

O doente Geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar

**FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA**



**Mestrado em Cuidados Paliativos**

**O DOENTE GERIÁTRICO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Tese elaborada por:

Luís Fernando de Oliveira e Silva  
Sob orientação do Prof. Doutor João Gorjão Clara

Curso de Cuidados Paliativos

LISBOA, UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE GERIATRIA

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apressa-te a viver bem e pensa que cada dia é, por si só, uma vida.

***Sêneca***

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

## **AGRADECIMENTOS:**

Agradecimentos:

Não considero o desenvolvimento deste projecto apenas como um resultado final. Considero-o como uma fase importante da minha vida onde me vi obrigado a envolver toda uma série de pessoas sem as quais não seria possível realizar este trabalho.

Antes de mais destaco em especial o meu agradecimento ao Professor Doutor João Gorjão Clara. Sempre inspirador de novas abordagens e ideias, quer pela sua obra reconhecida no campo da Geriatria em Portugal, quer pela sua disponibilidade de apoio e de crítica sempre construtiva.

Agradeço com carinho aos meus colegas do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Setúbal pelo seu apoio e à enfermeira Inácia que me permitiu a gestão necessária de tempo para esta realização.

Agradeço também aos colegas e amigos da Santa casa de Misericórdia de Setúbal, sempre inspiradores no desenvolvimento deste trabalho em especial à Enfermeira Elisa Santos que me deu o primeiro impulso na abordagem dos cuidados paliativos, no momento em que mais sentido fez na minha carreira. Somos todos mais que a simples soma das partes pelo que temos também de questionar tudo e todos aqueles que afectamos ao longo do tempo. Quer pela nossa presença quer pela nossa ausência... A todos os meus amigos e familiares próximos que sempre me apoiaram um grande bem-haja.

Por fim, depois de referir os que convivem comigo não posso esquecer também aqueles que vivem efectivamente comigo e que foram particularmente afectados ao longo destes dois anos e meio.

À minha esposa Isabel Maria pela sua particular capacidade de apoio e carinho e à minha filha Matilde por ter abdicado algumas vezes de algum tempo de qualidade com o pai, dedico o meu maior e especial agradecimento.

## **ABSTRAT:**

Aging and death are the steps in the dynamic process that we call life to which health professionals are not unrelated.

There is a growing aging population, which is manifested also in the increasing age of patients admitted in the wards, for which professionals are not prepared

This empirical observation the following research objectives were set:

- Knowing the profile of understanding of health professionals about the definition of terminal geriatric patient;
- Identify and characterize the common factors relevant to most of geriatric terminally ill ;
- To analyze if health professionals fit their therapeutic attitudes in their relationship with the terminal geriatric patient;
- Understand if there is a significant relationship between personal factors of the professional / factors that characterize geriatric terminally ill and their therapeutic attitude of the professional.

Throughout the study it can be seen that there is a real difference between the elderly patient as a patient aged 65 years and geriatric patient as an individual with their own set of circumstances and characteristics for which most professionals are not awake. Of the respondents, 17.2 %, report it, but do not know how to specify this difference.

As the understanding of what a terminally ill concludes by evaluating the questionnaires, 55% of professionals did not correctly identify what a terminally ill delaying or precluding proper implementation of palliative care patients where they are needed.

Also implied are the common characteristics and terminally ill geriatric patient , often defining both as a single entity , requiring both palliative care and a careful evaluation of acts and clinical treatments .

## **RESUMO:**

O envelhecimento e a morte são etapas do processo que é a vida aos quais os profissionais de saúde não são alheios.

Existe um envelhecimento populacional crescente que se manifesta também no aumento da idade dos doentes internados nas enfermarias muitos deles em situação terminal, para o qual os profissionais de saúde não parecem estar devidamente preparados.

Desta observação empírica foram criados os seguintes objectivos de investigação:

- Conhecer o perfil de entendimento dos profissionais de saúde acerca da definição de doente geriátrico terminal;
- Identificar e caracterizar os factores comuns e relevantes á maioria dos doentes geriátricos terminais;
- Analisar se os profissionais de saúde adequam as suas atitudes terapêuticas na sua relação com o doente geriátrico terminal;
- Entender se existe uma relação significativa entre os factores pessoais do profissional/ factores que caracterizam o doente geriátrico terminal e a respectiva atitude terapêutica do profissional.

Ao longo do estudo percebe-se que existe uma diferença efectiva entre o doente idoso como sendo um doente com idade superior a 65 anos e o doente geriátrico como sendo um indivíduo com um conjunto próprio de especificidades e características para as quais a maioria dos profissionais não está desperto. Dos inquiridos, 17,2%, referem-no, mas não sabem especificar essa diferença.

Assim como no entendimento do que é um doente terminal, conclui-se pela avaliação dos questionários, que 55% dos profissionais não identifica correctamente o que é um doente terminal, atrasando ou inviabilizando uma adequada aplicação dos cuidados paliativos em doentes onde são necessários.

Ficam também subentendidas características comuns a um doente terminal e a um doente geriátrico, definindo muitas vezes ambos como uma mesma entidade, necessitando ambos de cuidados paliativos e de uma avaliação criteriosa de actos e tratamentos clínicos.

## **INDICE GERAL**

Agradecimentos.....	3
Abstrat.....	4
Resumo.....	5
Indice Geral.....	6

## **I-CAPITULO**

1-Introdução.....	12
1.1-O envelhecimento e a sociedade.....	13
1.2-O medo do envelhecimento.....	20
1.3- O ser humano enquanto pessoa.....	23
1.4-Conceitos e teorias de envelhecimento.....	25
1.4.1- Teoria imunitária.....	27
1.4.2-Teoria do envelhecimento celular.....	28
1.4.3-Teoria dos telomeros.....	29
1.4.4-Teoria Neuro endócrina.....	30
1.4.5-Teoria da glicosilação.....	32
1.4.6-Teoria da restrição calórica.....	32
1.4.7-Teoria do stress oxidativo.....	33

## **II- CAPITULO**

2-O idoso internado em contexto hospitalar.....	36
2.1- O idoso funcional.....	37
2.2- O idoso doente.....	39
2.2.1-A pluri-patologia.....	40
2.2.2- Impacto funcional.....	42
2.3.3- Impacto psicológico.....	45

## **III-CAPITULO**

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

3-Indicadores de prognóstico no Idoso.....	47
3.1- A questão surpresa.....	48
3.2-Baixa actividade .....	50
3.3-Limitação do autocuidado.....	51
3.4-Declínio Físico.....	52
3.5-Diminuição de resposta a tratamentos activos e a decisão de suspensão de tratamentos.....	54
3.6-Perda de peso.....	56
3.7-As quedas.....	58
3.8-Internamentos de repetição.....	59

#### **IV- CAPITULO**

4. Abstenção ou suspensão de tratamentos.....	60
4.1- Tratar e cuidar em medicina.....	62
4.2-O tratamento intensivo e o tratamento conservador.....	64
4.3- A futilidade terapêutica e diagnóstica.....	66
4.4- O processo de decisão ética.....	68
4.4.1- Princípio da beneficência.....	70
4.4.2- Princípio da autonomia.....	71
4.4.3- Princípio da justiça.....	73
4.4.4- Directivas antecipadas.....	74

#### **V-CAPITULO**

5. O hospital: O poder e o saber.....	76
5.1- A racionalização do acto médico.....	78

#### **VI-CAPITULO**

6. Cuidados paliativos.....	81
6.1-Conceitos actuais de cuidados paliativos.....	82
6.2-Cuidados paliativos e as prioridades em saúde.....	89

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**VII-CAPITULO**

7.- Estudo “O Doente Idoso em cuidados paliativos”.....	92
7.1- Metodologia.....	93
7.1.1.- Objectivo geral.....	93
7.1.2.- Objectivos específicos.....	94
7.1.3.- Material.....	94
7.1.4.-Metodos.....	94
7.1.5.-Procedimentos.....	94
7.2.- Caracterização População.....	96
7.2.1.-Idade.....	96
7.2.2.- Género.....	97
7.2.3.- Categoria Profissional.....	98
7.2.4.- Formação Académica.....	99
7.2.5.- Religião.....	100
7.2.6.- Convivência com idosos.....	101
7.2.7.- Experiencia profissional com idosos.....	102
7.3.- Perfil de entendimento do profissional acerca da definição de doente geriátrico terminal. ....	103
7.3.1.-Percepção do profissional acerca da definição de doente geriátrico.....	103
7.3.2.-Percepção de profissional acerca da definição de doente terminal.....	104
7.4.-Factores identificados pelos profissionais, que caracterizam um doente geriátrico terminal.....	104
7.4.1.-Baixa actividade física.....	104
7.4.2.-Limitação de auto-cuidado.....	105
7.4.3.-Declínio físico acentuado.....	106
7.4.4.-História de perda de peso acentuada.....	107
7.4.5.-Dificuldade de resposta a tratamentos prescritos.....	109
7.4.6.- Recusa de tratamentos.....	110
7.4.7.- História de quedas recentes.....	111
7.4.8.- História de internamentos recentes.....	111
7.4.9.- Presença de outras patologias anteriores ao internamento.....	112



O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

7.5.- Atitudes dos profissionais de saúde perante um doente geriátrico terminal.....	113
7.5.1.- Atitudes terapêuticas que o profissional deixou de realizar por considerar não terem utilidade em relação à expectativa ou qualidade de vida.....	113
7.5.2.- Atitudes terapêuticas que o profissional realizou ou prescreveu apesar de estar convicto de não terem utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida do doente geriátrico terminal.....	114
7.6. Identificação da relação entre “Atitudes dos profissionais de saúde perante um doente geriátrico terminal”, cada um dos indicadores de prognóstico e respectivos factores pessoais de cada profissional. ....	115
7.6.1. Identificação da relação entre as “Atitudes terapêuticas que o profissional deixou de realizar por considerar não terem utilidade em relação à expectativa/qualidade de vida e factores indicadores de prognóstico.....	115
7.6.2. Identificação da relação entre o “Número de profissionais que, “realizaram, prescreveram ou colaboraram em exames e tratamentos apesar de estarem convictos de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida do doente geriátrico” e os factores indicadores de prognóstico.....	117
7.6.3. Avaliação da relação entre factores pessoais avaliados em cada profissional e a questão “Em quantos doentes geriátricos terminais, o profissional deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica por considerar não ter utilidade em relação à expectativa/qualidade de vida.”.....	118
7.6.4. Avaliação da relação entre os factores pessoais de cada profissional e os “Exames/tratamentos realizou/prescreveu ou colaborou apesar de estar convicto de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida”...	119

## **VIII-CAPITULO**

8. Considerações finais.....	121
------------------------------	-----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	125
---	-----

## **ANEXOS**

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Anexo I: Escala de Braden.....	132
Anexo II: Índice de Katz.....	133
Anexo III: The Karnofsky performan Scale.....	134
Anexo IV: ECOG Performance Status.....	135

**APENDICES**

Apendice 1.....	136
Apendice 2.....	142
Apendice 3.....	143
Apendice 4.....	143
Apendice 5.....	144
Apendice 6.....	144
Apendice 7.....	145
Apendice 8.....	145
Apendice 9.....	146
Apendice 10.....	146
Apendice 11.....	147
Apendice 12.....	147
Apendice 13.....	148
Apendice 14.....	148
Apendice 15.....	149
Apendice 16.....	149
Apendice 17.....	150
Apendice 18.....	150
Apendice 19.....	151
Apendice 20.....	151
Apendice 21.....	152
Apendice 22.....	152
Apendice 23.....	152
Apendice 24.....	153
Apendice 25.....	153
Apendice 26.....	153

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 27.....	154
Apendice 28.....	154
Apendice 29.....	154
Apendice 30.....	155
Apendice 31.....	155
Apendice 32.....	155
Apendice 33.....	155
Apendice 34.....	156
Apendice 35.....	156
Apendice 36.....	156
Apendice 37.....	156
Apendice 38.....	157
Apendice 39.....	157
Apendice 40.....	157
Apendice 41.....	158
Apendice 42.....	158
Apendice 43.....	158
Apendice 44.....	159
Apendice 45.....	159
Apendice 46.....	160
Apendice 47.....	160
Apendice 48.....	160
Apendice 49.....	161
Apendice 50.....	161
Apendice 51.....	161

## **I- CAPÍTULO**

### **1-INTRODUÇÃO**

O envelhecimento populacional é um facto indiscutível. Ninguém nos actuais tempos contesta que existe um envelhecimento crescente da população e, que consequentemente toda a estrutura social, familiar e científica tem se adaptar a esta realidade.

O crescente desenvolvimento científico nos últimos anos foi crescente e acelerado de acordo com as novas tecnologias disponíveis. A abertura de meios de comunicação eficazes, práticos de fácil acesso contribui para esse desenvolvimento e colocou-o à disposição de quase todos nós, criando uma globalização com a qual acabamos por ter dificuldade em lidar.

Há uma população de características recentes com necessidades particulares para a qual a sociedade não teve tempo de se preparar e, para a qual a tecnologia muitas vezes dá uma resposta desadaptada da realidade para a qual foi imaginada.

O idoso quando internado em meio hospitalar está sujeito a todas as inovações tecnológicas disponíveis, criadas e desenvolvidas no intuito de resolver problemas e devolver qualidade a quem delas usufruí, mas infelizmente muitas vezes desadequadas da realidade individual.

Parece observar-se empíricamente, que não há por parte do profissional, uma real consciência de que aquele individuo pode estar em situação terminal e, que as prioridades de acção do seu trabalho podem ser focalizadas numa área objectivamente realística em relação ao seu estado e, que o seu desempenho poderá vir a ser mais eficaz se realizado numa perspectiva adequada do estado de saúde do doente.

Muitos exames dolorosos e invasivos são utilizados de forma quase forçada para perceber qual o diagnóstico presente, ignorando, que toda a sua história clínica e o seu estado físico podem ser suficientemente indiciadores de que a sua situação é terminal e que pode ser irrelevante a definição de um diagnóstico.

A ideia base deste estudo centra-se precisamente nesse facto. Perceber até que ponto o profissional está atento e desperto para perceber se o idoso beneficia com algumas

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

das suas acções terapêuticas e diagnosticas e, se realmente as realiza consciente da especificidade do doente.

As alimentações forçadas, as constantes colheitas de sangue, os posicionamentos rigorosos, a prescrição e administração de terapêuticas que acabam por se revelar fúteis, são alguns exemplos de acções que podem ser devidamente contextualizadas na realidade do idoso que é simultaneamente um doente terminal.

Numa fase de contenção económica, é preciso, também ter em atenção os custos de acções não direccionadas e objectivas. Os meios técnicos por norma são caros, ávidos de recursos humanos e a sua não racionalização pode induzir no risco de transformar a sua utilização, de intenção nobre, em desperdício com custos elevadíssimos e sem resultados práticos, atrasando e até mesmo, inviabilizando muitas vezes a aplicação adequada de outra área de conhecimento com um desenvolvimento próprio e que cada vez mais, vai fazendo sentido utilizar. Os cuidados Paliativos.

O seu recurso implica uma prestação de cuidados direccionados à pessoa e as suas necessidades globais e será uma mais-valia para evitar situações de encarniçamento terapêutico e futilidade.

Na diversa literatura pesquisada, o tema da futilidade tipicamente relacionado com o doente terminal, não se encontra relacionado de forma directa com o doente geriátrico mesmo quando ele é por definição também identificado como tal.

Por isso importa perceber e levantar hipóteses de compreensão acerca deste fenómeno começando pela percepção dos profissionais que com ele lidam diariamente.

O contexto teórico neste trabalho é abordado a partir de conceitos genéricos acerca do envelhecimento indo até ao específico da realidade individual do idoso em contexto de internamento e na identificação dos indicadores de prognóstico por parte do profissional e ainda, de que forma ele actua perante o conhecimento dos mesmos, adequando a sua prática ao contexto efectivo da situação clínica daquele doente.

### **1.1 O Envelhecimento e a Sociedade**

De todos os fenómenos da realidade da condição humana, o envelhecimento surge como o mais desejado e temido de todos. Se por um lado ao longo de todo o processo de vida temos como objectivo chegar a velhos, quando lá chegamos sentimos quase que uma sensação de terror dessa condição.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Ao longo dos tempos e de acordo com as diferentes culturas, a humanidade sempre encarou a realidade do processo de envelhecimento de forma diferente.

Ser velho, à luz de certas culturas mais antigas, é ser venerado pelas virtudes do conhecimento e da experiência, adquiridos. Os velhos sempre foram por essas culturas um bem a preservar pela sua capacidade de englobar um determinado nível de conhecimentos e de os relacionar com a prática transmitindo-os às novas gerações. Curiosamente o fenómeno social da globalização, de uma forma quase perversa, trouxe à nossa cultura ocidental uma série de valores contrários, onde a capacidade física e a competitividade assumiram as prioridades basilares sociais. A velhice perante esses valores acabou por torna-se um peso pela crescente dependência física que se vai impondo ao longo dos anos.

Na obra de Aristóteles *De Generation Animalium*, a velhice surge como uma doença natural, caracterizada pela decadência mental e física do indivíduo. Por sua vez Platão, de quem Aristóteles foi aluno, recusava uma visão unificadora do envelhecimento e defendia que a velhice seria fortemente condicionada pela forma como se viveu na juventude, afastando dessa forma a visão reducionista do fenómeno.

Talvez se possa intuir alguma críspação entre gerações nesta dualidade de conceitos mas sem dúvida que ambas demonstram uma preocupação ancestral com o fenómeno. O envelhecimento existe e é um facto, segundo o jovem Aristóteles, mas não sendo linear e igual para todos, ele está dependente de factores condicionantes e individuais e segundo o experiente Platão esses factores dependem de comportamentos e ocorrências ao longo da vida.

