dessa forma melhorar a tomada de decisões, aumentando sua correção e qualidade” (Gracia, 1998), 22 participantes referenciaram a necessidade de apoio de um Comitê de Ética Institucional que visa principalmente zelar pelo exercício ético dos profissionais da instituição atrelado à qualidade da assistência prestada aos usuários cuja finalidade é adotar condutas adequadas ao caso, ressaltando o papel de disposições ético-legais que respaldariam o gerenciamento do plano de atenção à idosa.

Em relação às atribuições a serem seguidas após a alta hospitalar da sra M.S., 51 dos 52 participantes lembraram do papel da assistente social nesse processo. Também, 47 estudantes indicaram a importância da supervisão a ser realizada pela equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e ainda, 42 discentes enfatizaram a colaboração dos vizinhos nessa supervisão conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Apresentação dos tipos de ação no gerenciamento da atenção prestada a sra M.S., após a alta

Tipos de Ação	Nº
a) supervisão no domicílio pela assistente social	51
b) supervisão da equipe do PSF	47
c) supervisão de vizinhos	42
d) supervisão do gerontólogo	41

É interessante notar que, mesmo fora da instituição hospitalar, as alternativas assinaladas pelos estudantes indicaram que supervisionariam o caso por intermédio da atuação da equipe interprofissional, demonstrando que a atuação de profissionais que apresentam interlocução entre si apresentaria melhor resolutividade ao provimento de assistência para a sra M.S. Todas as alternativas assinaladas por grande parte dos estudantes apontam que poderiam supervisionar o caso e informar aos profissionais em que momento existe algum evento que foge do padrão de normalidade estabelecido na rotina familiar.

Acrescenta-se que o Programa de Saúde da família segue os princípios da saúde pública objetivando a humanização e a garantia da qualidade de assistência por meio de visitas e atendimento domiciliário. Nessa proposta, é necessário que os profissionais que atuam nesse programa tenham como metas desenvolver um projeto de intervenção em saúde que almeje fortalecer o potencial de saúde dos indivíduos e desenvolver uma intervenção pautada na construção de relações de vínculo e de co-responsabilização entre os profissionais e usuários do serviço de saúde (Fracolli, 2005). Evidenciando, assim, que é de suma importância considerar o espaço da família no contexto de decisões sobre a assistência dirigida para a paciente, garantindo assim a integralidade desse cuidado.

Salienta-se que apenas dois estudantes sugeriram que a sra M.S. fosse institucionalizada. Elliot et al. (2007) descrevem que em alguns casos a decisão de institucionalizar o paciente idoso deriva somente de um membro da família, freqüentemente sobrecarregado com a tarefa de prover os cuidados. Esses autores descrevem, ainda, que em algumas famílias existe quebra das relações previamente estabelecidas devido à decisão de institucionalização do idoso. Verifica-se, aqui, que a habilidade de gerenciar conflitos, antecipar o contexto de decisões nos espaços familiares e compartilhar o leque de alternativas para o cuidado ao paciente demandam ações relevantes que devem ser realizadas por profissionais junto aos familiares, ante a perda da autonomia do paciente.

Em relação ao papel do profissional gerontólogo, foi ressaltada a importância da utilização da comunicação como um instrumento

primordial na resolução desse dilema bioético, pois 45 estudantes assinalaram que conversariam com a filha que se encontra no exterior, 44 conversariam com o filho que acolhia a Sra.M.S. em seu domicílio. Apesar de conversar com os familiares, 42 alunos assinalaram que conversariam com a Sra.M.S., dado que nos apresenta mais uma vez o respeito à autonomia e bem-estar da paciente encontrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Dados referentes à comunicação do gerontólogo

Tipos de Condutas	Nº
a) conversar com a filha	45
b) conversar com o filho	44
c) conversar com a Sra. M.S.	42
d) conversar com a nora	39
e) conversar com a Sra. M.S.	42
f) comunicar o problema aos chefes do hospital	32

Destaca-se também que 32 participantes ressaltam a importância de informar os dirigentes do hospital sobre o problema enfrentado pela equipe, favorecendo assim o possível respaldo institucional.

