

O exercício da autonomia do idoso no tratamento médico

Maria Zeneida Puga Barbosa Oliveira ¹, Rita Maria dos Santos Puga Barbosa ², Stela Barbas ³

Resumo

A pesquisa foi realizada com o objetivo de conhecer a opinião dos idosos sobre o exercício de sua autonomia quando em tratamento médico. Abordou desde o desejo ou não de conhecer as diversas etapas do diagnóstico, prognóstico e tratamento até os responsáveis pelas decisões na relação médico-paciente. A entrevista foi realizada com 112 idosos, o que representa 77% do total de participantes de um programa de atividades físicas para o envelhecimento desenvolvido pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam). O resultado mostrou que os idosos desejam ser esclarecidos sobre seu diagnóstico (96%), prognóstico (95%) e tratamento (98%). A maioria (92%) acha que as decisões devem ser tomadas pelo médico e o paciente em comum acordo. No caso de repasse de autonomia, o filho ou a filha (70%) foram considerados os mais indicados. A pesquisa mostrou que os idosos desejam exercer sua autonomia em todas as fases do tratamento médico.

Palavras-chave: Bioética. Autonomia pessoal. Saúde do idoso.

Resumen

El ejercicio de la autonomía del anciano en el tratamiento médico

La investigación fue llevada a cabo con el objetivo de conocer la opinión de los ancianos sobre el ejercicio de su autonomía cuando sometidos a tratamiento médico. Abordó desde el deseo o no de conocer las diversas etapas del diagnóstico, pronóstico y tratamiento hasta los responsables por las decisiones en la relación médico-paciente. La entrevista fue llevada a cabo con 112 ancianos, lo cual representa el 77% del total de participantes de un programa de actividades físicas para el envejecimiento desarrollado por la Universidad Federal del Amazonas (UFAM). El resultado demostró que los ancianos desean estar enterados acerca de su diagnóstico (el 96%), Pronóstico (el 95%) y tratamiento (el 98%). La mayoría (el 92%) piensan que las decisiones deben ser tomadas por el médico y el paciente en común acuerdo. En el caso de repase de la autonomía, el hijo o la hija (el 70%) fueron considerados los más indicados. La investigación demostró que los ancianos desean ejercer su autonomía en todas las etapas del tratamiento médico.

Palabras-clave: Bioética. Autonomía personal. Salud del anciano.

Abstract

The exercise of the elder's autonomy in medical treatment

The research was carried out aiming at knowing the elders' opinion on the exercise of their autonomy when they are under medical treatment. It approached from the desire or lack of it in knowing the several diagnosis, prognosis and treatment stages, until those responsible for decision-making in the physician-patient relationship. The interview was held with 112 elders, representing 77% of the participants in a physical activity program for aging at the Federal University of Amazonas. The result showed that the elderly want to be informed about their diagnosis (96%), prognosis (95%) and treatment (98%). Most people (92%) think that decisions should be made jointly by physicians and patients. In case of transfer of autonomy, the son or daughter (70%) was considered the most suitable. The survey has shown that elders wish to exercise their autonomy in all phases of medical treatment.

Key words: Bioethics. Personal autonomy. Health of the elderly.

Aprovação CEP/Ufam nº 0383.0.115.000-10

1. Doutoranda zeneidapuga@yahoo.com.br – Universidade do Porto/Conselho Federal de Medicina **2. Pós-doutoranda** ritapuga@yahoo.com.br – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Universidade Federal do Amazonas (Ufam) **3. Doutora** barbas35@aeiou.pt – Universidade Autónoma de Lisboa e Universidade do Porto, Portugal.

Correspondência

Maria Zeneida Puga Barbosa Oliveira – Rua A, Casa 44, Condomínio Aristocrático, Chapada CEP 69.050-130. Manaus/AM, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Esta pesquisa pretende estimular a reflexão sobre o exercício de autonomia do idoso e a divisão de responsabilidades no tratamento, objetivando que a atuação do médico em seu trabalho de preservação da vida não venha a contradizer os valores e crenças do paciente. É tênue a linha que delimita o exercício da autonomia do idoso e a partir de quando se torna necessário fazer intervenções voltadas a dar qualidade de vida aos anos que está vivendo – processo angustiante e cheio de dilemas.

Para trazer a saúde do doente de volta é preciso o compromisso das partes envolvidas. O médico, precisa exercitar o discernimento para fazer uso do conhecimento científico e da tecnologia avançada nos meios diagnósticos e terapêuticos; o paciente, a postura receptiva de querer se recuperar e estar disposto a abrir mão de algumas comodidades que se fizerem necessárias para atingir o objetivo proposto.