Muitas são as teorias desenvolvidas e, na verdade muito se postula sobre o fenómeno, investigando-se muito pouco, do ponto de visto real e prático.

Existe muita bibliografia disponível mas de uma forma geral tirando um ou outro exemplo isolado, a maioria da bibliografia encontrada está ainda muito centrada na área do fenómeno, enquanto sociológico e nas questões éticas envolvidas. Muito pouco se observa e se fez em relação as questões praticas propriamente ditas.

Mas a verdade é que o fenómeno existe e necessita de ser devidamente encaixado na actualidade.

Existem ciências preocupadas com o fenómeno e há aceitação social no seu desenvolvimento como por exemplo a gerontologia e a geriatria.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

A gerontologia, enquanto ciência de conhecimento, procura dar algumas respostas, dedicando-se ao estudo de todos os fenómenos relacionados com a velhice. Surge pela primeira vez em 1908 pela mão de Metchinikoff, seguindo-se a ele toda uma série de figuras eminentes do mundo científico como por exemplo Kent, que defendeu a necessidade de integrar a prática e a teoria em gerontologia no processo de integração de novos papéis para os mais velhos na sociedade. (1)

São preocupações legítimas que se vão levantando à medida que o envelhecimento progride enquanto fenómeno sociológico.

Mas as questões de saúde envolvidas neste processo são também incontornáveis e para elas a geriatria tem, obrigatoriamente, de se demarcar pela sua especificidade na compreensão e gestão das questões patológicas que envolvem o envelhecimento.

A geriatria foca as doenças e as incapacidades do indivíduo idoso de uma forma específica e direccionada e com isso pode assegurar a racionalização dos recursos disponíveis aliando esses recursos à qualidade de vida do idoso.

Ou seja a consciência da existência de um ramo específico da medicina com capacidade de resposta às questões invocadas pelo envelhecimento, também implicam directamente na tomada de consciência do fenómeno e do seu consequente custo em termos de recursos que importa controlar.

A preocupação social instalada procura assim a resposta estratégica mais eficaz a longo prazo e, invoca a tentativa social de procurar responsabilidade perante cada indivíduo sobre a sua própria saúde e preparar o seu envelhecimento como um projecto individual de vida.

A carta de Ottawa em 1986, tal como a declaração de Alma – Ata em 1978, assumem-se como pontos de referência na crescente preocupação mundial em preparar cada vez mais o indivíduo para o seu futuro e responsabiliza-lo como principal veículo promotor da sua saúde.

Cada um de nós seríamos os agentes da nossa saúde, através de uma adequada alimentação, exercício físico e hábitos de vida saudáveis entretanto a cada estado caberia a responsabilidade de garantir os pré-requisitos para a saúde: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema sustentável, recursos sustentáveis e, por fim, justiça social e equidade.

Desta forma, a única preocupação de cada indivíduo, seria integrar os programas de promoção da saúde e garantir com isso, futuramente, uma eficaz racionalização dos

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

meios de saúde e associar um envelhecimento de qualidade que lhe permita integrar os novos papéis devidamente definidos e estruturados na sociedade.

Isto dito de uma forma resumida, significa que há portanto a certeza documentada, de que existe uma consciência social acerca do fenómeno.

“Envelhecer é por enquanto, inevitável. Trata-se de um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo” (2)

Porém saber que o fenómeno existe não é suficiente para perceber, como se instala o processo do envelhecimento e, até que ponto esse processo se vai repercutir na realidade do dia-a-dia do indivíduo, ou como o dia-a-dia se enquadra na realidade do processo.

Socialmente também acaba por existir uma responsabilidade a atribuir, não sendo apenas o aumento da esperança média de vida que, como muitas vezes se pensa, o responsável único pelo envelhecimento da população.

Vejamos então o mesmo processo através de outro ângulo.

A proporção de pessoas em idade activa tem vindo a diminuir e de um modo geral as questões culturais e sociais não estão alheias à base primordial deste fenómeno dinâmico que se constrói de forma autónoma.

Tenhamos então atenção a alguns aspectos fulcrais do ponto de vista social que inocentemente contribuíram para o envelhecimento global:

- A integração das mulheres no mercado de trabalho, associado ao controlo da natalidade só por si relega para fases mais tardias do ciclo de vida a decisão de constituir família e ter filhos;
- A carreira profissional e o factor económico assumem-se como que prioritários em relação á reprodução.
- A redução consciente do número de filhos além do aumento da idade da natalidade;
- O aumento da esperança média de vida. São os factores responsáveis por um desequilíbrio acentuado que torna assim dominante toda a população idosa.

No caso Português também há que se associar a este conjunto de fenómenos, o fenómeno da emigração que durante décadas tem sido responsável pela drenagem de grande número de população activa, em idade de reprodução para outros países, agravando ainda mais a diferença entre jovens e idosos.

“Caminhamos seguramente para uma sociedade diferente da que conhecemos



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

até agora e onde os padrões institucionais de actuação terão que se adequar às mudanças indeléveis proporcionadas pela revolução silenciosa do sistema demográfico.” (3)

A questão da procura de emprego e de melhores condições de vida é tido como o principal motor de todo o processo de drenagem da população e, conseqüente diminuição da população activa e o processo assume ainda mais curiosidade se pensarmos que pela lógica, a diminuição da população activa devia libertar também mais postos de trabalho conduzindo a um aumento da oferta de emprego e não o contrário que se verifica.

Ou seja, é também, manifestamente errado culpabilizar o envelhecimento populacional, pela má sustentabilidade do sistema de protecção social.

”É estranho que se valorize tanto o envelhecimento para explicar o difícil processo de sustentabilidade dos sistemas de protecção social, quando, mesmo com a diminuição da população activa o desemprego tende a aumentar” (4).

Claro que aqui também a tecnologia tem o seu cunho aplicado, pela substituição de pessoas por máquinas e na diminuição da necessidade de postos de trabalho o que até seria positivo numa sociedade economicamente bem sustentada.

E em termos de sistema nacional de saúde?

Inicialmente pensado para ser financiado pela população activa, não foi ponderado nem o envelhecimento nem a diminuição de emprego o que significa que a capacidade de “alimentar” o sistema nacional de saúde também se reduziu de forma substancial.

A tudo isto, o facto de ter sido projectado para uma população maioritariamente em idade activa mais acometida por patologias agudas, também empurra o sistema nacional de saúde para a realidade de uma população maioritariamente envelhecida, com doenças crónicas, e um conjunto de profissionais treinados na realidade anterior.

Dito de outra forma, também ao nível das necessidades em cuidados de saúde associadas ao envelhecimento, o sistema nacional de saúde, não é presentemente devidamente sustentado de acordo com a realidade existente

“Nos nossos dias os hospitais permanecem iguais ao que eram há 50 anos, quando a média de idade se ficava pelos 45-50 anos e nos novos hospitais não se antevê que esta realidade seja objecto de reformulação dos serviços onde os doentes idosos irão ser internados.” (5)

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Além disso, o sistema de saúde tem ainda que lidar com a nova realidade, pouco consciente ainda, de que algumas patologias poderão ser cada vez mais desvalorizadas nas idades avançadas enquanto outras acabam por aumentar a sua incidência. Socialmente poderia até haver resposta a este quadro, caso, o processo de envelhecimento populacional fosse encarado, também como um processo dinâmico de construção de novas oportunidades.

Por exemplo, novas tecnologias ao dispor dos idosos, reabilitação, ocupação de tempos livres, lazer etc, são áreas onde houve um franco desenvolvimento económico e tecnológico. Mas infelizmente sem grande acompanhamento do ponto de vista das políticas sociais. Diversos profissionais, bem articulados seriam até bem-vindos e devidamente aproveitados nas recentes novas oportunidades que vão surgindo. Levando a que o estado mobilize e desenvolva capacidades de articulação para tal dentro do enquadramento das estruturas sociais.

Existe uma consciência definida do ponto de vista da sociologia, para agrupar este enquadramento.

O estado político dispõe de três perspectivas sociológicas na base do que pode redefinir para a estrutura social.

Sociologia da idade em que a idade é o princípio estruturador da sociedade e das instituições.

Sociologia do envelhecimento em que a estrutura social se constrói de acordo com processos de adaptação individual de cada um.

E por fim, a sociologia da velhice, com base na teoria da desvinculação e que revela o envelhecimento como um problema social. (6)

Esta última, está mais de acordo com a realidade que se vive em Portugal e implica na existência de uma série de redes sociais de apoio formais ou informais sendo as informais todo o círculo de pessoas chegadas e que podem desenvolver acção no sentido de ajuda para o idoso.

Dito de outra forma, o idoso actualmente nos princípios estruturados da nossa sociedade acaba por “sobrar”, numa sociedade onde ele próprio está tendencialmente em maioria, para uma rede de apoio que depende da restante população.

“Deste modo, podemos dividir as redes sociais de apoio à pessoa idosa em dois grupos principais: as redes de apoio formal e as redes de apoio informal.

No grupo constituído pelas redes de apoio formal, incluem-se serviços estatais,

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

de segurança social e os organizados pelo poder local (Lares para a Terceira Idade, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia) (Nogueira, 1996). Nos de apoio informal, estão incluídos por um lado as famílias do próprio idoso e por outro, os amigos e os vizinhos” (...) (7)

A questão social passa assim por um processo de “selecção natural” onde acaba por se organizar entre estruturas formais e informais e onde os mais aptos acabam por melhor resistir.

Ou seja; a questão do equilíbrio social proporcionado pelo estado, a esta altura, começa a revelar enormes lacunas.

Além disso, há que também ter em conta que actualmente, também as pessoas envolvidas na rede de apoio informal se encontram com dificuldade de assumir as responsabilidades perante os mais idosos tendo tendencialmente que sobrecarregar as redes de apoio formais.

Situações dramáticas de idosos a cuidar de idosos e familiares dependentes do seu emprego maioritariamente precário são exemplos que não dão margem para outro tipo de atitude.

O fenómeno de aumento da longevidade se não for acompanhado por uma boa qualidade de vida, vai acabar por desembocar em dificuldades acrescidas numa família que economicamente depende do trabalho habitualmente de baixo salário em que ambos os membros para subsistir e educar os filhos posteriormente acabarão também por ser “vítimas” das baixas pensões produzidas pelos seus próprios salários.

“O caso português traduz novos riscos, associados às fragilidades acumuladas do modelo tardio e lacunar do Estado-Providência, mas também a um contexto laboral marcado por baixos salários com a consequente repercussão no valor das pensões (...) e na vulnerabilidade dos idosos à pobreza” (8).

Apresentado o problema do ponto de vista social, percebe-se a importância do estado em desenvolver um papel reformador e integrador de políticas estruturadas de apoio social coerentes, actuais e eficazes a longo prazo em vez de políticas de gestão corrente de problemas a curto prazo, sem bases de sustentabilidade de acordo com a evolução cada vez mais previsível do fenómeno.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

## **1.2 O medo do envelhecimento.**

Quer seja de um modo racional ou irracional, o medo da velhice, mais que o simples conceito de gerontofobia que se define como o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice. Acaba por encerrar em si mesmo uma série de outros conceitos a ter em conta em cada contexto onde se manifesta. Seja de uma forma discreta e inocente ou frontalmente assumida, este tipo de medo acaba por se manifestar tanto ao nível social, profissional ou até mesmo histórico. A nível social, podemos dizer que há, de uma certa forma, associada a este medo uma forma implícita, medo pela própria morte.

A velhice marca a última fase da vida e com ela as ideias pré-concebidas de morte e sofrimento. É uma forma de manifestação pouco racional do próprio instinto de sobrevivência alertando-nos de que as nossas capacidades de sobrevivência vão ficando limitadas daqui para a frente.

Tal como uma armadilha onde o caçador acaba por ser a própria vítima, aquele que discrimina, acaba por acreditar nos motivos da sua discriminação e simultaneamente, quando chegar à sua própria velhice estará condicionado pelos seus próprios argumentos discriminatórios e, de forma inconsciente acabará por se sujeitar a eles. O fenómeno assume enormes proporções carregadas de um elevado negativismo e acaba por condicionar alterações nas capacidades de afectividade individual levando o próprio idoso a lidar com a indiferença, mantendo sobre si próprio a mesma atitude negativa a que está sujeito.

“A forma como a sociedade antecipa e influencia o comportamento dos seus membros idosos reflecte os sistemas de valores que diferem de cultura para cultura. A cultura ocidental tem em relação aos idosos uma atitude negativa; os jovens desprezam-nos facilmente e estas atitudes estão tão profundamente enraizadas que o indivíduo que envelhece mantém em relação a si próprio, esta atitude negativa”(11).

A perda de aparência física, as dependências, a lentificação de comportamentos e a imagem difundida pelos próprios meios de comunicação social, são pontos que associados aos actuais padrões de qualidade de vida, são fomentadores de comportamentos saudáveis e de uma longevidade gratificante, porém também fomentadores de uma série de comportamentos ditos estereotipados acerca do envelhecimento.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Berger (10) refere, acerca disto, que num estudo realizado na *Université de Montreal* consegue-se identificar cerca de catorze estereótipos relativos aos idosos:

- Os idosos não são sociáveis e não gostam de se reunir;
- Divertem-se e gostam de rir;
- Temem o futuro;
- Gostam de jogar às cartas e outros jogos;
- Gostam de conversar e contar as suas recordações;
- Gostam do apoio dos filhos;
- São pessoas doentes que tomam muita medicação;
- Fazem raciocínios senis;
- Não se preocupam com a sua aparência;
- São muito religiosos e praticantes;
- São muito sensíveis e inseguros;
- Não se interessam pela sexualidade;
- São frágeis para fazer exercício físico;
- São na grande maioria pobres;

Será então nestes estereótipos que reside a questão matriz que poderá explicar os comportamentos gerontofóbicos da sociedade em geral?

“ Socialmente, e no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projecta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como das condições e circunstâncias que envolvem a velhice, pela perturbação que causam uma vez que negam o processo de desenvolvimento” (9)

O que é verdade é que, é no edificar destes estereótipos que verificamos a existência de uma ideia, assustadora perante eles e que classifica fazendo acreditar perante os jovens, a realidade do grupo de idosos como um grupo homogéneo de características similares e, não como um grupo de pessoas heterogéneo com características distintas e pessoais.

Embora seja como grupo que o idoso origina as mais diversas reacções de medo e gerontofobia.

A nível profissional, as atitudes pessoais de quem trabalha directamente com idosos e simultaneamente, tem medo do envelhecimento acabam por se reflectir também por processos comportamentais desfavoráveis e negativos tais como: recusa, apatia e indiferença. Trata-se de um processo de condicionamento de causas endógenas e

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

exógenas e que acaba por transfigurar mecanismos de discriminação quer seja através da idade quer através da infantilização.

Relativamente a estes dois mecanismos de discriminação, indicadores da presença de gerontofobia, Berger define dois conceitos: O “*âgisme*” e o “*Bebeisme*”.

O primeiro também referido como idadismo, insere-se em expressões do género: “Você já não tem idade para essas coisas...” ou “com a sua idade está à espera do quê?” São expressões muitas vezes inocentes e aparentemente sem maldade, porém redutoras de personalidade e tendencialmente incapacitantes em relação à realidade do que o idoso pode ainda conseguir fazer. Ou seja, o factor idade é o único factor que serve de referência para um determinado comportamento ou vontade. No caso do profissional de saúde pode assumir proporções tendencialmente perigosas na medida em que muitas queixas poderão não ser devidamente valorizadas por serem consideradas normais no contexto da idade do utente.

O “Bebeisme” ou a infantilização é outro comportamento dito gerontofóbico e é também ele diluído em expressões inocentes de carinho e afecto como por exemplo meu querido, ou o tratamento por tu, que em termos de personalidade acaba por colocar ao mesmo nível de relacionamento personalidades distintas.

A infantilização destrói de maneira subtil toda uma auto-estima construída ao longo dos anos e acaba por diminuir as reais capacidades de qualidade de vida do idoso.

Promove além da perda de identidade, a capacidade de escolha das suas actividades preferidas pois acaba por se sujeitar à vontade de outros.

Estes comportamentos aparentemente inocentes, também acabam por se tornar uma armadilha para aqueles que os utilizam quando atingem o seu próprio envelhecimento. Pois se acreditam nas limitações que estão a impor, também estarão sujeitos a elas um dia mais tarde e, obviamente vão aceita-las com resignação ao invés de desenvolver capacidades.

“Assim, a ideia de desenvolvimento aplicada ao envelhecimento tem subjacente um conjunto de princípios que sustentam a necessidade de os idosos passarem a ser vistos como pessoas a desenvolver e não como problemas a resolver”(12)

Conclui-se assim, que o medo da velhice, assenta numa série de mitos e estereótipos sociais, pré concebidos, redutores na sua essência e acabam por encerrar em si um caminho limitado em relação ao que pode ser feito com os idosos e que pode ser desenvolvido no seu papel de agentes integrantes da sociedade.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Conclui-se também que os comportamentos discriminatórios funcionam na mesma sequência de uma armadilha na qual os seus utilizadores também acabam por ser vítimas. E que o desenvolvimento do conhecimento do processo de envelhecimento, torna-se essencial para criar na sociedade em geral a noção de que a velhice é um objectivo a atingir e não um mal a temer.

### **1.3. O ser humano enquanto pessoa**

Ser pessoa é uma discussão de conceitos filosóficos antigos que nem sempre reúne um adequado consenso.

As mesmas questões que definem o ser humano enquanto pessoa também podem ser postos em causa ao longo do processo final de envelhecimento, pelo que importa discutir este conceito no contexto deste tema, na mesma medida em que o desenvolvimento das questões em torno deste que acabam por desembocar nos mais básicos valores do ser humano.