Considerações finais

Este estudo propõe que, por meio de uma atuação crítica e interativa, pode ser alcançada a qualidade da assistência prestada ao idoso portador de Demência do Tipo Alzheimer onde, muitas vezes, a sua condição mental está afetada; acarretando o aumento dos índices de fragilidade e na diminuição de sua autonomia, sendo a bioética importante ferramenta para fazer frente aos impasses relacionados à qualidade de vida desse indivíduo.

No contexto de decisões, as condutas adotadas apresentam papel fundamental, visto que podem ter implicações sobre o agravamento do estado geral de saúde e no contexto dos pacientes com níveis elevados de fragilidade, assim como demonstra Duarte (2007), pode acarretar

agravos significativos em outras habilidades funcionais e cognitivas dos pacientes, como sarcopenia, dislipidemia, perda acentuada de massa muscular, risco para sintomas depressivos, quedas, entre outros.

Nesse sentido, Zeiss e Steffen (1996) indicam que o cuidado dirigido aos pacientes idosos envolve variáveis complexas e que se relacionam com a presença de outras possíveis condições crônicas de saúde, com o histórico do tratamento do paciente, a influência de variáveis psicossociais e o quanto o paciente idoso pode acessar os serviços de saúde.

Durante a assistência prestada ao idoso, ao propor uma intervenção, a equipe interprofissional deve se certificar do número de doenças crônicas presentes, as informações do paciente e familiares sobre a etiologia das enfermidades, o tratamento e as atitudes em relação ao plano de atenção e os possíveis agravos que as condutas poderão causar. Dessa forma, implementar e decidir as formas de assistência ao paciente idoso é uma tarefa que exige dos profissionais o alcance das metas e da relação entre benefícios e malefícios das condutas.

No âmbito do alcance da qualidade da assistência alguns autores, como Evans (1990), recomendam que as instituições hospitalares tenham comitês de ética médica visando aliviar os dilemas éticos. Assim, os profissionais participantes desses comitês, com a prática profissional adquirida no dia-a-dia, se sentirão mais seguros cada vez mais ao se depararem com tais dilemas. No entanto, não há uma fórmula infalível para determinar o que deve ser seguido, porém, esses profissionais conseguirão refletir melhor sobre os assuntos que surgirem.

Os princípios bioéticos desempenham um papel importante nesses contextos. Para tal, Zavaschi et al. (1993) lembram que Hipócrates já afirmava que o médico, diante da enfermidade, deve conscientizar-se de dois objetivos fundamentais: fazer o bem sem causar prejuízo. A partir do discurso de Hipócrates, podemos perceber que já havia uma grande preocupação com a dignidade do indivíduo, em que se priorizavam os princípios hoje conhecidos na bioética como o princípio da beneficência e o princípio da não-maleficência.

Para Kipper e Clotet (1998), o princípio da beneficência é utilizado na prática médica, odontológica, psicológica e da enfermagem, como aquele que deve propiciar o bem ao paciente, isto é, o seu bem-estar e a satisfação dos seus interesses, baseado nos critérios do bem, advindos da medicina, da odontologia, da psicologia e da enfermagem. Esses autores esclarecem que o princípio da beneficência não é absoluto, mas sim condicional ou dependente das situações vivenciadas, pois o profissional de saúde deve considerar a decisão do paciente.

Nessa linha de pensamento, Muñoz e Fortes (1998) enfatizam que o respeito à autonomia do indivíduo não se restringe apenas ao simples direito à recusa ou ao consentimento, necessita, ainda, que esse consentimento seja livre, esclarecido, renovável e revogável. Em relação à tão divulgada autonomia do paciente, mas ainda pouco respeitada pelos profissionais de saúde, Fortes (1994) acrescenta que o consentimento livre só pode ser considerado após o paciente ter sido estimulado a perguntar e manifestar suas expectativas e preferências.