No caso do paciente idoso fica difícil estabelecer essa autonomia. Às vezes, não mais apresenta faculdades mentais aptas para tomar decisões. Há ocasiões nas quais faz questão de participar, porque tem a clareza de que sua vida está em jogo. Há situações em que, sentindo-se impotente e debilitado pela doença, prefere que a família, ou algum membro em especial, tome as decisões por ele. Ainda há os que preferem que o médico decida, colocando sobre o profissional o peso da responsabilidade do sucesso ou insucesso da investida. A família, por sua vez, na maioria das vezes não sabe como decidir. Com frequência, aborda o médico para saber dos problemas de saúde do idoso e pede para não o comunicar sobre nada, alegando que isso poderia prejudicar o seu estado emocional.

Buscando delinear parâmetros para orientar os médicos em relação a essas situações dilemáticas, a presente pesquisa pretendeu conhecer a opinião dos idosos sobre sua participação nas decisões concernentes a seu próprio tratamento médico, considerando um momento de vida em que estavam bem de saúde. Tal condição foi atestada por participarem de um programa de atividades físicas orientadas para o envelhecimento, com o objetivo de estimular a autonomia física e a vida social do idoso.

Princípios envolvidos: o princípalismo

É frequente o uso dos termos *beneficência* e *benevolência* como se tivessem o mesmo significado; todavia, isto não é verdadeiro. O princípio da beneficência, no sentido filosófico e moral, significa fazer o bem. A benevolência promove o interesse dos homens e procura a felicidade da sociedade ¹.

A benevolência é uma disposição emotiva voltada a fazer bem aos outros. É uma boa qualidade do caráter, uma virtude. Uma disposição para agir de forma correta. Considera-se que, em geral, todos os seres humanos a possuem ². Assim, existiria nos seres humanos um princípio natural de benevolência ou da procura e realização do bem aos outros, do mesmo modo que se tem propensão a cuidar da própria vida, saúde e bens particulares ³.

Para Beauchamp e Childress ⁴ a *beneficência* é a obrigação de prevenir ou retirar danos e promover o bem. A medicina, como atividade humana, opera sob a égide da beneficência ⁵. Todo ato terapêutico, toda decisão, tem por objetivo proporcionar um auxílio eficaz a uma pessoa doente ⁶. De acordo com o Relatório Belmont ⁷, a beneficência é uma dupla obrigação, pois primeiro não deve causar danos e, segundo, maximizar os benefícios, minimizando os prejuízos. Assim, o conceito de beneficência impõe a obrigação moral de agir em benefício do outro, relacionando-se a ações como proteger e defender os direitos dos outros, ajudar as pessoas incapacitadas, colaborar para afastar os perigos que ameacem outras pessoas etc ⁸.

O princípio da não maleficência, segundo Beauchamp e Childress ⁴, é a obrigação de não causar danos. Na tradição hipocrática, há o princípio de ajudar ou, pelo menos, não causar danos. Às vezes, a prática da medicina pode causar danos em função de um benefício maior ⁹. A dor ou dano causado a um ser humano só poderia ser justificado pelo profissional de saúde nos casos em que a primeira pessoa a ser beneficiada seja o próprio paciente. Devem ficar em segundo ou terceiro lugares os benefícios para outros como a família, outros pacientes e a sociedade em geral ².

O princípio da justiça requer que equitativamente se proporcione benefícios, riscos e custos

entre os envolvidos nos processos ¹⁰. Este princípio está relacionado ao cuidado e proteção das pessoas enfraquecidas em suas capacidades e, de forma mais abrangente, das camadas sociais excluídas da educação, do acesso irrestrito à saúde, à habitação e à participação política ¹¹.

O princípio da autonomia deriva da definição da própria palavra, termo derivado do grego *auto* (próprio) e *nomos* (lei, regra, norma). Isto quer dizer autodeterminação da pessoa em tomar decisões que afetam sua vida, saúde, integridade físico-psíquica e relações sociais. Refere-se à capacidade que o ser humano tem de fazer escolhas sobre o que é *bom* ou o que é seu *bem-estar*. A pessoa é autônoma quando tem liberdade de pensamento, livre de coações internas ou externas, para optar entre as propostas a ela apresentadas.

Para alcançar essa situação faz-se necessário existir alternativa de ação ou que seja possível sua criação: *Não há exercício da autonomia quando existe apenas um caminho* ¹². Quando não há liberdade de pensamento nem de escolhas, quando se tem somente uma alternativa para optar, ou, ainda, quando não exista liberdade de agir conforme a alternativa ou opção desejada, a ação empreendida não pode ser julgada autônoma ¹³. A autonomia é um princípio de liberdade moral que atribui a todo ser humano a condição de agente moral que, como tal, deve ser respeitado por todos os que mantêm opções morais distintas.