O primeiro filósofo a preocupar-se com esta questão foi Boécio no século VI, DC e que define pessoa como ser racional. Ou seja todo aquele com capacidade de pensamento reflexivo.

“Ser pessoa é propriedade exclusiva de naturezas intelectuais ou racionais” (13).

Por sua vez, John Locke considera pessoa como um ser inteligente e pensante que se considera e define a si próprio como pessoa.

Portanto, todo o ser que tenha em si a consciência de que é uma pessoa.

Contudo, para Kant o conceito de pessoa passa pela sua condição de ser um fim atingido e não um meio para tal, como são as coisas e os animais. Por outras palavras, adquirimos o ser pessoa ao longo do processo de desenvolvimento.

Estes são três exemplos que definem o conceito de pessoa tendo como ponto em comum a racionalidade.

Ora, se existe na racionalidade, a capacidade de decisão e a definição do conceito de pessoa assenta na racionalidade, será que ao longo da vida com a perda das nossas capacidades intelectuais decorrentes do normal envelhecimento vamos deixando de ser pessoas?

Escoto define a essência da condição do ser pessoa, na condição ontológica de ser independente e ao mesmo tempo ter consciência dos seus limites do ponto de vista

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

metafísico.

E se houver perda destas capacidades será que há perda da dimensão da pessoa humana?

Para Engelhardt “O que distingue as pessoas é a sua capacidade de serem auto-conscientes, racionais e preocupadas com o merecimento da censura e do louvor.” (14)

De uma forma crítica e de acordo com esta definição, grande parte dos idosos acaba de perder, assim a capacidade de ser pessoa pois se se encontrar incapaz de assumir a sua auto consciência de forma racional, fica assim impossibilitado de ser pessoa.

De uma forma semelhante, Peter Singer define pessoa como “...um ser com conhecimento da sua própria existência ao longo do tempo, e a capacidade de ter desejos e planos para o futuro.” (15).

Todos estes autores acabam por encerrar o conceito de pessoa na própria consciência que cada um tem de si mesmo. Porém, não se pode ignorar que estes conceitos são fruto de tempos em que a tecnologia não permitia que a vida se prolongasse da mesma forma como hoje é possível.

Existe grande importância na referência disto no facto de que, a grande maioria das pessoas acabava por morrer antes de ser vítima das doenças conhecidas hoje como frequentes na velhice, como por exemplo, o Parkinson ou o Alzheimer, pelo que estas questões seriam infundadas e não havia razão para as levantarem.

No entanto, à luz da realidade actual a verdade é que o conceito de pessoa pode estar em casos particulares de idosos comprometido por uma degradação cada vez maior do corpo e das suas faculdades.

Perdida a vontade própria, as faculdades que lhe permitem ter consciência do seu passado e capacidades de decidir acerca do seu futuro, estaremos então em que patamar do conceito de pessoa?

Num raciocínio meramente crítico e pessoal do conceito, mesmo que não haja uma consciência pessoal acerca do próprio “eu” haverá com certeza uma marca deixada no mundo, nem que seja apenas nas recordações de alguns e, também uma consciência de que haverá um futuro mesmo que esse futuro seja mais ou menos considerado também por terceiros.

Ser pessoa poderá então, nesta ordem de raciocínio, ser a capacidade que cada um de nós tem de ter consciência do próprio “eu” e simultaneamente de criar essa consciência nos outros dando de alguma forma continuidade ao nosso ser mesmo que já não



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

sejamos capazes de o fazer de forma autónoma, preservando o conceito de pessoa mesmo para além da própria morte.

Dito de outra forma deveremos ter em conta para definir a pessoa, além do que está presente à nossa frente, o passado individual de cada um e a sua influência perante o mundo.

Em termos filosóficos dificilmente se encontrará consenso e estes conceitos que não podem ser vistos de uma forma simplista, nem à luz da evidência do desenvolvimento tecnológico, nem à luz da evidência do abandono do mesmo. Pode e deve sim ser adequado ao tipo de desenvolvimento tecnológico disponível quer seja, diagnóstico, curativo ou paliativo.

Como diz Engelhardt, o facto de não considerarmos alguns seres humanos como não sendo pessoas em termos éticos ou filosóficos não significa que os consideremos menos, reflecte apenas os limites do raciocínio (da argumentação) filosófico. (14)

### **1.4 Conceitos e teorias do envelhecimento.**

As teorias do envelhecimento que de um modo mais ou menos integrado tentam explicar como envelhecemos de uma forma contínua e irreversível, também nos dão a certeza, pelo incremento da investigação realizada neste domínio, de uma forma directa ou indirecta, de que há uma preocupação também científica e legitimada sobre o fenómeno.

O envelhecimento pode ser encarado como um processo de características pessoais porém complexas que encerram em si diversos factores.

Encerram características fisiológicas, psicológicas e sociais e embora seja universal, pois todos estão sujeitos a ele, também é pessoal pois em cada indivíduo assume contornos únicos conforme as características de cada um.

Não é uma doença mas sim uma consequência do processo evolutivo individual.

Se tivermos sempre em conta que envelhecemos a partir do momento em que nascemos e que o objectivo de todo o processo é dotar o ser humano sempre com as melhores capacidades de sobrevivência atingindo a maior longevidade possível, se calhar o envelhecer não é assim tão mau conotado.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Porém quando lhe associamos os processos degenerativos fomentadores das várias doenças na velhice, aí sim o envelhecimento apresenta a sua variante mais negativa e assustadora para a humanidade.

Pese embora que a doença possa condicionar fortemente o envelhecimento, a verdade é que nem sempre ela está presente ao longo do processo e, nem por isso deixamos de envelhecer.

Mas em que altura do desenvolvimento humano, o processo se modifica?

A partir de que momento é que o “programa” original das melhores condições de sobrevivência se altera, perde a sua visão romântica filosófica de sabedoria e experiência para adquirir uma imagem de dor sofrimento e fardo social?

É indiscutível o aparecimento desta realidade na última etapa do desenvolvimento da vida, porém...estaremos geneticamente programados para envelhecer ou será o envelhecimento, um acumular passivo de alterações?

Surge assim, do motor da curiosidade humana, a necessidade de se tentarem explicar os fenómenos associados ao envelhecimento com a criação das mais diversas teorias que se podem dividir em dois grandes grupos: As teorias estocásticas, que postulam que o fenómeno de envelhecimento é determinado por uma série de condicionantes aleatórios, e as teorias genéticas que por sua vez depositam, sem desprezar as mesmas condicionantes aleatórias e ambientais, a responsabilidade do envelhecimento em fenómenos genéticos.

“A curiosidade despertada por este problema tem sido de tal forma explorada que, em 2000, Medvedev recenseou mais de 300 teorias desde o século XVIII”.(16)

Assim, destacam-se de uma forma normalmente aceite, quer pela validade dos estudos quer pelas evidências empíricas as seguintes teorias:

- Teoria imunitária;
- Teoria do envelhecimento celular;
- Teoria dos telómeros;
- Teoria neuro endócrina;
- Teoria da glicosilação;
- Teoria da restrição calórica;
- Teoria do stress oxidativo;

O conhecimento resumido destas teorias não fornece, conhecimentos fundamentais e de cariz definitivo mas sim pistas acerca de um processo naturalmente aceite do

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

desenvolvimento humano e do trabalho que tem sido feito para um melhor conhecimento acerca dele.

### **1.4.1- Teoria Imunitária**

A grande base da teoria imunitária assenta no pressuposto de que a determinada altura da vida o sistema imunitário deixa de conseguir impedir o desenvolvimento de determinados processos agressores para o organismo e, que dessa maneira deixa espaço livre para que as alterações genéticas provocadas por vírus e outros agentes, deixando ocorrer uma série de fenómenos que normalmente seriam impedidos. Ou seja, no seu papel inicial de elemento protector, o sistema imunitário encontra-se programado para defender os mecanismos de homeostasia do organismo, e dessa forma atacar qualquer elemento que não seja reconhecido a nível do sistema de defesa.

Atendendo a este facto, a explicação desta teoria assenta no pressuposto de que assim um sistema imunitário alterado iria acabar por provocar um processo de auto agressão contra o próprio organismo, além de deixar de reconhecer anomalias celulares e agentes infecciosos.

“Os humanos e roedores idosos evidenciam declínios em vários aspectos da protecção imunológica, incluindo a formação de auto-anticorpos com elevada afinidade, diminuição da resposta das células T aos mitogéneos e menor resistência à infecção e à doença.” (16)

Mas, e será que é o declínio do sistema imunitário responsável pelo envelhecimento em si, ou será em oposto então uma consequência do envelhecimento?

Não sendo uma teoria consistente na explicação dos inúmeros fenómenos associados ao processo conhecido do envelhecimento, é sem dúvida de relevo na assunção da existência de mecanismos tipo relógio interno responsáveis pelo accionar do mesmo. O que lhe dá um elevado relevo, para uma explicação de envelhecimento pré programado dos organismos.

#### 1.4.2. Teoria do envelhecimento celular

Esta teoria genética pura assenta no pressuposto de que estamos programados para envelhecer.

Segundo esta teoria, o processo de envelhecimento não é mais que uma etapa do desenvolvimento e de acordo com as etapas desse mesmo desenvolvimento, os nossos genes transmitem informação de pais para filhos acerca do tempo de vida que cada um de nós pode viver.

Esta é a base que acaba por dar fundamento ao fenómeno de *Hayflick* ou fenómeno da senescência celular.

O grande móbil desta teoria tem por base uma série de experiências realizadas com culturas celulares em meio artificial.

Alexis Carrel realizou culturas de células de coração de galinha em meio artificial e verificou uma duplicação praticamente infinita de células tendo conduzido as suas experiências ao longo de trinta e quatro anos e chegou à conclusão que o envelhecimento celular não ocorre quando em meio artificialmente controlado.

“Os resultados deste estudo foram confirmados numerosas vezes, em diversos tecidos animais e humanos, e levaram os biogerontologistas a considerar que as células, quando mantidas em meio de cultura, eram imortais e, por isso, não seria possível estudar o fenómeno de envelhecimento ao nível da célula.” (16)

Porém *Hayflick* alterando o meio de cultura, verificou que tanto as células de origem humana (provenientes do embrião humano) como de origem animal, têm uma capacidade de replicação limitada ao longo do tempo, não indo muito mais além das cinquenta divisões celulares. Mais ainda, *Hayflick*, nas suas experiências verificou também que nos locais em que as células se replicavam indefinidamente assumindo uma condição “imortal”, havia evidência de contaminação dos meios de cultura com determinadas formas de vírus criando assim nas células alterações genéticas com características semelhantes às células cancerosas. (16)

Outras particularidades foram observadas. Nomeadamente, que o número de duplicações celulares dependia da idade do dador sendo que quanto mais jovem fosse o dador maior capacidade de replicação teria a célula. E também que há uma relação directa com o número de replicações celulares e a idade média de vida de diferentes espécies dadoras.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

E embora seja verdade a identificação de alguns genes isolados responsáveis por síndromes de envelhecimento precoce como por exemplo o síndrome de *Werner*, também parece pouco provável a existência de um único gene responsável pelo envelhecimento pois também existem diferenças significativas em estudos levados a cabo entre indivíduos geneticamente iguais como é o caso dos gémeos “Num estudo com uma amostra considerável (600 pares de gémeos dinamarqueses monozigóticos e dizigóticos), nascidos no século XIX, foi encontrada uma influenciada hereditariedade na longevidade de apenas 30%”.(16)

Em sumula: o grande contributo desta teoria foi o abrir das portas para a possibilidade de existência de genes determinantes do envelhecimento e com eles a ideia da possibilidade de interferir geneticamente com o fenómeno.

### **1.4.3. Teoria dos telómeros**

Esta teoria assenta no facto de as células eucariotas, normais, terem um tempo de vida finito e as células cancerosas, anormais, conseguirem ultrapassar esse tempo de vida de forma considerável.

Os telómeros são estruturas de proteínas de DNA (Acido desoxirribonucleíco) que não intervêm no processo de replicação celular. Estas estruturas, encontram-se nas extremidades dos cromossomas e não têm um papel de intervenção no processo.

A grande função dos telómeros, reside no evitar da perda de estabilidade do cromossoma à medida que a célula se vai dividindo.

Pode metafóricamente, ser entendido como sendo um elemento que faz a selagem da estrutura genética do cromossoma impedindo alterações de estruturas, ou processos de fusão com outros cromossomas.

Mas como pode então, esta estrutura, mostrar-se implicada no processo de envelhecimento?

Uma vez que não é replicado, o telómero a cada divisão celular divide-se também acabando por se encurtar ao longo do processo até acabar por perder a sua função dita “selante”, incorrendo na desorganização do cromossoma quer por alteração da sua cadeia genética quer pela sua fusão com outros cromossomas provocando estruturas de cadeia de DNA aberrantes incompatíveis com a vida celular.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Desta forma, percebe-se o papel dos telómeros, como agentes responsáveis e reguladores dos fenómenos de proliferação celular normal evitando o crescimento anormal das células e dessa forma o cancro.

O processo ocorre da seguinte maneira: A telomerase (enzima responsável pela adição de bases de DNA telomérico a cada repetição celular) deixa de ser produzida quando os telómeros atingem um determinado tamanho e dessa maneira a divisão celular é reduzida impedindo que ocorra fusão de cromossomas, devido ao seu encurtamento. Por outro lado, também se verifica a que na ocorrência de mutações genéticas, como são exemplo as células cancerosas, ocorre reactivação da produção desta enzima levando a crescimento celular incontrolado.

“O encurtamento dos telómeros ocorre porque a maioria das células somáticas normais não sintetiza telomerase . No entanto, nas células cancerosas, a síntese de telomerase é activada, o que poderá contribuir para a capacidade destas células se dividirem continuamente.” (16)

Este mecanismo, também pode assim explicar o envelhecimento precoce dos organismos clonados. Pois, as células do dador têm a idade do mesmo e como tal as cadeias de telómeros já sofreram o seu processo de encurtamento não permitindo ao “clone” uma longevidade igual á do dador original.

Este fenómeno só por si não explica o envelhecimento pois outros fenómenos estocásticos também intervêm nas anomalias genéticas, mas contudo, contribui para o conhecimento do comportamento celular a nível genético. Embora a nível orgânico o seu papel não seja propriamente relevante o facto é que pode-se intuir que o papel do encurtamento dos telómeros seja apenas mais um dos fenótipos do envelhecimento embora não a sua principal causa explicativa.

### **1.4.4 Teoria Neuro Endocrina**

De acordo com esta teoria, o envelhecimento está dependente de uma série de mecanismos reguladores endócrinos e homeostáticos que regulam os processos neuro hormonais do organismo.

Todo este controlo endócrino, depende de uma série de mensageiros químicos denominados de hormonas, que são responsáveis por fenómenos que vão desde o crescimento, ao metabolismo dos glucidos.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Os defensores desta teoria afirmam o declínio funcional da idade como directamente relacionado com o declínio da produção hormonal do eixo hipotálamo-hipofise-adrenal. Ou seja, o organismo deteria, na sua programação original, uma série de funções auto-determinantes das etapas da vida que funcionariam como relógios biológicos como são exemplo a puberdade, a menopausa e conseqüentemente também o envelhecimento. A constatação mais relevante é que estas alterações ao longo da idade são sobreponíveis a indivíduos da mesma espécie mostrando relevância nas manifestações neuro-hormonais observadas.

Surge no entanto, á luz da questão levantada, a dúvida seguinte: será o mecanismo neuro-hormonal responsável pelo declínio do envelhecimento ou será o declínio do envelhecimento, uma causa para o declínio neuro-hormonal?

“Considerando esta perspectiva, as alterações neuro-endócrinas podem até nem ser a causa, mas sim uma manifestação do processo de envelhecimento primário que, pelas modificações hormonais que induzem, aceleram esse processo.”(16)

É um facto é que as funções reguladoras das hormonas, desempenham diferentes papéis ao longo do ciclo vital. Quer seja em mecanismos de regulação, quer reprodutivos ou de crescimento. Querirá isto dizer que haverá um programa pré-concebido a nível hormonal que predispõe o envelhecimento ou será que ocorre por um processo meramente aleatório?

Sem duvida que os relógios biológicos existem e sem duvida que esses relógios dependem de mecanismos neuro-hormonais. Contudo em diversas experiências com ratinhos aos quais se suprimiu a hormona do crescimento verificou-se um atraso no desenvolvimento da maturidade dos ratinhos levando a um aumento da longevidade dos elementos. Porém, também se observou que depois de atingirem a maturidade de desenvolvimento, o seu padrão de longevidade equiparou-se aos restantes ratinhos do grupo de controlo. Ou seja, o aumento da longevidade por um atraso do desenvolvimento da maturidade mostrou-se também incompatível com a capacidade da espécie de se reproduzir.

Também é verificável que esta teoria fica muito sujeita a fenómenos estocásticos. Pois existe um papel, fundamental, a ter em conta com esses fenómenos, na etapa da vida correspondente ao envelhecimento.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

São fenómenos conhecidos por induzirem o surgimento de diversas doenças responsáveis por um processo de envelhecimento dito secundário, tais como a hipertensão arterial, a arteriosclerose ou a diabetes.

### **1.4.5-Teoria da glicosilação**

Basicamente esta teoria assenta no pressuposto da existência de falhas do ciclo da glicólise em que se verifica a degradação dos tecidos a quando da presença de elevados níveis de açúcar.