Ponce (2000) vai mais adiante ainda, ao relatar que a prática da liberdade exige mais do que um olhar superficial e imaturo para a realidade em que se vive, exige um olhar reflexivo e uma autonomia pessoal, pois o indivíduo que a assume se responsabiliza pelos seus próprios atos. O seu grau de liberdade é diretamente proporcional ao seu bem-estar material, físico, cultural, emocional e espiritual.

Acreditamos que esse estudo proporcionou aos estudantes de gerontologia momentos de reflexões e essa nova maneira de pensar favorecerá a sua postura profissional ao se depararem com dilemas bioéticos. O propósito do estudo de caso foi convidar os estudantes a problematizarem situações que poderão ser corriqueiras no cotidiano da atenção orientada ao idoso e família, exigindo as suas competências profissionais enquanto gestores da atenção direcionada ao processo de envelhecimento e à velhice. Dessa forma, espera-se que as condutas contempladas sejam construídas por meio de um processo de negociação entre a equipe interprofissional, o idoso e sua família; norteadas pelos princípios bioéticos, favorecendo, assim, o respeito pela dignidade humana e a eficácia na tomada de decisão.

Referências

- ALKEMA, G. E.; REYES, J. Y. e WILBER, K. H. (2006). Characteristics Associated With Home - and Community - Based Service Utilization for Medicare Managed Care Consumers. *The Gerontologist*, v. 46, n. 2, pp. 173-182.
- BALTES, P. B. e SMITH, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, v. 17, n. 36, pp. 7-31.
- CERQUEIRA, A. T. A. (2003). “Deterioração cognitiva e depressão”. In: *SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde.
- COHEN, C. e SEGRE. M. (2002). “Definição de valores, moral, eticidade e ética”. In: SEGRE, C. *Bioética*. São Paulo, Edusp.
- COSTA, E. M. S. (2002). Depressão em idosos. *Revista Kairós*, v. 5 (dez.), n. 2, pp. 95-112.
- DUARTE, Y. A. O. (2007). Indicadores de fragilização na velhice para o estabelecimento de medidas preventivas. *A Terceira Idade*, v. 18, n. 38, pp. 7-24.
- DUCHARME, F.; LÉVESQUE, L.; GIROUX, F. e LACHANCE, L. (2005). Follow-up of a intervention program for caregivers of a relative with dementia living in a long-term care setting: Are there any persistent and delayed effects? *Aging & Mental Health*, v. 9, n. 5, pp. 461-469.
- ELLIOT, B. A.; GESSERT, C. E. e PEDEN-MCALPINE, C. (2007). Decision Making on Behalf of Elders With Advanced Cognitive Impairment – Family Transitions. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, v. 21, n. 1, pp. 49-54.
- EVANS, A. (1990). Who lives, who dies, who decides? *Heart&Lung*, v. 19, n. 5, pp. 21A-7A.
- FORTES, P. C. A. (1994). Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*. São Paulo, v. 2, pp. 129-135.

- FRACOLLI L. A. (2005). O Programa Saúde da Família como uma estratégia para a inclusão social na perspectiva do trabalho de enfermagem. *O Mundo da Saúde*, v, 29, n. 1, pp. 35-39.
- GATZ, M. e SMYER, M. A. (2001). "Mental Health and Aging at the Outset of the Twenty-First Century". In: BIRREN, J. E. e SCHAEIE, K. W. (eds.). *Handbook of the Psychology of Aging*. Nova York, Academic Press.
- GRACIA, D. (1998). *Fundamentación y enseñanza*. Santa Fé de Bogotá, El Buho.
- GUTIERREZ, B. A. O. (2003). *O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva*. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem. São Paulo, USP.
- LOPES, C. B. (2001). Desafios éticos atuais na psiquiatria. *Bioética*, v. 9, n. 1, pp. 23-43.
- KALAMATIANOS, P. A. e NARVAI, P. C. (2004). Uma proposta de esquema para a análise ética das ações de saúde pública. *O mundo da saúde*, v. 28, n. 1, pp. 34-41.
- KARSCH, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, pp. 861-866, maio/jun.
- KIPPER, D. J. e CLOTET, J. (1998). "Princípios da beneficência e não-maleficência". In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G. e GARRAFA, V. *Iniciação à bioética*. Brasília, Conselho Federal de Medicina.
- MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G. e RAMOS, L. R. (2003). Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, pp. 650-656.
- MUÑOZ, D. P. e FORTES, P. A. C. (1998). "O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido". In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G. e GARRAFA, F. A. *Iniciação à bioética*. Brasília, Conselho Federal de Medicina.
- NERI, A. L. (2006). Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