A autonomia implica, portanto, que nenhuma moral pode ser imposta aos seres humanos contra os ditames de sua consciência ¹⁴. Disso se depreende que a autonomia completa é um ideal. Na prática, o ser humano sempre está restrito às regras da sociedade, às influências religiosas e outros condicionantes comportamentais. Em termos puramente físicos, os seres humanos nascem dependentes e tornam-se autônomos pela contribuição de variáveis estruturais biológicas, psíquicas e socioculturais.

No entanto, mesmo tendo alcançado a autonomia em muitos aspectos de sua vida, uma pessoa pode agir como não autônoma em determinadas situações. Alterações físicas, desordens emocionais e mentais, podem comprometer a apreciação e racionalidade das decisões a ser tomadas. Por isso,

em algumas dessas situações a avaliação da livre manifestação decisória é tão difícil e repercute em tantas questões bioéticas discutidas na área da saúde. Quando a autonomia está reduzida, cabe a terceiros, familiares ou mesmo profissionais de saúde, decidir pela pessoa não autônoma ¹².

O conceito de autonomia tem ligação íntima com o de competência. O julgamento de competência-incompetência de uma pessoa deve ser avaliado e cada decisão pautada em particular, e não todas as decisões de sua vida. Não é comum questionar a competência da decisão do paciente quando sua decisão está acorde com a do médico. No entanto, todos os pacientes devem ser julgados competentes até que se prove sua incompetência, situação na qual sua autonomia é reduzida ¹⁵. No âmbito legal, presume-se que um adulto é competente até que o Poder Judiciário o considere incompetente e restrinja os seus direitos civis ¹⁶.

Por serem desprovidos de recursos os grupos socioeconomicamente vulneráveis têm menos alternativas para escolher em suas vidas – o que contribui para que não desenvolvam amplamente o potencial de autonomia. Ainda assim, devem ser vistos e respeitados como autônomos, considerando-se o restrito contexto de possibilidades de escolha. No tratamento, os médicos não podem decidir por eles sob a alegação de que não têm capacidade de entender ou opções dentre as quais escolher ¹².

Enfim, priorizar o exercício da autonomia não significa seguir o individualismo, pois o homem vive em sociedade e a própria ética é um modo de regular as relações entre pessoas de forma a garantir a coesão social e harmonizar interesses sociais e coletivos.

A relação médico-paciente

A relação médico-paciente é determinante para o sucesso do tratamento médico. Em 1972, Veatch ¹⁷ propôs quatro modelos de relação médico-paciente: o sacerdotal, o engenheiro, o colegial e o contratualista – cada um dos quais pode ser associado a um patamar específico de autonomia do paciente.

O modelo sacerdotal caracteriza-se pelo fato de o médico assumir postura paternalista em re-

lação ao paciente, em nome da beneficência. A decisão tomada no atendimento não leva em consideração os seus desejos, crenças e opiniões. O médico não só exerce sua autoridade, mas também o poder na relação médico-paciente, destituindo-o da possibilidade de exercer a própria autonomia. O modelo engenheiro, ao contrário, caracteriza-se pelo poder de decisão ficar concentrado na mão do paciente. O médico preserva sua autoridade, mas abre mão de seu poder, pois repassa as informações clínicas ao paciente e executa as ações que este propõe, conferindo-lhe autonomia irrestrita em relação à terapêutica possível.

Nos dois últimos modelos de relação médico-paciente o poder de ambos é mais equilibrado, facultando o exercício da autonomia pessoal pelo paciente. O modelo colegial caracteriza-se pelo poder de decisão compartilhado de forma igualitária entre médico e paciente. O modelo contratualista, pela preservação da autoridade do médico, como detentor do conhecimento e habilidades específicas, assumindo as decisões técnicas. O paciente participa ativamente da tomada de decisão exercendo seu poder de escolha em relação ao tratamento de acordo com seu estilo de vida, valores morais e pessoais.

O princípio da autonomia na relação médico-paciente, que caracteriza três dos modelos apresentados, propõe que o médico deva ponderar que somente pode manipular, drogar, receitar e conduzir seus pacientes se estes estiverem aptos e cientes em aceitar tais procedimentos e atitudes. Tal percepção faz com que médico e paciente desenvolvam o diálogo e busquem o entendimento, tornando-se capazes de promover uma relação profissional respeitosa e aceitável sob os pontos de vista técnico, social e ético. Entretanto, na prática médica atual, o que se observa é que os doentes ainda são induzidos a perder o direito sobre o próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem; enfim, perdem o direito à autonomia¹⁸.