Sendo um facto, que ao longo do desenvolvimento das etapas do ciclo vital, os níveis de açúcar circulante vão aumentando de forma gradual, devido a uma menor capacidade de absorção dos tecidos celulares. Verifica-se assim também que ao nível da formação das proteínas existe uma alteração estrutural das cadeias de aminoácidos, causadas pelos processos de ligações cruzadas que acabam por alterar a funcionalidade e a estrutura dos tecidos conduzindo ao processo de envelhecimento. “Com o aumento da idade, é comum surgirem perturbações na regulação da homeostasia da glicose em humanos. Enquanto que em jejum a glicose sanguínea aumenta ligeiramente com a idade, após uma refeição, ou após a ingestão de glicose, o seu aumento é mais acentuado. Estas alterações vão-se acentuando com a idade e resultam, aparentemente, de uma diminuição da sensibilidade dos tecidos à insulina” (16).

Esta teoria ganha alguma controvérsia na medida em que não se observa o mesmo comportamento em cadeias de proteínas de vida longa, como por exemplo na ausência de diabetes nem todas as proteínas de longa longevidade têm o mesmo comportamento na presença da glicosilação pelo que deixa muito ao acaso a explicação do envelhecimento através unicamente deste processo.

### **1.4.6- Teoria da restrição calórica**

A teoria da restrição calórica tem a sua origem em observação de evidência empírica. No Japão na ilha de Okinawa verifica-se um acentuado acréscimo da longevidade dos seus habitantes e a ausência da maioria das doenças que afectam de um modo geral os idosos, nomeadamente a diabetes e o cancro.



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

O princípio assumido que uma diminuição de aporte calórico seria responsável por uma diminuição consequente do metabolismo basal, relaciona-se também com o facto de que organismos com taxas de metabolismo maiores terem uma longevidade menor que outros organismos.

Na realidade pensa-se que há uma relação directa com a libertação de moléculas de oxigénio em reacções químicas de libertação de energia e o envelhecimento.

“Desde então, muitos estudos demonstraram que menor ingestão calórica tende a atenuar o processo de dano celular à medida que se envelhece, com redução de peroxidação lipídica, menor acúmulo de proteínas oxidadas e danificação oxidativa do DNA” (17)

São inegáveis os efeitos conhecidos de uma restrição calórica, principalmente ao nível de um atraso de efeitos no declínio de: controlo de glicemia, capacidade reprodutora feminina, reparação de ADN, resposta imunológica, capacidade de aprendizagem, massa muscular e síntese proteica. Verifica-se também que em resposta a este atraso de declínio há um consequente atraso no aparecimento de doenças auto-imunes, cancro, hipertensão arterial diabetes e insuficiência renal (doenças responsáveis por processos de envelhecimento secundário) resultado de uma diminuição da sobrecarga oxidante.

“ Numa pesquisa efectuada em humanos por Willcox et al, neste caso nos Okinawas, que são a única população humana a seguir um regime de restrição calórica sem que lhes falte nutrientes essenciais, o aumento da esperança de vida é de 6% (1,3 anos) além dos 65 anos quando comparada com outros japoneses. Quando esta população é comparada com a Americana a sua esperança média de vida apresenta-se 20% superior (3,6 anos) ”.(18)

Na população de Okinawa a restrição calórica é na ordem dos 20% a 30% e verifica-se uma considerável diminuição das doenças normalmente associadas ao envelhecimento.

### **1.4.7 Teoria do stress oxidativo ou dos radicais livres**

A teoria do stress oxidativo tem as suas origens na teoria dos radicais livres que é em si, também ela uma teoria de envelhecimento que se encontra dentro do grande grupo das teorias estocásticas.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Concretamente, este grupo de teorias, defende o processo de envelhecimento como um processo não programado de acontecimentos, que ocorre a nível celular de forma progressiva e que acaba por destruir a célula conduzindo a alterações a nível molecular e conseqüentemente também a nível tecidual.

Neste processo intervêm dois tipos de substâncias: os radicais livres que são substâncias existentes na natureza que possuem um electrão desemparelhado, e que por isso são, altamente instáveis pela sua necessidade de se ligar a outros radicais livres também desemparelhados. E também outras substâncias, não instáveis, designadas de espécies reactivas ao oxigénio, que quando reacção com outros componentes acabam também elas, produzindo radicais livres lesivos a nível celular.

“ O envolvimento dos radicais livres no fenómeno de envelhecimento e na doença foi proposto pela primeira vez por Harman em 1966. Este autor considera que o fenómeno de envelhecimento é o resultado da acumulação de lesões moleculares provocadas pelas reacções dos radicais livres nos componentes celulares ao longo da vida, que conduzem à perda da funcionalidade e á doença com o aumento da idade, conduzindo à morte.” (16)

Os radicais livres quando se emparelham, com outras moléculas, produzem outros radicais livres secundários, que por sua vez se vão ligar com outros radicais livres, de forma a conseguirem também emparelhar os seus electrões desemparelhados.

De um modo simplista, os pressupostos desta teoria assentam no desequilíbrio entre oxidantes e antioxidantes a favor do primeiro.

Mas de onde aparecem estas substâncias ditas naturais?

Além da sua presença constante na natureza, também a nível da produção de energia celular se verifica a existência de produção de radicais livres.

A central de energia celular situa-se a nível da mitocôndria. É nesta estrutura de ADN próprio (menos protegido) que se produzem as reacções químicas responsáveis pela produção de Trifosfato de Adenosina (ATP) a partir da oxidação de nutrientes que se degradam por um processo de hidrólise.

Deste processo de hidrólise, surgem os designados catabolitos que não são mais que produtos nefastos ao funcionamento celular e que têm de ser eliminados pelos lisossomas.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Esses catabolitos, ricos em radicais livres, lentamente vão degradando os mecanismos normais de eliminação celular, tornando-a cada vez menos eficaz em termos de produção energética até à sua morte.

Este processo é corroborado pela verificação da existência de grânulos de lipofuscina em células mais envelhecidas, pela cada vez, maior dificuldade de digestão a nível dos lisossomas.

Os radicais livres têm então à sua disposição, duas possibilidades: ou se ligam com estruturas capazes de se ligar a eles garantindo a sua estabilidade como as vitaminas A,C,E e glutatião (conhecidos antioxidantes), ou então, ligam-se com outros compostos celulares como os constituintes lipídicos das membranas celulares, acabando por induzir um processo de degradação celular e conseqüentemente a sua morte.

## **CAPITULO II**

### **2-O idoso internado em contexto hospitalar**

Não são segredo, nem tão pouco discretas as modificações a nível social e demográfico que a população tem vindo a sofrer a nível mundial.

Conforme já foi descrito anteriormente, de ano para ano, o envelhecimento social tem sido cada vez mais prevalente. A população em idade activa tem vindo a diminuir e, como tal, em termos de internamento hospitalar o tipo de doente também acabou por se alterar e neste momento a grande maioria da população internada também se alterou.

“Os epidemiologistas prevêem que em todo o mundo o número de cidadãos com mais de 65 anos de idade seja o dobro do actual no ano 2020. No que respeita a Portugal, prevê-se que em 2030 o número de pessoas com mais de 80 anos de idade seja o dobro do número actual.” (19)

Fará então sentido, considerar o idoso como um simples doente com uma qualquer patologia que lhe motivou o internamento ou trata-lo como um ser distinto de acordo com o seu estágio no ciclo vital, como por exemplo se faz no caso da pediatria?

No bom senso comum actual não faz hoje sentido tratar crianças no mesmo âmbito da medicina geral de adultos. Por que motivo então, se deverá na fase mais tardia da vida, tratar idosos no mesmo contexto quando de forma inegável são pessoas que reúnem um número de características específicas que os caracterizam numa fase específica do ciclo vital?

Ainda pegando no exemplo da pediatria, são reconhecidos e documentados os efeitos, nefastos, no desenvolvimento de uma criança (apesar de inúmeras capacidades adaptativas) o ser afastado da sua estrutura familiar e de toda a sua área de influência sem haver uma diferenciação adequada na sua forma de tratamento.

E a que, efeitos nefastos está um idoso sujeito durante um internamento hospitalar, quando é afastado da sua estrutura social e familiar?

Por isso, interessa perceber uma série de conceitos a ter em conta e que forçosamente terão de ser no mínimo abordados no melhor entendimento desta situação de internamento para o idoso:

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

- O idoso funcional
- O idoso doente com pluripatologia
- O idoso doente no hospital e o respectivo impacto funcional e psicológico.

### 2.1 O idoso funcional

O que é ser funcional? No decorrer de um dia dito normal existem uma série de actividades desenvolvidas por todos nós que nos permitem viver e assegurar a normal concretização de objectivos.

Comer, cozinhar, andar, subir escadas, cuidar da própria higiene e do domicílio entre outras, são actividades que realizamos de um modo automático e muitas vezes sem pensar.

Habitúamo-nos desde cedo a confiar nas nossas capacidades e nos nossos sentidos para assegurar a realização destas tarefas de cariz básico, porém imprescindíveis ao nosso normal desempenho.

Tudo aquilo que nos afecta na nossa capacidade de realizar determinadas tarefas divide-se em dois grupos principais. Descritos por *Lawton e Brody* em 1969 pela primeira vez relacionada com idosos. Estes autores referem a funcionalidade do idoso como uma interacção entre dois conjuntos de factores.

As capacidades próprias do individuo e o meio próprio em que interage.

É apenas no relacionamento destas duas variáveis é que se pode fazer avaliação da funcionalidade do idoso.

São de forma categorizada, três níveis básicos de avaliação funcional (2)

- O desempenho de actividades sociais e ocupacionais;
- O desempenho de tarefas do quotidiano;
- O desempenho de tarefas relacionadas com os cuidados pessoais;

No primeiro nível estão incluídas todas as actividades de relacionamento social tais como falar com os vizinhos e ou familiares.

No segundo nível incluem-se todas as actividades do quotidiano e que incluem deslocar-se em transportes públicos ou conduzir, fazer compras, gerir o seu dinheiro e tomar a própria medicação.

No terceiro nível incluem-se as tarefas relacionadas com os cuidados pessoais.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

No entanto, a grande maioria dos autores centra a avaliação funcional em apenas dois tipos de indicadores:

-Actividades de vida diária (AVD);

-Actividades instrumentais de vida quotidiana (AIVQ);

Este segundo indicador não é facilmente avaliado em contexto hospitalar mas pode ser questionado junto do idoso e dos familiares a quando da sua história clínica e também são indicadores importantes da sua capacidade física, psicológica e cognitiva.

Porem não deve ser de uma forma ingénuo generalizado a novas situações propiciadas pelo actual estado clínico.

Deve sim, ter em conta que se um idoso está capaz de desenvolver as suas AIVQ, dentro do seu meio ambiente, as mesmas podem não ser capazes de ser reais noutros meios ambientes.

Por exemplo: Um idoso pode estar perfeitamente adaptado a viver na sua casa no seu bairro, onde já conhece os caminhos a percorrer com o seu carro, já conhece o dono da mercearia que por norma conhece os seus hábitos de compras e as suas rotinas e vai estar alerta para qualquer alteração que possa ocorrer.

Mas se esse idoso for deslocado do seu bairro e dos seus hábitos sociais ele vai com certeza ter dificuldades em operacionalizar as suas capacidades de adaptação ao novo meio.

Não vai conhecer, os caminhos por onde conduzia habitualmente, corre maior risco de se perder e com facilidade deixará de se sentir activo e capaz, conduzindo assim, a comportamentos desajustados do meio ambiente e considerados pouco normais, tendencialmente depressivos, com todas as consequências que daí podem vir a ocorrer.

A grande importância de avaliar a funcionalidade do idoso prende-se com isto mesmo. Com o compreender até que ponto uma situação de uma nova patologia pode interferir com toda a sua normal dinâmica e até que ponto aquela pessoa independente, sem constrangimentos vai ter capacidade daí para a frente, de realizar novas tarefas relacionadas com a nova situação. Por exemplo, no caso de um diagnóstico de diabetes inaugural que necessite de controlo diário de glicemia, muitos são os doentes que se sentem incapazes de realizar a picada no dedo, para já não falar nas dificuldades de implementação de novas dietas alimentares.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Daí ter sempre em conta que um internamento a nível hospitalar implica numa mudança abrupta de ambiente e que o mais adaptado dos idosos vai sentir impacto a nível da sua capacidade funcional.

### 2.2 O idoso doente

A existência de doença não é sinónimo de velhice, logo a velhice também não significa forçosamente sinónimo de doença. Contudo, na base deste silogismo dos tempos da filosofia antiga deve ficar a ressalva de que é com o aparecimento do envelhecimento que podem surgir as primeiras manifestações de incapacidade e de ausência de saúde. Há uma diferença entre o que é normal e o que é frequente nos idosos.

Doenças como hipertensão ou diabetes, apesar de mais frequentes com o aumento da idade, não se podem considerar normais pois são processos não fisiológicos. (2) Mas podem ser considerados factores de envelhecimento secundário pelas alterações que podem provocar.

Importa por isso distinguir envelhecimento primário como processo fisiológico normal decorrente da idade e envelhecimento secundário, como processo desencadeado por condicionantes tóxicos, alimentares, ambientais, depressivos e de stress secundários á idade mas que são determinantes condicionadores de patologias de que importa distinguir entre patologias agudas e crónicas, tendo em conta que a maioria dos idosos tem pelo menos uma doença crónica, e que nem sempre, apesar disso, o idoso se considera doente.

Ou seja, interessa assim, nesta sequência de raciocínio atribuir o real peso que a doença tem na vida do idoso.

Por exemplo, desde que devidamente medicado e compensado, a hipertensão não terá um peso atribuído maior que o da toma de um comprimido ou dois. Mas associado a isto alguma alteração a nível sensorial que dificulte o abrir o involucro ou do frasco da medicação, sem ninguém que preste apoio nesta simples tarefa, já poderá criar alguns tipos de problemas nomeadamente na toma da medicação a tempo e horas.

“*Lichtenberg, MacNeill e Mast* afirmam existir uma correlação directa entre comorbilidade e a capacidade funcional. Mas para avaliar esse impacto, há que ter em conta que a forma como a pessoa reage á doença varia de acordo com factores

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

individuais, características das situações e factores ambientais nos quais está incluída a rede social” (2)

Na grande maioria dos idosos, as doenças músculo esqueléticas estão no topo da lista das origens de incapacidade funcional.

Artrites, fractura do colo do fémur, entorses entre outras são alguns dos exemplos incapacitantes dos idosos e que acabam por ser a origem de muitos problemas na capacidade de funcionamento dos idosos e propiciadores de situações de depressão e alteração cognitiva por alterações a nível da capacidade de controlo.

E quando a maioria dos idosos encontra na capacidade de controlo acerca da sua vida e meio que os rodeia, uma forma de manterem o seu bem-estar. (20)

Facilmente se percebe, que quando esse controlo é perdido, rapidamente há um declínio da sua capacidade funcional associada a tendências depressivas.

Existe bem-estar para o idoso em manter a sua capacidade de controlo sobre si e o meio que o rodeia e que nessa capacidade intervém mecanismos de resiliência que importam estudar e perceber caso a caso.

“*Ryff, Singer, Love e Essex* pretendem explicar a resiliência como um processo dinâmico através do estabelecimento de conexões entre factores protectores a nível sociológico, psicológico, relacional e biológico.” (21)

Dentro dos factores sociológicos destacam-se capacidade económica e educacional, dos psicológicos, características próprias de personalidade e mecanismos de adaptação intrínsecas e dentro do relacional e biológico inclui-se a rede de suporte social e biologicamente as características do sistema imunitário e mecanismos de homeostasia.

De forma resumida, podemos dizer que há uma diferença substancial entre ter uma doença e estar incapacitado.

Grande maioria dos idosos tem doenças crónicas que não são necessariamente incapacitadoras ao seu normal funcionamento e mesmo quando a idade implica no aumento da frequência de determinadas doenças, não quer dizer por isso que ser idoso é ser doente.

### **2.2.1-A pluripatologia**

A pluripatologia surge à partida como uma das características principais do idoso.



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Como já foi referido anteriormente, na sua maioria os idosos a partir dos sessenta e cinco anos, apresenta pelo menos uma doença com características crónicas.

Porém, nem sempre essas doenças chegam a ter um efeito particularmente incapacitador, pois ao longo da sua vida essas doenças vão surgindo de forma gradual permitindo ao indivíduo que se vá adaptando a pouco e pouco às suas características de acordo com os seus níveis próprios de resiliência.

Muitas vezes essas patologias só acabam por ser problemáticas durante uma fase de agudização ou de outra situação como por exemplo uma queda ou uma infecção oportunista, que conduzirá o idoso ao hospital e a um consequente internamento.

”A ocorrência de múltiplas patologias no idoso é uma constatação da prática diária dos médicos que exercem actividade hospitalar nos nossos dias e encontra suporte nalguns trabalhos de investigação publicados noutros países” (22)

E é nesse internamento que acabamos por perceber o desafio que a existência de diversas patologias impõe ao profissional de saúde.

Situações de internamento reconhecidas como banais em indivíduos adultos jovens, acabam por provocar no idoso situações de autêntico drama pessoal, familiar e social. Para o profissional de saúde, não especializado nesta área, também é difícil saber e prever como se pode lidar com estas situações de forma a impedir que ocorram situações de delírio e perda de autonomia em idosos que entraram nas unidades hospitalares pelo próprio pé. (5)

A verdade é que o salto quantitativo em termos demográficos da população idosa, não se fez acompanhar na mesma proporção pelas capacidades do sistema nacional de saúde nem tão pouco pela formação base ou até mesmo especializada dos seus profissionais.

“Os doentes que procuram hoje os Centros de Saúde ou os serviços de urgências e que são internados nos hospitais, são muito mais idosos que há cinquenta anos atrás.” (5) E é logo à entrada dos serviços de urgência que a problemática da pluripatologia, também associada à polimedicação, deve ser tida em conta.