- NERI, A. L. e SOMMERHALDER, C. (2002). “As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador”. In: NERI, A. L. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP, Alínea.
- NERI, A. L. e FORTES, A. C. G. (2006). “A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família”. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- NOMURA, S.; GARCIA, J. L.; FABRÍCIO, A. M. et al. (2000). “Reabilitação Neuropsicológica”. In: *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo, Atheneu.
- PESSINI, L. (2006). “Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida”. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- PESSINI, L. e BARCHIFONTAINE, C. P. (1994). *Problemas atuais da bioética*. São Paulo, Loyola.
- PONCE, B. J. (2000). *Ética e vida social* (mimeo.), pp. 2-42.
- RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. da C.; OLIVEIRA, Z. M. et al. (1993). Perfil do idoso em uma área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de um inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, v. 27 (abr.), n. 2.
- SCHÖLZEL-DORENBOS, C. J. M.; VAN DER STEEN, M. J. M. M.; ENGELS, L. K. e RIKKERT, M.G. M. O. (2007). Assesment of Quality of Life as Outcome in Dementia and MCI Intervention Trials: A Systematic Rewiew. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, v. 21, n. 2, pp. 172-178.
- SEGRE, M. (2002). “Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia”. In: SEGRE, M. e COHEN, C. (orgs). *Bioética*. São Paulo, Edusp.
- SMYER, M.A e QUALLS, S. H. (2000). *Aging and Mental Health*. Blackwell.
- TANCREDI, F. B.; BARROS, S. R. L. e FERREIRA, J. H. G. (1998). *Planejamento em saúde*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Série Saúde & Cidadania).

- TORRES, S. V. S.; SÉ, E. V. G. e QUEIROZ, N. Q. (2003). “Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias”. In: DIOGO, M. J-E; NERI, A. L. e CACHIONI, M. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas, SP, Alínea.
- WOODRUFF-PAK, D. S. (1997). *The Neuropsychology of Aging*. EUA, Maldon.
- YOUNJOHN, J. R. e CROOK III, T. H. (1996). *Dementia*. In: CARSTENSEN, L. L.; EDELSTEIN, B. A. e DORNBRAND, L. D. (eds.). *The Practical of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, Sage.
- ZAVASCHI, M. L. S.; BASSOLS, M. A. S.; SANCHEZ, P. C. e PALMA, R. B. (1993). A reação da criança e do adolescente à doença e à morte – aspectos éticos. *Bioética*, v. 1, n. 2.
- ZEISS, A. M. e STEFFEN, A. M. (1996). “Interdisciplinary Health Care Teams: The Basic Unit of Geriatric Care”. In: CARSTENSEN, L. L.; EDELSTEIN, B. A. e DORNBRAND, L. D. (eds.). *The Practical of Clinical Gerontology*. Thousand Oaks, Sage.

Data de recebimento: 28/4/2008; Data de aceite: 13/8/2008.

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez – Docente do Curso de Graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), São Paulo/SP, Brasil. E-mail: biagutierrez@yahoo.com.br

Henrique Salmazo da Silva – Estudante do Curso de Graduação em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), São Paulo/SP, Brasil. E-mail: henriquesalmazo@usp.br