A crença na ciência tende a levar o médico a assumir posição de onipotência ante a doença e o paciente. Este passa a ficar sob a tutela daquele, de modo incondicional. Passa a ser visto como um amontoado de órgãos que deve ser consertado de

acordo com os preceitos da ciência. Essa crença na verdade científica faz o médico acreditar que pode se dar ao direito de invadir a autonomia do sujeito para lhe impor suas verdades. Serve de álibi para o exercício do poder sobre o paciente. Este poder é exercido como direito, necessário e inevitável; todavia, não é nem de direito nem necessário para o tratamento, muito pelo contrário, é fator que contribui para o insucesso de um tratamento, pelo menos na área psíquica, o que pode levar o paciente à somatização¹⁹.

Portanto, defender a autonomia na relação médico-paciente não é propor a inversão na relação atual, mas reconhecer que ambos os sujeitos têm voz e espaço no processo, com respeito às diferenças de valores e expectativas de cada um. Deve ser reconhecido que o sujeito do processo terapêutico é a pessoa doente. A medicina, a tecnologia, os médicos e demais profissionais devem se colocar como meios, instrumentos que podem e devem ser usados pelo doente no processo saúde-doença²⁰.

A informação e o consentimento livre e esclarecido são considerados em vários países ocidentais como conceitos morais fundamentais para uma prática médica em equilíbrio de poder e respeitosa frente ao princípio da autonomia do paciente, pois sua satisfação relaciona-se à quantidade de informação recebida e à participação no tratamento²¹. Muitas vezes, não há a informação sobre o diagnóstico e prognóstico com a justificativa de proteger o paciente. Em paralelo, existem diferenças culturais na forma de ver a doença e na expectativa em relação ao papel do médico²².

Assim sendo, é preciso refletir sobre o princípio da autonomia na relação médico-paciente, em especial no atendimento ao paciente idoso, para que as partes envolvidas se sintam valorizadas e respeitadas em suas dignidades.

Método

Foi realizado estudo descritivo, de corte transversal, empreendido com idosos matriculados no programa Idoso Feliz Participa Sempre, da Universidade da Terceira Idade Adulta, desenvol-

vido na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas (Ufam), em Manaus/Brasil.

Este programa de atividades físicas, orientado para o envelhecimento, existe há 18 anos e integra os programas de extensão universitária. Funciona de segunda a quinta-feira, no horário vespertino, em instalações próprias, no *campus* da Ufam. Entre as diversas atividades físicas realizadas pelos idosos podem ser citadas: hidroginástica, natação, dança de salão, coreografia e caminhada.

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2010. Dos 145 inscritos para as atividades, 112 idosos (77%) participaram da pesquisa. O levantamento foi realizado por questionário padronizado (anexo), testado mediante aplicação prévia em 10 idosos, para os ajustes necessários.

Resultados e discussão

Caracterização da amostra

Foram pesquisados 112 idosos: 96 (85,7%) mulheres e 16 (14,3%) homens. Quanto à faixa etária, 72 (64,3%) situavam-se entre 60 a 69 anos; 32 (28,6%), entre 70 a 79 anos e 8 (7,1%), com idades a partir de 80 anos.

Em geral, nos projetos para idosos é comum a participação de mulheres. Fato que pode decorrer da maior longevidade feminina ou de estarem acostumadas a se cuidar mais durante toda a vida. Desde o final da adolescência são levadas a frequentar regularmente o serviço de saúde nas ações preventivas e terapêuticas, condicionadas pela história reprodutiva a participar de programas de planejamento familiar, pré-natal, bem como os de acompanhamento do bebê no primeiro ano de vida, vacinação e aleitamento materno.

As mulheres também recorrem aos serviços de saúde por ocasião dos partos, em abortos, quando sofrem de problemas menstruais ou na menopausa, para fazer exames preventivos de câncer, de colo de útero e de mama, bem como buscar terapia de reposição hormonal ou uso de métodos anticoncepcionais, dentre os vários serviços e programas destinados ao cuidado integral da parcela feminina da população.

A pouca participação do público masculino pode ser justificada pela falta de naturalidade e aceitação com que os homens enfrentam o envelhecimento e suas limitações. Envelhecer é aproximar-se das características socialmente atribuídas às mulheres, tais como fragilizar-se, reconhecer a dependência e experimentar o cuidado. A velhice redefine o indivíduo e essa redescritção do papel social é tanto mais intensa quanto mais distante dos papéis sociais do feminino e do deficiente o idoso tiver construído a sua história²³. Além disso, ao longo de suas vidas os homens frequentam menos os serviços de saúde, restringindo, em grande medida, a ida aos mesmos quando de acidentes ou agravos circunstanciais. Como decorrência, é usual que quando o façam já apresentem enfermidades com algum nível de gravidade.