Não há nos sistemas de triagem vigentes, uma análise concreta de toda esta especificidade pelo que os idosos acabam por ficar horas à espera de serem atendidos levando muitas vezes a complicações decorrentes de outras situações associadas não directamente relacionadas com a que concretamente os levou a recorrer aquele serviço de urgência.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Um exemplo prático é o caso das infecções urinárias que por um mecanismo de aumento das citocinas resultantes do processo inflamatório levam o idoso à urgência por alterações do estado de consciência e que trazem outras situações como por exemplo desidratação e insuficiência renal que associado a antecedentes de doença arterial pode conduzir situações como o enfarte agudo do miocárdio ou alterações cognitivas permanentes.

Em sumula: A pluripatologia é um fenómeno cada vez mais presente no idoso, e directamente proporcional em relação à progressão exponencial da idade. O número de patologias aumenta com a idade e conseqüentemente o tempo de internamento acaba por ter um efeito nefasto, directo no agravamento de situações clínicas prévias à situação aguda que motivou o internamento.

Também na iatrogenia existe um risco aumentado, nestes casos, pelo fenómeno da polimedicação tal como se comprova, num estudo recente (2010) em que foi identificado pela professora Maria Augusta Soares, da faculdade de farmácia da Universidade de Lisboa, que 37% da População Idosa Portuguesa toma pelo menos um fármaco inapropriado (5).

E que importa ter em conta logo no momento da admissão do idoso na urgência e nas seguintes decisões que daí em frente serão tomadas.

### **2.2.2- O impacto funcional**

Todo e qualquer componente que se manifeste diferente do usual é fomentador para qualquer indivíduo de factores de stress e conseqüentemente fonte de ansiedade medo e angústia.

Por isso, não é difícil de entender que peso terá em termos de alteração dos padrões de comportamento para os idosos um processo de internamento hospitalar.

De um modo geral, o ambiente hospitalar, é por norma um ambiente de cariz biomédico onde actualmente, estão presentes altas tecnologias de diagnóstico e tratamento com aspecto desconhecido e potencialmente agressor.

Não devemos esquecer, também, que de um modo geral para o idoso a ideia de internamento ao longo da sua vida só teve dois significados ou cura ou a morte e que, perante esta dualidade de probabilidades não semelhantes mas reais, não é difícil

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

entender que sentimentos se desenvolvem sempre que se torna necessária a hospitalização.

Mas a questão mais importante é: Que impacto físico se pode esperar de um internamento a um idoso?

Normalmente esperar-se-ia que se conseguisse tratar a doença que o levou ao internamento e o mais rapidamente possível.

Feito o antibiótico adequado para esta ou para aquela infecção, ou a estabilização desta ou daquela fractura ou tratada aquela coronária que provocou aquele enfarto do miocárdio, seria de esperar perante o profissional que tratou daquele utente o seu rápido restabelecimento e a sua consequente alta para o domicílio.

Mas na realidade o que se verifica é que o mesmo utente com a infecção respiratória submetido a antibiótico acaba por desenvolver algum tipo de hepatotoxicidade ou que depois de operado a uma fractura do colo do fémur desenvolve uma pneumonia secundária à permanência no leito ou ainda depois de ter a sua coronária revascularizada acaba a fazer hemodiálise por não conseguir dar conta do contraste necessário ao procedimento diagnóstico e terapêutico. São tudo situações altamente frustrantes para o profissional mas expectáveis em termos geriátricos.

Ter sempre em conta que um internamento é potencialmente perigoso para um idoso é ter em conta que se corre riscos éticos de se utilizar esse factor como desculpa para não tratar pessoas. Mas é essencialmente para ter em conta que a população idosa tem especificidades que não devem ser descuradas nem generalizadas a todos os utentes.

A relação entre internamento, envelhecimento e doença não se encontra amplamente estudada, porém, do ponto de vista empírico *Creditor* em 1993 sistematizou alguns pontos que não se podem ignorar. (23)

- Há uma redução do volume total de água do organismo e dos normais volumes plasmáticos deixando o idoso vulnerável á desidratação
- O internamento para o idoso pode significar maior administração de sedativos e antipsicóticos (pelo processo de delírio que muitas vezes se instala) e de quedas por desorientação e alteração sensorial.
- Maiores períodos de permanência no leito levam a uma redução superior à perda já esperada de 5% do total de massa muscular do idoso.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

- Há redução da capacidade ventilatória também pelo tempo de permanência no leito, em valores superiores aos normalmente esperados com acúmulo de secreções e risco de pneumonias de estase.
- No caso das mulheres idosas em especial há um processo de desmineralização óssea acentuada quer pela permanência no leito quer pela pouca mobilidade, elevando um risco acrescido de fractura.
- Com o processo de envelhecimento há uma alteração fisiológica da pele que a torna mais fina e menos vascularizada, potenciando o risco de úlceras de pressão perante agentes agressores como sejam a incontinência, a colocação de arrastadeiras ou a permanência em cadeiras ou camas por longos períodos.
- Há maior incidência de casos de incontinência. Se por um lado já existe uma alteração fisiológica, esperada a nível muscular dos esfíncteres, que acaba por ser compensada no domicílio por estratégias adquiridas ao longo do tempo. No hospital essas estratégias não podem normalmente, ser aplicadas quer seja pela altura da cama e do medo de cair quer seja pelas alterações sensoriais que se tornam problemáticas em ambiente estranho.

Todos estes factores, em conjugação, podem ser indiciadores de uma série de complicações só por si associadas ao internamento e que sem forma de dúvida poderão comprometer a qualidade de vida do idoso em termos futuros no momento da alta e posteriormente no retomar das suas normais actividades quotidianas.

*Tierney, Closs, Hunter e MacMillan* em 1993 identificaram um declínio nas actividades instrumentais de vida quotidiana em cerca de trinta e quatro utentes na sequência de internamentos hospitalares superiores a quinze dias e posteriormente a em entrevista domiciliar verificou-se uma dificuldade na realização de tarefas como fazer chá ou café ou realizar pagamentos. (24)

Este tipo de situação não pode passar despercebidas ao profissional de saúde que cuida de idosos e, deve por isso, estar ciente dos riscos de um internamento para o idoso tendo sempre em conta a seguinte questão:

Será que o internamento faz bem à pessoa ou à doença? (2)

### 2.3.3- Impacto psicológico

Genericamente, não é possível deixar de referir o internamento hospitalar, seja em que idade for, como um factor de stress potencialmente traumatizante.

Seja a questão de ser deslocado do seu ambiente seja o simples facto de estar desprovido do bem-estar que a própria saúde proporciona, o que é um facto é que estar hospitalizado é fomentador de inegável impacto psicológico.

*“As quatro canções que seguem  
Separam-se de tudo o que eu penso,  
Mentem a tudo o que eu sinto,  
São do contrário do que eu sou” (25)*

Nas palavras de Fernando Pessoa, é visível a angustia dos sentimentos vividos durante um período em que se viu desprovido de saúde. Nos versos de Alberto Caeiro não é difícil adivinhar a ambiguidade entre a realidade de estar e sentir o que é estar doente.

E para o Idoso? Já de si fragilizado por toda uma condição fisiológica natural, à qual o tempo foi criando truques para se adaptar, vê-se de repente desprovido de toda a sua logística, sábia e lentamente adquirida, para se encontrar num meio onde se sente hostilizado por uma série de estranhos que não lhe dão tempo sequer para perceber o que se está a passar.

Uma das principais manifestações deste impacto e muito recorrente a nível hospitalar, surge sobre a forma de delirium (e não delírio como muitas vezes se designa) em que o doente apresenta um quadro de desorientação e agitação que se instala de forma súbita.

Num estudo realizado em três unidades de internamento de um hospital geral, verificou-se uma prevalência de 13,3% de síndromes confusionais em pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos (26)

È frequente utentes idosos perfeitamente integrados socialmente sem qualquer evidência de declínio das suas funções de um momento para o outro ficarem com este

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

estado confusional, que surge de forma quase inexplicável. E mais frequente ainda é serem diagnosticadas perante este quadro, outras situações similares tais como a demência ou a depressão.

Mas deve-se ter em conta que, não é fácil, sem conhecimento prévio do estado do doente e da sua história, fazer um diagnóstico diferencial entre Delirium, delírio e demência.

São situações que podem ocorrer em simultâneo e afectam de um modo geral a área mental. A grande diferença ocorre em termos de percurso clínico.

A demência tem uma progressão prolongada no tempo e um aparecimento insidioso e relativamente lento com evolução para a cronicidade enquanto o Delirium tem um aparecimento agudo e se devidamente diagnosticado pode inclusive ser reversível.

Deve-se também ter em conta que entre essas causas estão deslocações geográficas (muitas vezes só entre quartos), alterações de hábitos de vida ou ritmos horários, exposição a ruídos estranhos e alteração das relações pessoais (27) e, que nenhuma destas causas é alheia à hospitalização.

Outras causas orgânicas muito comuns à maioria dos idosos são: desidratação, infecção, hipoxia, hipertermia, iatrogenia medicamentosa, e suspensão repentina de medicamentos.

Dai, para todas elas, a grande importância do conhecimento prévio acerca do idoso e obviamente de uma história clínica bem-feita.

## **CAPITULO III**

### **3-Indicadores de prognóstico no Idoso**

A tarefa de realizar o prognóstico de uma determinada doença é essencialmente do médico.

Requer perícia e muita experiência profissional para o realizar convenientemente, em conjunto com os diversos instrumentos de diagnóstico disponíveis.

Quando é solicitado, na grande maioria dos casos as pessoas pretendem saber em termos de tempo quanto tempo lhes resta. No entanto, as questões de prognóstico podem ser muito mais amplas do que isso chegando a dar uma eficaz previsibilidade do aparecimento de sinais e sintomas, que podem interessar controlar à medida que vão aparecendo.

É no contexto efectivo dos cuidados paliativos, que o prognóstico clínico se reveste de particular importância, para fazer um acompanhamento eficaz seja do doente seja da família e, até mesmo para uma adequada gestão de recursos.

Por isso mesmo a grande maioria de estudos acerca deste assunto, se baseia de um modo geral em doentes com doença terminal de um modo geral neoplásicos com evolução prognóstica linear atribuindo a todos os doentes com previsibilidade de morte até um ano a designação de doente terminal.

Mas, e se transpusermos esta necessidade de prognóstico para a realidade do idoso? Já vimos anteriormente que ser idoso não é sinónimo de ser doente mas e se não houver uma doença associada, que prognóstico será possível fazer?

Se tivermos um idoso com 100 anos sem incapacidade funcional e sem referência a doenças limitantes, em princípio não haverá necessidade de fazer um prognóstico, mas por outro lado também não é expectável que a sua esperança de vida seja superior a mais que um ou dois anos, embora não seja impossível de acontecer. Deverá por isso ser sujeito aos mesmos procedimentos invasivos e diagnósticos que outro doente qualquer ou deverá ser tida em conta a sua idade e o seu estado funcional?

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Que mecanismos e indicadores estão disponíveis para realizar um adequado prognóstico nestes casos? E até que ponto pode até ser perigoso fazê-lo do ponto de vista ético?

Os indicadores de prognósticos estudados e disponíveis para os doentes terminais associam-se a uma série de acontecimentos que são decorrentes da evolução da doença. Não sendo todos necessariamente de relevância diagnóstica são indicadores de prognóstico que permitem dar previsibilidade à evolução dos acontecimentos e, são devidamente referidos na mais diversa literatura científica referente à acuidade prognóstica em doentes terminais:

- Baixa actividade
- Limitação do autocuidado
- Declínio Físico
- Diminuição de resposta a tratamentos activos e a dificuldade de decisão na escolha de tratamentos.
- Perda de peso
- Quedas
- Internamentos de repetição
- A questão surpresa (29)

A presença destes indicadores num idoso é seguramente uma forma de identificar se estamos ou não perante um doente geriátrico terminal

### 3.1- A questão surpresa

A questão surpresa é a primeira das questões que nos fazemos quando nos deparamos com um doente e precisamos de realizar o prognóstico.

*“Three triggers that suggest that patients are nearing the end of life are:*

1. *The Surprise Question: “Would you be surprised if this patient were to die in the next few months, weeks, days?”*
2. *General indicators of decline-deterioration, increasing need or choice for no further active care.*
3. *Specific clinical indicators related to certain conditions. (29)*



O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

("Três pontos que sugerem que os doentes estão a chegar ao fim da vida:

1. A Pergunta Surpresa: "Você ficaria surpreso se este doente falecesse nos próximos meses, semanas, dias?"

2. Indicadores gerais de declínio deterioração, aumentando a necessidade ou a escolha para não realizar mais cuidados ativos.

3. Indicadores clínicos específicos relacionados a determinadas condições.)

É apenas uma questão inicial que deve ser tida em conta antes de se avançar para os pormenores que acabarão por definir se o doente é um doente terminal ou não.

Baseia-se apenas em dados intuitivos mas a partir dos quais o profissional avança para definir e compreender se a resposta à questão surpresa é positiva ou negativa.

"Será que ficaria admirado se este doente falecer dentro de alguns meses, algumas semanas ou dias?"

Consoante o tipo de resposta atribuída pode assim o profissional definir todos os condicionantes que poderão levar ao adequado prognóstico e adequados procedimentos.

*"For patients with advanced disease of progressive life limiting conditions - Would you be surprised if the patient were to die in the next few months, weeks, days?"*

*-The answer to this question should be an intuitive one, pulling together a range of clinical, co-morbidity, social and other factors that give a whole picture of deterioration.*

*If you would not be surprised, then what measures might be taken to improve the patient's quality of life now and in preparation for possible further decline?"(29)*

("Para os doentes com doença avançada em condições de vida progressivamente limitadas - Você ficaria surpreso se o doente morresse nos próximos meses, semanas, dias?

-A resposta a esta pergunta deveria ser uma coisa intuitiva, reunindo uma série de situações clínicas, co-morbidade, questões sociais e outros fatores que dão um quadro completo de deterioração. Se você não ficar surpreso, então quais medidas que podem ser tomadas para melhorar a qualidade de vida do doente agora, antecipando uma queda do seu estado possivelmente maior? ").

E se aplicarmos de maneira dita académica, esta questão perante o idoso com cem anos de idade?

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Mesmo que o seu estado de saúde seja perfeito, e ainda que não manifeste grandes evidências de declínio físico, não podemos afirmar que será uma surpresa se ele falecer no espaço de um ano... a ausência de outros factores não pode por si só negar esta possibilidade.

A condicionante da sua idade e a evidência estatística da existência de poucos humanos com mais de cem anos só por si é indiciadora de que aquele idoso terá pouca probabilidade de ir muito mais além.

Mas será assim a idade, enquanto factor isolado, só por si suficiente para decidir os procedimentos que serão adequados ou inadequados a esta pessoa?

Se no campo das hipóteses o mesmo idoso de cem anos desenvolver insuficiência renal e necessitar de transplante renal, dificilmente terá essa possibilidade equacionada, sem causar qualquer tipo de constrangimento, pois nesse caso, a idade só por si limita essa acção.

Mas sem estarmos perante outros indicadores gerais de prognóstico será realmente lícito fazê-lo?

O que também implica na obrigação de ver a questão da forma inversa, estando perante a consciência empírica de que aquela pessoa terá baixa probabilidade de ultrapassar mais um ano de vida será lícito submetê-la a procedimentos penosos e arriscados que causarão mais sofrimento do que benefício?

Será realmente importante descobrir a causa de uma anemia persistente através de colonoscopias e endoscopias, quando o doente até convive bem com essa situação?

Se não houver este interrogar da questão surpresa, não será difícil perceber que o doente poderá ser observado e estudado até à exaustão e, provavelmente terá elevada probabilidade de acabar por falecer em sofrimento em vez de uma forma natural.

### **3.2-Baixa actividade**

Entende-se baixa actividade como uma crescente incapacidade para a realização das suas actividades de vida diária.

Da saúde e do bem-estar do indivíduo depende a sua capacidade de se conseguir movimentar de modo adequado.

Muitas são as funções do organismo que se encontram dependentes da manutenção e coordenação dos movimentos. A prevenção de trombo embolismos pela movimentação

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

activa dos membros inferiores, as devidas expansões das capacidades pulmonares através da amplitude dos movimentos respiratórios, o estímulo de apetite ou a prevenção da osteoporose são exemplos clássicos dos benefícios da manutenção de actividade, para já não falar do défice de estímulo sensorial e mental pela impossibilidade de se deslocar.

Por isso, não será despropositado incluir este item como um factor a ter em conta no correcto prognóstico de um doente idoso.

Períodos diários de imobilidade superiores a 50% do tempo são um indicador secundário de prognóstico, quando associados a um aumento progressivo de necessidade de ajuda na realização actividades de vida diária. (29)

Estar acamado ou sentado na maior parte do dia, implica numa série de complicações associadas, relacionadas com circulação sanguínea e linfática sendo de prever o aparecimento de úlceras de pressão e de complicações infecciosas.

O índice de Barthel (Anexo I) é exemplo de um bom indicador do declínio de actividade diária e, deve ser utilizado como ponto de referência na avaliação adequada de um idoso desde o seu internamento até ao momento da alta. Com ele é possível avaliar este indicador de forma rigorosa e, programar a evolução do doente de acordo com a sua actividade física.

### **3.3-Limitação do autocuidado**

A limitação do auto cuidado insere-se numa série de característica definidas do dia a dia do idoso e que podem ser avaliadas através de observação simples com aplicação directa de índices de avaliação, como por exemplo o índice de Katz (Anexo II) que é de fácil utilização e que permite de uma forma rápida em pequenas questões avaliar a real capacidade que o idoso ainda domina nas suas actividades de auto cuidado, como por exemplo, ir á casa de banho, vestir-se com ajuda ou sem ajuda.

A utilização deste tipo de índices é de grande importância para avaliar o grau de dependência de um idoso e, com maior rigor definir, em que funções poderá vir ser ajudado.

Não é uma prática corrente, a avaliação da capacidade funcional de um indivíduo. A aplicação de escalas ainda está pouco divulgada no nosso país e de um modo geral

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

não são utilizadas, excepto na consulta de geriatria do Hospital Pulido Valente, apesar da sua comprovada importância na avaliação de um idoso na sua globalidade.

“A avaliação da funcionalidade pessoal no âmbito da prática clínica em cuidados de saúde primários não tem sido objecto de estudos sistemáticos no nosso país; a capacidade funcional, nas suas várias dimensões, é um dos aspectos mais importantes quer para avaliar necessidades quer para avaliar resultados da prestação de cuidados de saúde, especialmente nas pessoas idosas; a medição de capacidade funcional só é viável na prática clínica diária se dispusermos de instrumentos simples e de fácil aplicação.” (28)

A limitação do auto cuidado insere-se assim, como um indicador de declínio que serve de pista ao normal curso da expectativa de vida.

Não sendo prioritário em cuidados paliativos prever o tempo de vida, é porém prioritário ser capaz de antecipar as necessidades do indivíduo ao longo do normal curso do seu estado de saúde, de forma a suprir essas necessidades de uma forma razoável e racional.

*“Predicting needs rather than exact prognostication. This is more about meeting needs than giving defined timescales. The focus is on anticipating patients’ likely needs so that the right care can be provided at the right time. This is more important than working out the exact time remaining and leads to better proactive care in alignment with preferences”.* (29)

(“Prever as necessidades, em vez de um prognóstico exato. Este é mais sobre as necessidades do que dar prazos definidos. O foco é a antecipação das necessidades prováveis dos pacientes de forma a que o cuidado certo possa ser fornecido no momento certo. É mais importante do que trabalhar o tempo exato restante e leva a melhor atendimento pró-ativo em alinhamento com as preferências”).

Por exemplo, se um determinado idoso autónomo começa a perder a capacidade de realizar pequenos cuidados de higiene como pentear-se ou ter a percepção de que a roupa necessita de ser mudada, é indicativo de uma perda da sua capacidade funcional que pode ser corrigida ou rapidamente colmatada, prevenindo que outros défices poderão vir a caminho.

As escalas, “*Karnofsky Performance Status*” (Anexo III) ou a “*WHO/ECOG Performance Status*” (Anexo IV), têm sido usadas em doentes com patologia terminal e

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

têm sido instrumentos valiosos na previsão da evolução da situação clínica da pessoa e devem ser usados na avaliação do doente idoso em geral.

### **3.4-Declínio Físico**

A palavra declínio só por si induz no significado de regressão a um plano inferior e quando lhe associamos a palavra, físico é fácil intuir que estamos perante a perda de capacidades físicas.

Podem ser progressivas associadas ao processo de envelhecimento, ou predispostas por um processo de patológico, ou acidental, mas de um modo geral o declínio físico pode ser identificado em cinco vertentes básicas: Funções muscular, cardiovascular, pulmonare e capacidade física e metabolismo. (30)

Na função muscular vamos encontrar alterações de declínio a nível da força isométrica, concêntrica e excêntrica a partir dos quarenta anos com particular acentuação a partir dos sessenta e cinco a setenta anos e mais a nível dos membros inferiores sendo um importante fomentador de incapacidade funcional e conseqüentemente da mortalidade. O equilíbrio e a resistência muscular à fadiga alteram-se e associadas a restrições ambientais são causa de quedas e de outras situações potencialmente nocivas ao idoso.

O tempo de reacção está aumentado, em contraste com a diminuição da velocidade de movimentos simples e repetitivos e por outro lado, a flexibilidade e o movimento articular tornam-se progressivamente dolorosos com especial incidência a partir dos setenta anos, com risco aumentado de lesões e quedas.

A função cardiovascular apresenta-se com diminuição do volume sistólico e do débito cardíaco, assim como, da variabilidade da frequência cardíaca em resposta ao esforço. Há perda da capacidade vasodilatadora das principais artérias e conseqüentemente aumento da pressão arterial e do esforço cardíaco com aumento considerável do risco de doença vascular crónica.

A nível da função pulmonar, a perda de elasticidade da parede torácica e do pulmão e a diminuição da força dos músculos respiratórios em conjunto com a diminuição do número de alvéolos disponíveis são indicadores de uma provável deficiência de troca

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

gasosa com aumento dos volumes residuais e défice de capacidade respiratória. A nível da capacidade física funcional, a redução em cerca de 9% de utilização de oxigénio por década é indicador da diminuição da capacidade de reserva funcional. (30)

”O consumo de oxigénio máximo é um indicador da reserva funcional e a sua diminuição é um factor de risco de doença e mortalidade” (30)

A deambulação está diminuída em termos de velocidade e de um modo geral há redução da amplitude dos passos, a capacidade de subir escadas está diminuída pela diminuição da capacidade muscular e da coordenação motora.

Em termos de altura/peso, estima-se que se perca cerca de um centímetro por década a partir dos quarenta anos, pela compressão vertebral na mesma proporção em que o peso aumenta progressivamente.

Este factor é particularmente importante pois os índices de massa corporal podem de uma forma discreta mascarar a perda de massa muscular, pelo que qualquer perda de peso no idoso é de uma forma geral indicador de uma patologia grave.

Também, associado à perda de peso se podem encontrar as perdas de densidade óssea, mais acentuadas nas mulheres após a menopausa constituindo um risco agravado de fracturas.

Concluindo: várias são as pistas disponíveis numa avaliação criteriosa de um idoso em termos declínio físico e que podem ser indicadores para um prognóstico eficaz desde que devidamente considerados no contexto clínico do mesmo.

### **3.5-Diminuição de resposta a tratamentos activos e a decisão de suspensão de tratamentos**

Incluído nos indicadores gerais de prognóstico, a diminuição de resposta a tratamentos activos surge numa fase avançada das doenças terminais. Fruto da diversidade de complicações associadas e da perda de capacidades fisiológicas de resposta aos tratamentos, acaba por gerar dificuldade na opção de escolha de medicamentos e tratamentos, verificando-se uma progressiva diminuição da eficácia de resposta em termos de tratamentos activos.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

A função renal reduzida, acaba por ser contra indicação para a administração de determinados antibióticos, assim como, a administração de soros pode agravar uma situação de insuficiência cardíaca.

Por outro lado, a administração de cardiotónicos chega a extremos de perda de capacidade de resposta por falta de reserva cardíaca. O fígado deixa de ter capacidade de metabolização levando a situações agudas de intoxicação medicamentosa por aumento das acções secundárias dos fármacos.

Este é o momento em que o profissional de saúde se depara com a falta de resposta aos tratamentos activos e em que se depara também, com a decisão de ter de os parar por falta de opção na relação qualidade de vida/tratamento da doença.

“Numa gestão global e equilibrada dos tratamentos, em que se medem riscos e benefícios, impõem-se regimes terapêuticos simplificados, que possam cobrir vários sintomas simultaneamente e em que a medicação destinada a prevenção de situações a médio-longo prazo seja suspensa”. (31)

Onde está a licitude desta acção de suspensão de tratamentos? Do ponto de vista ético não é aceitável discriminar alguém devido a factores isolados como por exemplo a idade ou alterações cognitivas pelo que o tratamento não será de todo negado. Mas numa avaliação realista de todo o quadro também não será aceitável impor determinados tratamentos, que serão mais promotores de sofrimento do que de bem-estar.

Na avaliação das perspectivas de tratamento, enquadra-se aqui a decisão de tratar a pessoa em detrimento de uma batalha inglória, contra o desfecho anunciado, que é a morte.

Por exemplo, no tratamento de pneumonias a pessoas com demência. Existe bastante controvérsia na real indicação de administração de antibióticos.

*“We did not specify this, but the physicians may have feared these patients would be cured of the pneumonia at the cost of a decreased general condition. The occurrence of pneumonia may as been used as a opportunity to let de patient die a natural death. The pneumonia may have been seen as the old man’s friend.”* (32)

(“Nós não especificamos isso, mas os médicos podem ter receio de curar estes doentes da pneumonia, com o custo de uma condição geral diminuída. A ocorrência de pneumonia pode até ser usada como uma oportunidade de deixar o doente morrer de morte natural. A pneumonia pode até ser vista como um amigo do homem velho. ”)

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Mas a verdade é que mesmo em contexto paliativo, a administração de Ceftriaxona, enquanto antibiótico de última geração está indicada para controlar a produção de secreções mucopurulentas e, conseqüentemente reduzir a necessidade de aspiração das mesmas, que obviamente é um processo produtor de desconforto para o doente terminal.

Resumindo; quando o profissional de saúde se depara com a situação de não ter efectividade prática, a administração de terapêutica curativa, não deve por isso suspender o investimento na pessoa.

Esta fase deve ser entendida como mais um indicador de que o doente se encontra em declínio franco das suas capacidades físicas e que naquele momento tem de ser reavaliada toda a situação preservando os princípios éticos e adequando a intervenção ao estado geral do doente.

Não é o momento para parar, mas sim para reorganizar a estratégia perante o quadro global e, realizar a decisão de reajustar os tratamentos suspendendo uns e iniciando outros.

Este é o ponto em que pode ficar definido, que a intervenção do ponto de vista curativo não tem mais sentido e que neste momento interessa virar os recursos disponíveis para a pessoa e não para a doença.

### **3.6-Perda de peso**

No decorrer do envelhecimento, a perda de peso e de massa ponderal, é um factor assumido e aceite como natural e fisiológico.

Existe evidência de perda de massa muscular e óssea e, como tal, a diminuição do peso está perfeitamente documentada enquanto parte do processo de envelhecimento. Mas não é por isso que vamos designar que um idoso está terminal, apenas por apresentar perda de peso gradual.

A situação torna-se alarmante sim, se essa perda de peso se torna abrupta, acompanhada ou não pela perda de apetite, com repulsa á ingestão de alimentos. A expressão popular designada de “Idoso caquético”, traduz uma situação de emagrecimento extremo designada de síndrome de anorexia/caquexia.



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Trata-se de uma situação de malnutrição extrema que é vulgarmente encontrada em doentes em situação terminal. Na maioria destes casos, a situação não é reversível com a simples alimentação forçada, continuando o doente a perder peso num processo de autoconsumo.

A anorexia está associada ou não. Mas de um modo geral o idoso manifesta uma recusa considerável em alimentar-se, que pode ser indiciada por alterações fisiológicas como infecções, neoplasias ou insuficiência renal.

*“The elderly are at increased risk for diseases that cause cachexia, such as chronic urinary tract and other infections, decubitus ulcers, and malignancies. As a result, they often develop elevated resting metabolic rates, and accelerated loss of BCM. If untreated, this cachexia can progress to anorexia, decreased intake, and overt wasting as loss of mass from all body compartments develops”.*(33)

(Os idosos tem um risco aumentado para doenças que causam caquexia, como as infecções crónicas do trato urinário e outras infecções, úlceras de decúbito, e doenças malignas. Como resultado, eles muitas vezes desenvolvem elevadas taxas metabólicas de repouso e aceleram a perda de BCM. Se não tratada, esta caquexia pode evoluir para anorexia com diminuição da ingestão e perda manifesta de massa de todos os compartimentos do corpo)

Estas situações de desarranjo metabólico são reguladas por uma série de peptídeos designados de citoquinas e que desempenham um papel regulador da energia ingerida, sobre a forma de apetite, e do consumo energético.

Há também uma mobilização das proteínas e das gorduras por estímulo directo das citoquinas. (34)

As principais, manifestações desta síndrome, são: anorexia (recusa alimentar), astenia e a perda de peso acentuada que pode ir até 10% do peso habitual.

E depois associadas a estas temos palidez, edema dos membros inferiores, úlceras de decúbito alterações dentárias e atrofia muscular. (35)

Em sùmula: A perda de peso no doente terminal é um indicador importante na avaliação do seu prognóstico e no caso particular do idoso, interessa também diferenciar se se operacionalizou através de um processo gradual ou abrupto. Sendo abrupto pode ser indiciador de causas físicas como sendo infecções ou manifestações neoplásicas, até então dissimuladas.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Importa também perceber, se a presença de anorexia é causa ou efeito do quadro e, também perceber se há reversibilidade, ou se estamos perante uma situação que juntamente com o quadro geral do doente idoso indicia que se encontra já em fase terminal.

### **3.7-As quedas**

Normalmente, pouco valorizado, o historial das quedas é um indicador importante do estado geral do idoso e do doente terminal em geral.

Habitualmente traduz situações de fraqueza muscular, alterações sensoriais, ou alterações cognitivas.

Podem significar desde situações de desapoio familiar, a instalação de um quadro de fragilidade global, até situações de alterações ambientais que os idosos não conseguem adaptar às suas capacidades.

Patologias como insuficiência cardíaca, Alzheimer e Parkinson são frequentes causadores de quedas graves que acabam por precipitar o idoso para um internamento hospitalar onde posteriormente todo o quadro se vai degradar.

O registo de quedas e a consciência de que elas são um indicador de prognóstico em fim de vida, torna-se por isso um factor de elevada relevância na adequação de procedimentos ao idoso, pelo que todo o profissional deve estar atento ao desenvolvimento dos outros indicadores associados.

A utilização de algoritmos específicos, é uma ferramenta de grande utilidade e que pode ajudar o profissional a entender se estamos perante um caso pontual ou ao contrário uma situação recorrente que indicia uma série de outros problemas de saúde.

“ É fundamental que durante a colheita dos dados da história clínica do idoso, o médico investigue pormenorizadamente e em primeiro lugar o seu estado mental e no caso de ser normal, o seu grau de equilíbrio postural com os olhos abertos e fechados, a capacidade visual natural ou corrigida, o tipo de medicação que anda a tomar, a força muscular facilmente avaliada através de um simples aperto de mão, a postura na posição erecta, o tipo de calçado que usa etc” (36)

Mas mesmo que não seja uma situação indiciadora de estado terminal, não podemos descurar que a queda em si pode também ser o despoletar de todo um quadro, que acaba por induzir uma situação declínio físico, quer seja por motivar uma situação de

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

internamento quer seja por provocar toda uma situação de redução da mobilidade com todos os riscos associados.

Devidamente contextualizado o registo de quedas torna-se, por isso, um bom indicador de prognóstico que pode definir que a pessoa se encontra provavelmente em fase terminal.

### **3.8-Internamentos de repetição**

“Os internamentos de repetição” são outro dos fenómenos frequentemente observados em doentes que se encontram em fase terminal.

De um modo geral quando associados a outros indicadores, os internamentos de repetição, são indiciadores de declínio físico e de dificuldade em manter estável um determinado quadro clínico.

Pode ser fruto da pluripatologia associada ou de eventos acidentais como sejam as já referidas quedas ou outro tipo de acidentes.

Por exemplo, nas situações de insuficiência cardíaca, os internamentos de repetição indiciam fortemente um fim da linha em termos de processo terminal. Mesmo não sendo linear, pode-se concluir tratar-se do fim da reserva cardíaca ou da simples incapacidade do idoso se auto cuidar e, tomar os devidos cuidados com a sua doença. Pode haver também um processo de fragilidade instituído que indicia uma grande dificuldade em manter estável o idoso fora do internamento, não permitindo assim um eficaz retorno ao domicílio com a qualidade de vida situada entre o esperado e o razoável.

Além de tudo isto, há também todo um processo descrito a cada novo internamento, trata-se de um processo de isolamento e perda de autonomia crescentes, aliados ao medo e ao facto de se estar num ambiente estranho.

“A hospitalização é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva a sentimentos de isolamento, solidão e ansiedade. O medo da doença, um ambiente estranho e impessoal, o peso institucional, os procedimentos médicos, entre outros, são factores reconhecidamente geradores de stress.” (2)

A cada internamento, a repetição do processo vai acabar por induzir uma série de complicações, que em nada serão benéficas para a recuperação.

De particularidades diferentes, mas devidamente assumido como semelhante a um internamento, é também a necessidade de transferência para um lar de idosos onde

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

serão prestados os cuidados necessários a manter aquela pessoa com alguma estabilidade.

Porem, sem dúvida que os internamentos de repetição, pelo seu elevado significado, acabam por traduzir a proximidade da morte ou pelo menos da existência de um estado terminal.

### **IV- CAPITULO**

#### **4. Abstenção ou suspensão de tratamentos**

Quando o profissional de saúde é formado, adquire ao longo do processo de formação uma série de conceitos e conhecimentos que lhe conferem uma espécie de poder. Quando esse mesmo profissional está perante determinada situação, uma série de capacidade intuitivas associadas ao conhecimento científico adquirido, dão-lhe a percepção da compreensão dos fenómenos a que os seus doentes estão sujeitos e perante essa compreensão mobilizam então, mais conhecimentos que lhes permitem resolver a situação.

“(…) É nessa altura fundamental acreditar que aquilo que se estuda é a única forma de explicar a doença e promover a saúde” (37)

Porem, há limites impostos perante a ciência aos quais o profissional terá que fazer face.

“ A medicina tem limites...” é uma frase recorrente, ouvida em meio hospitalar, quando estamos perante uma situação da qual não se observa saída.

Mas também não é raro arrastarem-se situações de investimento terapêutico muito além daquilo que seria racional, apenas porque esse investimento está disponível.