Em relação à escolaridade, a distribuição mostrou que 60 idosos (44,6%) tinham menos de 10 anos de estudo e 62 (55,3%), 10 anos ou mais. O maior percentual de escolaridade encontrado foi de 10 a 12 anos de estudo, com 37 casos (33%), o que indica que os idosos ultrapassaram o Ensino Fundamental e pararam os estudos no Ensino Médio (Tabela 1). Foram constatados dois casos de analfabetismo (1,8%), o que, atualmente, é menos frequente nessa população, que não contou com fácil acesso à escola na infância ou juventude, mas foi contemplada posteriormente por projetos populares de educação de jovens e adultos.

Tabela 1. Distribuição quanto à escolaridade

Anos de estudo	Nº	%
0 (analfabeto)	2	1,8
1-3 anos	22	19,6
4-6 anos	17	15,2
7-9 anos	9	8,0
10-12 anos	37	33,0
> 13 anos	25	22,3
Total	112	100

Sobre o estado civil, o maior percentual foi o de casado, com 46 idosos (41%), seguido por viúvo, com 39 casos (34,8%). Foram encontrados 11 idosos solteiros (9,8%) e 16 (14,3%) divorciados.

O exercício da autonomia no tratamento médico

A maioria (96,4%) deseja saber informações sobre o seu diagnóstico (Tabela 2). A manifestação desta vontade pelos entrevistados revela-se compatível com o Código de Ética Médica (CEM), que no art. 34 prevê: *É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal* ²⁴.

A literatura bioética também aponta a necessidade de respeitar a autonomia do paciente, indicando que o consentimento informado é pré-condição para a realização do ato médico e que sua obtenção deve ser precedida por informação acessível e de qualidade: *qualquer intervenção médica (preventiva, diagnóstica ou terapêutica) só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa envolvida, baseada nas informações obtidas e adequadas a sua compreensão* ²⁵. Depreende-se, portanto, que os entrevistados concordam com a ideia de que o respeito à autonomia e à dignidade de cada um são imperativos éticos e não favores que o profissional pode ou não conceder. Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém ²⁶.

Tabela 2. Desejo de ter informações sobre seu diagnóstico

Alternativas	Nº	%
Sim	108	96,4
Não	4	3,6
Não sei	0	0
Total	112	100

Quando questionados sobre a possibilidade do diagnóstico ser de uma doença grave ou terminal, a maioria (93,8%) ainda assim manifesta vontade de conhecer a opinião profissional (Tabela 3). Tal resposta também está amparada pelo CEM, no art. 32, que veda ao médico *deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente* ²⁴. Buscando este objetivo é necessário considerar que o médico não deve ter opiniões fechadas, como mentir ou dizer a verdade sempre.

Deve ouvir o paciente e seus familiares, com paciência e comedimento, sabedor de que estes agem pensando no melhor para o parente.

Por isso, é fundamental que esteja atento às sinalizações do paciente, visando captar o quanto de autonomia ou paternalismo ele deseja receber frente ao diagnóstico, não lhe causando mais danos do que a doença já provocou. Muitos pacientes desejam resolver problemas pessoais ou têm projetos que desejariam concluir e ninguém pode negar-lhes tal direito ²⁷. Outros preferem não saber a gravidade de seu quadro, o que também é um direito que lhes deve ser garantido.

Tabela 3. Desejo de receber o diagnóstico ainda que sobre doença grave ou terminal

Alternativas	Nº	%
Sim	105	93,8
Não	7	6,2
Não sei	0	0
Total	112	100

No tocante ao desejo de obter informações sobre o tratamento a que se submeterão, 98,2% afirmaram querer saber (Tabela 4). Ressalte-se ser vedado ao médico *desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte* (art. 31 do CEM) ²⁴.

Tabela 4. Desejo de ser informado sobre o tratamento

Alternativas	Nº	%
Sim	110	98,2
Não	2	1,8
Não sei	0	0
Total	112	100

Os idosos informaram que desejam saber do prognóstico de seu problema de saúde em 94,6% dos casos (Tabela 5). A Carta de Direitos e Deveres do Doente, vigente em Portugal, afirma que *o doente tem direito de ser informado sobre a sua situação de saúde. A comunicação deve ser feita com clareza, devendo ser levada em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas* ²⁸. Acrescenta também que *a informação deve conter elementos do diagnósti-*

co, prognóstico e tratamento, riscos e eventuais tratamentos alternativos²⁸.