O profissional vive uma situação de luta interna, como se assumir limites fosse assumir derrotas. E muitas vezes a falta de percepção desses limites, é o facto que acaba por criar em si uma derrota, pelo que podia ter sido feito e pelo que efectivamente foi feito. Perde-se tempo precioso a tentar curar o incurável, sujeitando de forma menos humana pessoas a procedimentos e tratamentos ineficazes.

Deve-se a determinada altura, repensar os objectivos, e assumir que o tratamento da pessoa terá de se sobrepor ao tratamento da doença.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

É então aí, que se entra no domínio do desconhecido.

Se nada fizer estarei a deixar a natureza seguir um curso natural que inevitavelmente acontecerá ou estarei a ser apenas negligente?

” Demasiadas coisas escapam ao nosso controlo: além de fazermos a nossa parte de maneira responsável temos de abordar o desconhecido com confiança.” (38)

Como decidir então?

A resposta encontra-se nas bases da medicina Hipocrática, identificada nos escritos mais antigos.

“Se um médico exige de uma arte poder que não pertence à arte, ou à natureza um poder que não pertence à natureza, a sua ignorância está aliada à loucura.... Só o médico que compreende os limites naturais e utiliza o seu entendimento para estabelecer limites sábios evita o erro da arrogância”. (39)

Não é, pouco frequente, os idosos doentes ficarem internados sujeitos a inúmeros exames e tratamentos que se revelam sem sentido à luz das suas condições físicas e mentais.

Nem sempre são tidas em consideração todas as variáveis e todos os indicadores de prognóstico.

A disponibilidade de tecnologia afasta um pouco a essência do cuidar da pessoa e lança-a numa catadupa de acontecimentos dolorosos que acabam por ser mais prejudiciais do que úteis.

Os custos com estas práticas acabam por se revelar enormes e ilusórios, dando uma ideia de uma capacidade quase ilimitada de se prolongar a vida.

“Mas, a grande maioria da população envelhecida é portadora de doenças crónicas, com necessidade de recurso a cuidados médicos prolongados. A incapacidade de curar as doenças crónicas e a necessidade de recurso a alta tecnologia aumentou muito os gastos com a saúde; a insatisfação dos desejos individuais, ao ver goradas as expectativas irrealistas de cura, saúde, beleza e imortalidade geram descontentamento e desconfiança.” (39)

E onde se encontra a linha que traça a diferença?

Como pode o profissional de saúde decidir se esta ou aquela prática, é passível de ser suspensa ou sequer iniciada?

Engane-se quem pensa, que apenas na classe médica este tipo de decisões está presente. Também entre as actividades de enfermagem, há um inúmero leque de

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

decisões autónomas a serem tomadas e que deveriam ter em conta as reais expectativas de recuperação do doente.

Por exemplo, num doente idoso com escaras de decúbito já em fase terminal e portanto sem perspectivas realistas de recuperação, é vulgar observarmos pela equipa de enfermagem diversos planos de cuidados extensos e elaborados que vão desde os posicionamentos frequentes com todos os protocolos e requintes, até à alimentação forçada por sonda nasogastrica, incluindo os dolorosos cuidados da mesma, assim como, as mudanças de adesivos e outros procedimentos.

A abstenção e a suspensão de tratamentos devem ser praticadas na mesma medida em que esteja presente futilidade nesses procedimentos. O direito a uma morte digna, vai mais além de ser alimentado á força e de ser mobilizado a cada trinta minutos, por mais doloroso que seja para o doente.

Passa sim por ser dado conforto e, por se encontrar um posicionamento no qual o doente se sintam bem e sem dores.

Resumindo, vale a pena iniciar um determinado tratamento se não houver evidência de se vir a revelar fútil. Mas no caso de se revelar ineficaz, deve ser interrompido a fim de não tornar um percurso que se quer natural, num processo longo e doloroso.

Sempre que haja evidência de que um determinado procedimento não traz qualquer tipo de benefício ao doente ele não deve ser iniciado.

Deve sim ser promovido o tratamento da pessoa, em detrimento do tratamento da doença, quando esta se encontra indiscutivelmente sem reais expectativas de cura.

### **4.1- Tratar e cuidar em medicina**

Os termos assemelham-se tanto que muitas vezes se sobrepõem nos objectivos de forma inocente.

O tratar de qualquer coisa pressupõe resolver um problema.

Por exemplo, tratar de assuntos leva de uma forma empírica à suposição de que esses assuntos vão ser resolvidos.

O cuidar implica uma manutenção, um ter cuidado com determinada coisa.

Uma mãe cuida dos filhos, fornece-lhes o carinho, suprime as suas carências imediatas e garante dessa forma o seu conforto.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

No entanto, aqui neste ponto, do conforto, ambos os conceitos criam uma intersecção. Quando tratamos, objectivamente em medicina, cuidamos, ou pelo menos tentamos atingir um estado em que o cuidar esteja incluído na resolução do problema.

“Com o seu desenvolvimento recente os objectivos da medicina tornaram-se em curar ou prolongar a vida, como disse acima. No entanto, estes objectivos não esgotam as necessidades das pessoas. A promoção da qualidade de vida e do conforto são também objectivos importantes e, muitas vezes, os únicos alcançáveis”.(40)

A recolocação do homem no centro do próprio universo, ao longo do século XVIII, ocorreu por uma transição subtil entre a preocupação com a saúde das almas para a preocupação pela saúde dos corpos. (41)

Essa preocupação levou a um desenvolvimento exponencial na prática da medicina criando um sentimento de ausência de limites. Todos os meios disponíveis deveriam estar sempre presentes na resolução dos mais variados casos clínicos. O tratar passou a ser a prioridade e, com a prioridade vieram uma série de acontecimentos agregados ao conhecimento e, ao ímpeto de vencer a doença e a própria morte.

O próprio limite da velhice, assumiu-se de forma subtil como transponível e a realidade do fim da vida, chegou a ser posta em causa como sendo geneticamente determinada.

Porem em todo o processo de tratar em que ponto fica o processo de cuidar?

Onde se pode situar, se é que se pode situar em medicina, a fronteira entre tratar e cuidar?

Certo é que podemos tratar e cuidar em simultaneamente e, que o objectivo de tratar pode-se inserir na perspectiva de cuidar, pois em si tratar uma determinada situação que causa sofrimento também é uma forma de promover o cuidar da pessoa.

Determinados tratamentos agressivos podem-se justificar se houver um real objectivo de cura e de devolver qualidade de vida. Porém também no conceito de qualidade de vida, há situações em que não se pode falar dela, uma vez que é um conceito subjectivo.

A organização mundial de saúde considerou em 1993 a qualidade de vida como: “...a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e as inquietudes.” É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio.

Ou seja, há também situações em que apenas se pode falar de conforto pois a qualidade de vida nem sequer pode estar presente, tendo em conta que sem conforto dificilmente se pode falar de qualidade de vida.

“Finalmente, quando os doentes estão obviamente muito próximos da morte, já nem de qualidade de vida se pode falar, mas continua a haver um objectivo importante: o conforto.

Ter em mente este objectivo ajuda-nos a tomar decisões. De facto, se tivermos dúvidas sobre a execução de uma determinada acção, podemos perguntar se poderá contribuir para o conforto do doente e a resposta que encontrarmos para essa pergunta nos dirá se devemos executar essa acção”.(42)

Não há portanto resposta óbvia, nem decisão fácil de realizar. No caso do doente idoso por exemplo. O tratar determinada situação deve ter em conta a realidade da situação global do idoso, deve ter em conta o sofrimento e o desconforto associado a determinados procedimentos.

Um idoso acamado, com síndrome demencial e com incapacidade total de vida de relacionamento, com sinais e sintomas de pneumonia deverá ser retirado do seu domicílio, tendo em conta toda a deterioração do seu estado geral, para realizar, radiografias ao tórax, colher expectoração, fazer análises ou proceder de imediato à administração empírica de antibiótico de forma a aliviar rapidamente o seu desconforto?

Assume-se aqui uma acção em que o tratar da pessoa implica no cuidar, mas de uma forma criteriosa e realista em relação as perspectivas reais de vida da pessoa.

Resumindo: cuidar e tratar podem ser dois conceitos paralelos com pontos de intersecção ao longo do processo de cura da doença.

Têm objectivos específicos, mas de forma interligada pode o tratar ter como objectivo cuidar da pessoa, assim como o cuidar terá como objectivo o acompanhar a pessoa ao longo do tratamento.

Podendo coexistir num mesmo processo, não devem assim sobrepor-se um ao outro de forma a esquecer o centro do maior interesse que é a pessoa.

### **4.2-O tratamento intensivo e o tratamento conservador**



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

As opções terapêuticas para os diversos tipos de doente são cada vez mais em relação ao passado. A tecnologia não deixa de avançar e á custa dela que existem cada vez mais opções de tratamento, para as mais diversas formas de patologias que vão surgindo no mundo.

A evolução tornou assim muitos procedimentos que se mostraram eficazes no passado, presentemente obsoletos. Porém outros, assim considerados, podem continuar a ser igualmente eficazes de acordo com a situação e o contexto clínico do doente.

De um modo geral, actualmente, tende-se a desconsiderar todo o tipo de tratamento dito conservador. Sem ter em conta que em determinadas situações, devidamente avaliadas, essa pode ser a resposta mais adequada e com menor risco de complicações.

Justificará a colocação de uma prótese de um joelho num idoso que se encontre sem capacidades de enfrentar todo o processo de recuperação clínica e pós cirúrgica? Claro que a contínua administração de analgésicos e anti-inflamatórios não será recomendável mas devidamente monitorizada, e acompanhada pode muito bem ser a resposta mais eficaz e de menos perigo para esse idoso.

As unidades de cuidados intensivos prosperam em técnicas e pessoal capacitado nas mais diversas inovações tecnológicas e, tornam muito apetecível a sua oferta com os seus critérios de sucesso e as diversas “*guidelines*” internacionais generalizadas e estudadas em países totalmente diferentes daqueles onde são aplicadas.

Há resultados indiscutíveis nas técnicas de tratamento intensivo.

Os resultados em cardiologia, das modernas técnicas intensivas de angioplastia coronária ou de tratamento de arritmias diversas nos últimos quinze anos, são um dos melhores exemplos.

Os doentes a quem era diagnosticado uma angina de peito, passavam dali para a frente a serem completamente dependentes de uma bateria de medicamentos e várias consultas de acompanhamento clínico. As limitações próprias de beta bloqueantes e mono nitratos, só eram suplantadas pelo terror de vir a sofrer um incidente cardíaco realmente grave que colocasse em risco a própria vida.

Por outro lado, a generalização da angioplastia trouxe também o outro lado da questão. A desdramatização do evento cardíaco, junto com a ocorrência de diminuição do tempo

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

de internamento e a minimização de fármacos, também acabou por conduzir a um aumento dos abandonos de terapêutica e das conseqüentes recaídas em práticas não recomendadas tais como fumar e o consumo de alimentos ricos em gorduras.

Mas e o tratamento dito conservador? Os mono nitratos e os beta bloqueadores tinham bons resultados desde que devidamente monitorizados.

Eles continuam a ser opção para os utentes, a quem nem o cateterismo cardíaco nem a cirurgia são indicados e dão resultados eficazes ao longo do tempo.

É aqui que reside o ponto de raciocínio. Na selecção electiva dos doentes que podem ser sujeitos a tratamento dito intensivo e aqueles a quem se recomenda o tratamento conservador.

Há critérios de bom senso que podem ser respeitados à luz da disponibilidade tecnológica presente no mundo da medicina.

“As tecnologias em si não são perversas, mas sim a forma como são usadas. São, em geral, aparatosas e fascinantes, encerram a possibilidade de auxiliar e de serem benéficas para alguns doentes (nem sempre é fácil determinar a priori quais), mas representam grandes investimentos, pessoal especialmente treinado e, de um modo geral, consumíveis muito dispendiosos para as manter.” (43)

Ou seja, a medicina dita conservadora, menos aparatosa, não é desmerecedora de atenção. Ela apresenta resultados eficazes devidamente monitorizados em determinados doentes, em que o que se pretenda não seja a resolução da patologia, mas sim o seu controlo dentro de critérios de qualidade de vida aceitáveis para esse doente.

### **4.3- A futilidade terapêutica e diagnostica**

De acordo com o dicionário português, fútil é uma característica de quem ou do que é irrelevante.

Define-se como dar importância ou relevância a coisas vãs sem importância.

Em medicina, o ser fútil prende-se com a utilização de meios desproporcionados à situação clínica do doente, que não lhe acresce de qualquer benefício.

Sensivelmente na segunda metade do século XX, devido ao rápido avanço da medicina na sua área tecnológica, criou-se uma expectativa, irrealista, de ilimitação científica.

Muitas doenças antes mortais passaram a assumir a designação de crónicas e

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

devidamente acompanhadas, permitiam aos doentes uma perspectiva de vida diferente da que se conhecia até então.

Por exemplo, o tratamento da diabetes com insulina ou realização de hemodiálise são exemplo disso.

As novas classes de profissionais da saúde, são então treinadas nessa arte do domínio da evolução das doenças, conduzindo o acompanhamento do doente até ao máximo dos limites do processo natural que será a morte.

E será assim a morte entendida, perante esses profissionais como o fracasso do seu trabalho e da aplicação dos seus conhecimentos.

“No século XX, em particular na segunda metade, um enorme e rápido progresso técnico – científico transformou em crónicas doenças que antes eram mortais. A saúde individual tornou-se uma espécie de religião em que o aperfeiçoamento do corpo se tornou ilimitado, havendo esperanças fantasiosas e irrealistas nas novidades médico científicas.” (39)

Entende por isso o profissional de saúde treinado, que não há limites ao que deve ser feito aos doentes.

É neste registo que o doente idoso se vê envolvido em exames e tratamentos que acabam por ser considerados fúteis. Ou seja, não se definem como capazes de atingir um objectivo real de prolongar a vida.

” O médico, tornado assalariado de um serviço de saúde e partilhando a mesma filosofia que o doente, usa e abusa do poder tecnológico para derrotar a morte inimiga e luta até ao fim, muitas vezes pelo receio de acusação de omissão de socorro.” (39)

O problema surge quando a pretexto da sua defesa pessoal, o profissional acaba por se escudar atrás de toda a panóplia de exames e tratamentos possíveis e imaginários. A esta altura, é de ressaltar que não se pode confundir, a utilização do poder tecnológico como algo mau e errado. É neste poder que está incluído todo o conhecimento científico que deve ser sempre adaptado ao melhor serviço a prestar ao doente, nem que seja apenas, saber quando parar de investir na doença e assumir o investimento na pessoa acompanhando-a ao longo da sua última jornada, de forma adequada sem entrar em caminhos de obstinação terapêutica.

As análises repetidas diariamente, as radiografias, a administração de vitaminas e de estatinas em doentes sem expectativa de recuperação do seu estado de saúde são

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

disso um exemplo pratico observado diariamente no contexto de cuidado ao doente idoso terminal.

“Entende-se por obstinação terapêutica o recurso a formas de tratamento cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis.” (39)

Outro exemplo de acções manifestamente fúteis, passam pelas equipas de enfermagem manterem de forma obstinada as constantes mudanças de decúbito e os posicionamentos dolorosos com almofadas e cremes hidratantes até à fase da agonia. Em momentos que se percebe pela fâcias do doente que aquelas acções profissionalmente estudadas e discutidas até à exaustão em congressos e passagens de turno não são mais que momentos de terror, bem-intencionado, mas sem qualquer sentido quando o doente se encontra a poucos dias e até horas da morte.

As entubações nasogastricas que permitem uma alimentação forçada e uma hidratação continua via entérica apresentam-se como nobres tentativas de manter a qualidade de vida do doente mas baseado em quê?

“Convém salientar que não há estudos que demonstrem maior bem-estar nos doentes que recebem hidratação artificial na fase final quando comparados com os que não recebem esse tipo de medida” (47)

Não estaremos apenas a ignorar à luz da realidade o facto de que aquele ser está no fim de vida e que a sua maior prioridade é o conforto e a ausência de dor?

São questões a ter em conta e das quais terá sempre de haver decisão consciente.

Não se deve confundir a futilidade com desculpa para arrumar o assunto, fugir ou até mesmo gerir a poupança de recursos.

Assumir a futilidade de uma determinada acção passa também por uma discussão em equipa na qual se deve envolver a família e sempre que possível o doente e em casos mais complexos a reunião de uma comissão de ética.

### **4.4- O processo de decisão ética**

Desde sempre que o processo de decisão ética, foi sendo ao longo dos anos assumido como uma decisão do médico num pressuposto paternalista, em que o profissional de uma forma superiormente preparada, se assume como a entidade mais capaz de decidir sobre o rumo da saúde do doente.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Ou seja, assume-se o paternalismo como uma característica de pessoas de excelência na qual se constroi um pilar das decisões éticas.

O doente no seu papel de ser incapaz tinha de ser protegido da sua desorganização mental, fruto da sua doença limitante e teria de confiar a sua vida e as suas decisões ao profissional de saúde.

Só a partir do século XVII e XVIII é que se inicia um processo de emancipação do homem em relação à natureza e a Deus, iniciando um processo de interação com os outros homens, constituindo-se as ordens de direitos dos homens

“É o homem que tem de constituir essa ordem através de um contrato social para a sociedade civil” (44)

Os direitos cívicos e políticos, a par dos económicos, sociais e culturais seguidos dos ecológicos (44). Surgem por uma imposição natural e acabam por constituir assim a semente do princípio da autonomia. O homem ultrapassa a ordem teológica até então dominante e impõe-se enquanto ser civicamente responsável pelo seu corpo e pela sua acção.

Este processo de desenvolvimento moral da autonomia do homem, demora cerca de duzentos anos (44) e só então a par do desenvolvimento tecnológico no campo da medicina, e do surgimento de novas questões como a eutanásia, a distanásia ou a experimentação humana, é que acaba por surgir a necessidade de realizar a sua sedimentação enquanto um direito ético da pessoa de decidir de forma autónoma sobre si.