O indivíduo é soberano sobre si mesmo, seu corpo e mente²⁹. Portanto, não é justificável a omissão do médico sobre qualquer informação ao paciente idoso em tratamento, pois o profissional é detentor dos conhecimentos científicos e tecnológicos pertencentes a sua área, mas o paciente é um ser humano que deve ter a dignidade sempre preservada. O princípio da autonomia ou do consentimento é o reconhecimento de que a autoridade moral secular deriva do consentimento dos envolvidos em um empreendimento comum³⁰.

Tabela 5. Desejo de ser informado sobre o prognóstico

Alternativas	Nº	%
Sim	106	94,6
Não	6	5,4
Não sei	0	0
Total	112	100

Quando questionados sobre quais os responsáveis pelas decisões de tratamento, 92% dos entrevistados responderam que deveria ser o médico e o paciente idoso em comum acordo. Houve, ainda, idosos que preferiram que as decisões fossem tomadas pela família e o médico (3,5%). Alguns opinaram pelo poder decisório ficar somente com o médico (2,7%) e, em 1,8% dos casos, os pesquisados desejaram que as decisões fossem tomadas em comum acordo pelo médico, o paciente idoso e a família (Tabela 6).

Cada homem julga bem as coisas que conhece e desses assuntos é bom juiz. Escolhemos o que sabemos ser melhor tanto quanto nos é dado saber. A escolha requer um princípio racional. Seu próprio nome parece sugerir que ela é aquilo que é eleito preferencialmente a outras coisas³¹. Os idosos manifestaram claramente querer exercer a sua autonomia no tratamento dividindo com o médico as responsabilidades pelas decisões (92%). Apenas a minoria (2,7%) ainda aceita o *paternalismo* das condutas médicas do passado, no qual o médico decidia sozinho.

Tabela 6. Responsáveis pelas decisões no tratamento médico

Alternativas	Nº	%
Médico	3	2,7
Paciente idoso	0	0
Família e médico	4	3,5
Médico e paciente idoso	103	92,0
Médico, paciente idoso e família	2	1,8
Total	112	100

Resultado sobre o repasse da autonomia

No caso de os idosos estarem impossibilitados de fazer escolhas sobre as diversas etapas de seu tratamento, as preferências quanto a quem repassar a autonomia foram filho(a) (69,6%), esposo(a) (14,3%), irmão(ã) (6,2%), médico e amigo(a) apresentaram o mesmo percentual (3,6%), família como conjunto (1,8%) e sobrinho(a) (0,9%) (Tabela 7).

O idoso deve ter preservada sua autonomia. Suas convicções devem ser respeitadas. Sua participação, muitas vezes, fica restrita pela própria família. Mesmo em situações de incapacidade temporária ou definitiva, ele pode preservar os seus desejos ou restrições de tratamento. A tomada antecipada de decisão e o estabelecimento de um procurador pode ser a forma. Isto facilita o trabalho da equipe médica, pois evita a disputa e a tomada de decisões divergentes por diferentes membros da família. O procurador escolhido pelo idoso atua como seu interlocutor e é considerado a pessoa que melhor defende seus interesses³².

Tabela 7. Responsáveis pelas decisões no caso de autonomia repassada

Responsável	Nº	%
Médico	4	3,6
Família	2	1,8
Esposo(a)	16	14,3
Filho(a)	78	69,6
Amigo(a)	4	3,6
Sobrinho(a)	1	0,9
Irmão(ã)	7	6,2
Total	112	100

Considerações finais

A pesquisa mostrou que os idosos pertencentes ao programa Idoso Feliz Participa Sempre estão bem esclarecidos acerca de seus direitos. Desejam ter respeitada a autonomia no tratamento médico e expressam claramente que, independente de serem pacientes, são pessoas humanas, com valores, crenças e experiências de vida que não podem ser menosprezados. Os dados não evidenciam, entretanto, que pretendam se sobrepor à figura do médico no relacionamento médico-paciente, mas encontrar um papel digno na condução das ações que cuidam de sua própria vida.

Ficou claro que consideram a participação da família importante, mas, enquanto tiverem condições mentais para decidir, desejam fazê-lo em parceria com o médico, o qual, esperam, os esclareçam sobre as diversas condutas necessárias ao caso, bem como das decisões que devem ser tomadas em comum acordo.

Os idosos pareceram temer ser enganados sobre as informações em relação a sua saúde e falaram que, no caso de uma doença grave ou terminal, o fato de saberem a verdade favoreceria a preparação para o desenlace nas mais diversas formas: emocional (pedir ou dar o perdão e despedir-se dos entes queridos), material (distribuição de bens e documentação) e espiritual (ritos de sua religião).

A entrevista foi realizada com as alternativas de resposta do questionário de coleta de dados cobertas, para que a *fala do idoso* não sofresse indução pelo conhecimento prévio. Somente após a resposta normalmente comentada pelo idoso a alternativa era marcada. Com isso, foi possível perceber que a palavra *família* não representa a opção preferida. Parece que se uma decisão fosse tomada pela família seria difícil o consenso, haveria ainda mais divisão do que a existente, com filhos e cônjuges ausentes, desinteressados ou em litígio com o idoso. Assim, a decisão poderia não ser de acordo com a preferência do próprio idoso. Ao passo que declarar antecipadamente o responsável pelas decisões em seu lugar traz a certeza de que a escolha recairá sobre um membro com muita afinidade e que respeitará os seus *gostos*.

Uma curiosidade surgida na pesquisa é que

o membro escolhido para tomar as decisões no tratamento quando o idoso não mais tiver condições de fazê-lo foi, para a grande maioria, o filho ou a filha, inclusive para os entrevistados casados que convivem com o cônjuge. Apenas os entrevistados sem filhos escolheram amigo(a), sobrinho(a) ou médico.

No momento da entrevista foi possível perceber, pelo desenvolver da conversa, algumas contribuições que complementaram a pesquisa. Sobre a família, os idosos foram claros acerca da importância que a mesma tem em sua vida, mas fizeram questão de informar que existem *membros especiais* dentro desse conjunto, com quem têm mais confiança para ajuda no acompanhamento do tratamento. Em geral, é um membro da área da saúde, comunicativo e dinâmico para deslocar-se atrás da equipe de saúde com vistas a obter informações e esclarecer dúvidas e que, em momento do passado, já tenha acompanhado com desenvoltura outro familiar. Essa escolha parece motivada por afinidade, recaindo, no mais das vezes, em alguém que conhece bem o idoso, respeita os seus *gostos* e é capaz, por conseguinte, de tomar a decisão mais aproximada da sua. Não foram observados critérios baseados em gênero, idade ou ordem de nascimento, no caso de filhos.

Vários idosos complementaram a entrevista com interessantes depoimentos. Alguns contaram que vão sozinhos à consulta, para que o médico lhes fale tudo diretamente. Outros disseram levar um acompanhante, mas apenas para ajudar no esclarecimento das dúvidas. Ainda houve quem reclamasse que o acompanhante e o médico acabam excluindo o idoso, impedindo-o de participar da consulta.

Houve relatos de situações em que o médico solicitou do idoso a presença de um membro da família para acompanhá-lo na consulta, o que foi interpretado como indicação da *gravidade* do caso. Uma idosa, ao se submeter a uma cirurgia, entregou para a neta, secretamente, uma agenda com suas recomendações, caso houvesse alguma complicação – o que pareceu aos pesquisadores uma ideia de *testamento vital* de forma incipiente.

Os achados do trabalho também confirmaram que o novo CEM veio ao encontro do atendimento das demandas atualmente impostas pela

sociedade – que espera, com base na conduta do médico, um parceiro que domine o conhecimento científico e as novas tecnologias, mas que conduza o tratamento de forma humanizada, respei-

tando a autonomia do paciente que, mesmo fragilizado pela doença, tem valores e crenças que devem ser considerados pela própria dignidade implícita a sua condição de ser humano.

Artigo realizado no programa de doutorado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/ Conselho Federal de Medicina. As autoras agradecem ao prof. dr. José Cardoso Neto pelas orientações estatísticas e à dra. Cláudia Marina Puga Barbosa Oliveira pela revisão e adequação do texto.

Referências

1. Hume D. Enquiries: an enquiry concerning the principles of morals. Oxford: Clarendon Press; 1989.
2. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: CFM; 1998. p. 37-51.
3. Butler J. Upon the social nature of man. In: Raphael DD, editor. British moralists 1680-1800. Indianapolis: Hackett Publish Company; 1991. v. 1.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994.
5. Pellegrino ED, Thomasma D. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
6. Bernard J. De la biologie à l'éthique. Paris: Buchet Chastel; 1990.
7. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont report. Washington: Government Printing Office; 1979. p. 4.
8. Stepke FL. Bioética. São Paulo: Loyola; 2001.
9. Gillon R. Primum non nocere and the principle of non-maleficence. BMJ. 1985;291:130-1.
10. Marino Júnior R. Bioética global: princípios para uma moral mundial e universal e de uma medicina mais humana. São Paulo: Hagnos; 2009.
11. Pegoraro O. O lugar da bioética na história da ética e o conceito de justiça como cuidado. In: Pessini L, Barchifontaine CP, coordenadores. Bioética e longevidade humana. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2006.
12. Muñoz DR, Forte PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Op. cit. p. 53-70.
13. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 1997.
14. Gracia D. La bioética medica. In: Organizacion Panamericana de Salud. Bioetica temas y perspectivas. Washington: Opas; 1990. p. 3-7.
15. Culver CM. Competência do paciente. In: Segre M, Cohen C, coordenadores. Bioética. São Paulo: Edusp; 1995.
16. Harris J. The value of life: an introduction to medical ethics. London: Routledge and Kegan Paul; 1985. p. 197-8.
17. Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. Hastings Cent Rep. 1979;2(3):5-7.
18. Foucault M. O nascimento da medicina social In: _____. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979. p. 46-56.
19. Martins A. Biopolítica: o poder do médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Interface (Botucatu). 2004;8(14):21-32.
20. Soares JCR, Camargo Júnior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface (Botucatu). 2007;11(21):65-78.
21. Hall JA, Roter DL, Katz, NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care. 1988;26:657-75.
22. Pellegrino ED. Is truth telling to the patient a cultural artifact? Jama. 1992;268:1734-5.
23. Diniz D. Bioética e gênero. Rev Bioét (Impr). 2008;16(2):207-16.
24. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010. (versão de bolso).
25. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Brasília: Unesco/Sociedade Brasileira de Bioética/UnB; 2005.
26. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
27. Oselka G, coordenador. Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados. 2ª ed. São Paulo: Cremesp/Centro de Bioética; 2009.
28. Portugal. Ministério da Saúde. Carta dos direitos e deveres dos doentes de Portugal [internet]. 30 jan. 2008 [acesso 24 fev. 2011]. Disponível: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm>

O exercício da autonomia do idoso no tratamento médico

29. Mill JS. On liberty. Boston: Collier; 1909.
30. Engelhardt HT. Fundamentos de bioética. São Paulo: Loyola; 1998.
31. Aristóteles. Ética a Nicômaco. 4ª ed. São Paulo: Martin Claret; 2001.
32. Goldim JR. Autonomia, tomada de decisão e envelhecimento [internet]. 2000 [acesso 24 fev. 2011]. Disponível: <http://www.bioetica.ufrgs.br/gerauto.htm>

Participação dos autores

Maria Zeneida Oliveira escreveu o artigo, idealizou e empreendeu a pesquisa. Rita Barbosa foi coorientadora e Stela Barbas, orientadora, e ambas atuaram em todas as fases da elaboração do trabalho.

Recebido: 15.10.2011

Revisado: 20.6.2012

Aprovado: 8.7.2012

Anexo 1

Questionário para coleta de dados

Dados de identificação:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Gênero: 1.M___ 2.F___

Idade: 1. 60-64 anos___ 2. 65-69 anos___ 3. 70-74___
4. 75-79 anos___ 5. 80 anos em diante___

Anos de escolaridade:

1. Analfabeto(a)___ 2. 1-3 anos___ 3. 4-6 anos___
4. 7-9 anos___ 5. 10-12 anos___ 6. 13 anos em diante___

Estado civil:

1. Solteiro(a)___
2. Casado(a)___
3. Viúvo(a)___
4. Divorciado(a)_____

Dados da pesquisa:

1. No atendimento médico, você deseja que o médico lhe informe sobre :

1.1. Qual é a sua doença (diagnóstico)?

1. Sim___ 2. Não___ 3. Não sei___

1.2. Se for uma doença grave ou terminal, deseja saber?

1. Sim___ 2. Não___ 3. Não sei___

1.3. Como será o tratamento?

1. Sim___ 2. Não___ 3. Não sei___

1.4. O que se pode esperar do tratamento (prognóstico)?

1. Sim___ 2. Não___ 3. Não sei___

2. Em um tratamento médico as decisões devem ser tomadas por quem?

2.1. Pelo médico___

2. 2. Pelo paciente idoso_____

2. 3. Pela família___

2. 4. Pelo médico e o paciente idoso em comum acordo_____

2. 5. Pelo médico, o paciente idoso e a família em comum acordo_____

3. No caso de doença em que você não tivesse condições mentais para decidir sobre seu tratamento, que outra pessoa deixaria no seu lugar para tomar decisões:

3.1. O próprio médico que está atendendo___

3.2. A família___

3.3. Esposo(a)_____

3.4. Filho(a)_____

3.5. Amigo(a):_____

3.6. Outro(a). Especificar:_____