A evolução tecnológica, sem dúvida alguma, positiva, acompanha a extensão dos direitos à saúde e o surgimento das políticas igualitárias e de preocupação com a justiça.

Todo o ser humano deverá de uma forma justa e igualitária ter acesso a todos os benefícios tecnológicos que o conhecimento da ciência oferece.

Constitui-se assim, a necessidade de outros princípios que garantam a justa acessibilidade dos meios e dos conhecimentos conquistados, que possam integrar também os pilares do processo de decisão ética.

Entra-se assim, num processo cíclico de discussão entre os três princípios éticos.

Beneficiencia, Autonomia e Justiça que resumem o processo de decisão ética de uma forma circular.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Concluindo: o processo de decisão em medicina é a interacção entre os valores pessoais do profissional e os valores pessoais do doente, mantendo sempre uma gestão adequada dos recursos, mas de forma equitativa de acordo com a situação do doente.

O princípio da beneficência em que o médico assume as melhores decisões para o bem do doente, respeitando a sua autonomia e a sua capacidade de decisão, simultaneamente garantindo a distribuição justa e equitativa dos recursos disponíveis na prestação dos respectivos serviços, gerindo os processos de conflito que obviamente o trabalhar com doentes geriátricos acarreta.

#### **4.4.1-Princípio da beneficência**

O primado das decisões éticas desde o tempo de Hipócrates, é e sempre foi assegurado pelo princípio da beneficência.

O profissional de saúde incube a tarefa de decidir acerca do que é melhor para o doente. Mas o que é melhor para o doente estará realmente definido pelo jogo de valores do profissional?

A prática da saúde depende de juízos práticos e estes são construídos com base na evidência científica em articulação com a experiência própria do profissional.

Por exemplo, numa discussão de casos clínicos, diversos profissionais emitem as suas opiniões com base na sua experiência para daí retirarem a melhor solução para o doente de acordo com a sua situação clínica. Há uma decisão emitida e de acordo com diversas opiniões profissionais, é seguramente a melhor para o doente.

Assegura-se actualmente assim, o princípio ético da beneficência, em forma de paternalismo.

O profissional, que é uma mente instruída e portanto de excelência, é capaz de decidir o melhor para a pessoa doente que se encontra incapacitada de decidir pela sua patologia.

O doente idoso, tratado numa perspectiva global, é um exemplo disso mesmo.

Muitas vezes sujeito a exames e tratamentos que em nada vão aumentar a sua expectativa de vida, vai apenas estar sujeita às capacidades de decisão das mentes instruídas e mais capazes que o rodeiam.

Essas mesmas mentes sofrem processos de aculturação e de influência pessoal da

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

sua experiência de vida que obviamente terão de ter peso nas suas decisões profissionais.

Mas é errado querer o melhor para o doente?

Não será errado querer o melhor, mas será menos correcto não utilizar as bases de referência do próprio doente. O que levanta outra questão: Qual o ponto de comparação para se decidir o que realmente é melhor?

”O clínico benevolentemente, actua de acordo com aquilo que lhe parece ser o melhor interesse do paciente.” (45)

A evolução tecnológica por outro lado, alargou de forma indiscutível o enorme leque de possibilidades curativas e diagnosticas o que também levantou ao profissional de saúde, um maior número de dilemas. Há muita dificuldade em esgotar as possibilidades e aceitar os limites próprios da ciência, quando se é preparado para actuar de forma intensiva sobre a doença nas suas formas mais agudas.

”Com efeito, o médico é educado, nas faculdades de medicina para ser um agente activo do tratamento das doenças de modo a lutar contra as mortes precoces ou as mortes evitáveis.” (46)

Portanto, não é de estranhar que perante um doente com diversas patologias e um historial clínico complexo como é o idoso, o profissional de saúde possa levar as suas atitudes paternalistas a limites, extremos, chegando mesmo a ser eticamente questionável o global das suas atitudes, apesar ser sempre de acordo com a sua visão, em benefício do doente.

### **4.4.2- Princípio da autonomia**

Como já foi dito anteriormente, o princípio da autonomia só surge enquanto princípio ético depois de durante muitos anos, o médico ter sozinho, de ser o decisor das vontades do paciente. Mais tarde, alargando o conceito a outros profissionais de saúde, também eles se viram a braços com a ideia inovadora de dar espaço à vontade do doente. Se antes o paciente era considerado um ser inapto pela sua situação particular de doença, agora ele é um elemento basilar no processo de tratamento e diagnóstico. Entende-se que o “dono” do corpo terá necessariamente capacidade para decidir sobre ele mesmo que isso vá de encontro aos valores intrínsecos do profissional de saúde.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Note-se, por exemplo o caso das testemunhas de Jeová, que de forma absolutamente assumida, recusam qualquer tipo de administração de produtos hemo-derivados. Em casos extremos este princípio de autonomia na decisão sobre o próprio corpo pode levar a casos de elevado dilema ético entre o profissional e o paciente. Como no caso particular do doente idoso, acaba por assumir outros contornos ainda mais polémicos. -Se o idoso recusa alimentar-se porque simplesmente perde a vontade de comer, estando dentro das suas faculdades mentais não é lícito proceder á sua alimentação forçada, e mesmo estando fora das suas faculdades mentais essa atitude pode ser encarada como uma violação da sua autonomia e de capacidade de decisão sobre o seu corpo caso ele tenha manifestado a sua recusa numa fase em que essas faculdades mentais estejam integras.

Claro está, que se estamos perante uma situação transitória, a título de exemplo, de um agravamento de função renal que poderá ser corrigido com um aporte de soros ou até mesmo de uma sessão de diálise, não vamos por isso deixar de tentar agir em benefício de um doente que poderá ter hipótese viável de retomar algumas das suas funções e até mesmo de recuperar de uma forma aceitável.

“O Princípio do respeito pela autonomia individual refere-se ao direito de cada pessoa ao seu auto governo. Este princípio decorre naturalmente da doutrina da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais. É no fundo, o exercício da liberdade da pessoa enquanto agente social. As decisões individuais, porque são autónomas, tornam-se num bem essencial, desde que não venham a ferir o valor dignidade humana e a sua expressão básica- a vida e o respeito que lhe é devido” (48)

Cabe então ao profissional, gerir perante o doente e família, a legitimidade da recusa de um determinado tratamento á luz do seu direito de autonomia, caso o doente assim o deseje.

Isto porque, também a vontade do doente, tem de ser bem avaliada à luz da dignidade humana e dos princípios éticos do profissional.

(44) “A autonomia dos princípios morais exige uma compreensão efectiva para o facto de os sujeitos poderem ser confrontados com inesperadas possibilidades sobre si próprios e conseqüentemente com as inesperadas dificuldades de decisão”

Por exemplo o pedido de eutanásia ou suicídio assistido sendo uma manifestação autónoma de um doente na plena posse das suas faculdades não pode ser exigido ao profissional contra os seus princípios éticos de respeito pela vida. E note-se que



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

mesmo no caso Holandês onde é lícito realizar estas acções, a legislação no respeito de seis directivas legais exigidas ainda prevê a sua não realização contra o parecer do médico que assiste o paciente.

Dito de forma resumida: se a saúde e a vida são bens dados e confiados á pessoa então ela é responsável por esses bens, porem não tem a faculdade moral de os gerir de forma arbitrária. (69)

A autonomia da pessoa não se questiona mas deve ser avaliada numa relação profissional de saúde/ doente tendo em conta que também esse profissional de saúde é um elemento, que apesar de ser socialmente proposto pode sempre ser recusado pelo próprio ou pelos familiares caso haja impedimento de decisão por perda de faculdades.

Não sendo um principio estanque, o principio da autonomia está portanto também dependente dos factores que sobre os quais o doente tem poder de decisão e dentro deles estão os profissionais de saúde e as suas próprias condutas morais.

### **4.4.3- Princípio da justiça**

O grande desenvolvimento tecnológico e social do último século trouxe ao alcance da medicina moderna conhecimentos que noutros tempos apenas estariam ao alcance das histórias de ficção científica.

A cirurgia cardíaca, o próprio transplante cardíaco e de outros órgãos abriram uma imensidão de possibilidades praticamente infinitas de luta contra a doença. O desenvolvimento da insulina e das suas formas de administração, tornaram uma doença mortal como a diabetes numa simples doença crónica controlável apenas com uma simples injeção cuja tecnologia recente já permite administrar mesmo sem perfurar a própria pele.

É natural que com o evoluir da ciência que começasse a haver uma preocupação social, com quem teria acesso a estas tecnologias. Sendo as tecnologias caras e os recursos finitos, estaria obviamente pré concebido que apenas os mais favorecidos socialmente iriam ter acesso a elas.

Quase que naturalmente o princípio da justiça se impõe perante este risco.

(48) “Esta justiça distributiva, ao relacionar-se com a afectação de recursos para a

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

prestação de cuidados de saúde, tornou-se um dos principais problemas da ética biomédica da actualidade.”

No caso do doente idoso os contornos podem chegar a ser ainda mais caricatos, pois se todos têm o mesmo direito à luz deste princípio que fazer perante um escrutínio de encargos em cuidados de saúde, onde se inclua um idoso numa proposta de transplante cardíaco ou renal?

Cabe assim ao profissional refém destas novas conjecturas, políticas e sociais actuar de forma, a que privilégios e encargos sejam distribuídos sem discriminação.

Talvez um idoso, no sistema actual, esteja sem grandes possibilidades, devido ao factor idade, de ser submetido a transplante renal ou hepático, uma vez que a sua realização inviabilizaria a recuperação de outra pessoa mais jovem e com melhores possibilidades de usufruir desse recurso. Deixando o factor idade de lado e, considerando todas as variáveis, também não deve chocar ninguém se esse idoso reunir melhores condições de transplante que um indivíduo mais jovem e for ele o transplantado, mas seguramente que num caso ou noutro, terão sempre de ser esgotadas todas as alternativas tendo em conta que na inviabilidade de uma hipótese, não se pode negar outra como o recurso aos melhores conhecimentos em cuidados paliativos.

### **4.4.4- Directivas antecipadas**

As directivas antecipadas inserem-se no contexto do princípio da autonomia. Num determinado momento da sua vida em pleno uso das suas faculdades, determina uma série de situações previsíveis dentro do seu estado de saúde, ou na antevisão de uma qualquer doença súbita que possa torna-lo incapacitado do seu poder de decisão.

As directivas antecipadas não são instrumentos de grande tradição no nosso país e, aliás apenas recentemente com a lei n.º 25/2012 publicada a 17 de Julho é que se contemplou pela primeira vez, a possibilidade legal de registar em notário os desejos e vontades, em caso de incapacidade para decidir sobre a forma de testamento vital.

O testamento pode ser alterado a qualquer momento e tem o prazo legal de cinco anos, findo o qual ficará sem qualquer tipo de efeito.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Outra forma de o fazer, é designar legalmente alguém para decidir em caso de necessidade de ser feito.

Segundo Ferraz Gonçalves, as directivas antecipadas apresentam, vantagens óbvias no aliviar da carga emocional que certas decisões fundamentais acarretam para a família do doente, mas também apresenta algumas desvantagens do ponto de vista ético.

Podem-se ter alterado as circunstâncias em que o testamento foi feito, ou então haver alterações em termos de prognóstico com o surgimento de outros avanços técnicos. Podem existir dúvidas acerca das reais faculdades do doente ou até mesmo do seu esclarecimento pessoal acerca das implicações reais da sua decisão. (39)

Recordando o caso do modelo Holandês, em que existe uma permissão jurídica para a realização de eutanásia e de suicídio assistido. O pedido de Eutanasia ou de suicídio assistido obedece a uma série de critérios específicos que são também contemplados em situação de directiva antecipada.

Um documento escrito e legal terá validade desde que se reúnam as condições necessárias contempladas na lei.

*“In April 2002 a new law regarding euthanasia and physician assisted suicide came into effect in the Netherlands. This law holds that euthanasia and assisted suicide remain criminal offences unless performed by a physician who acts according to six specified rules of due care and reports the case to an assessment committee. The six rules of due care are by and large the same as the ones of the previous regulation and are largely based on jurisprudence. They hold that:*

- The physician must be convinced that the request of the patient was voluntary and well considered*
- The physician must be convinced that the suffering of the patient was unbearable and without prospect of relief*
- The patient must be informed about his/her situation and prospects*
- The physician together with the patient must be convinced that there was no reasonable alternative solution for the situation*
- At least one other physician must have seen the patient and must have given a written statement containing his evaluation of the four previous requirements*
- The ending of life must be performed in a professional and careful way. Not Preceded by any jurisprudence, however, is article 2.2 of the law concerning an incompetent*

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

*patient who has written, when he was still competent, an advance directive requesting the active ending of life under certain circumstances". (49)*

(Abril 2002 uma nova lei sobre a eutanásia e o suicídio assistido, entrou em vigor na Holanda. Esta lei afirma que a eutanásia e o suicídio assistido permanecem como infracções penais, a menos que realizadas por um médico que age de acordo com seis regras específicas e com o devido cuidado relatam o caso a uma comissão de avaliação. As seis regras do "devido cuidado" são, em geral, as mesmas que os do regulamento anterior e são em grande parte com base em jurisprudência. Elas sustentam que:

- O médico deve estar convencido de que o pedido do paciente foi voluntário e bem considerado
  - O médico deve estar convencido de que o sofrimento do paciente era insuportável e sem perspectiva de alívio.
  - O paciente deve ser informado sobre a sua situação e perspectivas.
  - O médico junto com o paciente deve ser convencido de que não havia nenhuma solução alternativa razoável para a situação.
  - Pelo menos um outro médico deve ter visto o paciente e deve ter dado uma declaração escrita contendo a sua avaliação dos quatro requisitos anteriores.
  - O final da vida deve ser realizada de forma profissional e cuidadoso. Não precedido por qualquer jurisprudência, no entanto, é o artigo 2.2 da lei relativa a um paciente incompetente que as escreveu, quando ele ainda era competente, uma diretiva antecipada solicitando o fim da vida activa em determinadas circunstâncias ")
- Significa portanto que neste modelo os pedidos realizados antes das pessoas se encontrarem incompetentes para o fazer e até mesmo antes de reunirem as condições necessárias para a concretização do mesmo serão tidos em consideração e se entretanto reunirem essas condições o médico poderá assumir a realização da eutanásia com base nessa directiva antecipada.

No caso Português a directiva antecipada apenas tem relevo na forma de testamento vital na medida em que a pessoa pode decidir sobre os tratamentos e procedimentos terapêuticos a serem iniciados ou abandonados perante determinado tipo de circunstâncias, desde que não vão colidir com os princípios éticos do profissional que o assiste.

## V- CAPÍTULO

### 5. O hospital: O poder e o saber

Da teoria à prática vai um longo caminho de desenvolvimento de todo e qualquer profissional de saúde.

Os primeiros tempos de abordagem ao doente numa enfermaria começam nos pequenos estágios de observação em que a avidez de saber tende a transformar os jovens profissionais em esponjas de conhecimento generalizado.

Observam-se dinâmicas e constroem-se raciocínios de onde se tiram as conclusões que mais tarde fundamentarão os sentidos críticos do futuro profissional. Ou seja inicia-se aqui um processo de aculturação onde o conhecimento teórico dos livros se transfere para a realidade e onde pode ser observado na aplicação por outros profissionais.

Há assim uma aquisição cada vez maior de conhecimentos e estratégias que tanto elevam o desempenho profissional por um lado, como por outro lado trazem o jovem profissional a realidade de que os limites existem na sua prática. (63)

Desenvolvem-se então mecanismos para se lidar com as incertezas e as incapacidades, que acabam por criar naquela classe de profissionais, uma perspectiva heterogeneia da profissão.

Destacam-se em meio hospitalar, e em concreto nas enfermarias duas profissões cardinais. Os médicos e os enfermeiros.

Há uma conhecida dominância funcional da classe médica, porem a coexistência destas duas profissões na mesma esfera de acção cria uma espécie de padronização de comportamentos, que acaba também por criar uma negociação amigável na organização do poder e do saber.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

“Face ao Compromisso dos médicos com o corpo profissional de pertença, os enfermeiros elaboram um compromisso ideológico com o objectivo principal da instituição na defesa do acesso igualitário de todos os doentes às condições estabelecidas de assistência (...).”

Ambas as profissões se articulam assim em diferentes competências definidas mas interligadas como ramos de uma mesma árvore. (63)

“A ideologia hospitalar da humanização e da reintegração é exclusivamente atribuída ao pessoal de enfermagem, obedecendo a uma forma dicotómica e complementar entre aqueles que servem a ciência e aqueles que servem os doentes” (63)

A proximidade com o doente, o seu contacto directo e a capacidade em primeira mão de recolha de informação importante para estratégia terapêutica do doente, identificam o enfermeiro num papel social muito superior ao de simples executor de tarefas clinicamente definidas. Dito de outra forma, os médicos e os enfermeiros dentro do meio hospitalar, e em concreto nas enfermarias onde desenvolvem a sua profissão, são as duas profissões que mais interagem entre si na articulação das medidas de prestação de cuidados aos utentes.

São ambas profissões detentoras de um saber privilegiado, e que como tal são detentoras de um poder implícito dentro de uma enfermaria onde obviamente o médico assume a hierarquia das decisões em termos de opções terapêuticas, enquanto ao enfermeiro cabe o papel de humanização dos cuidados.

Ambas são profissões indissociáveis em qualquer acção que se relacione com a prestação efectiva de cuidados em meio hospitalar.

### **5.1- A racionalização do acto médico**

O termo racionalizar implica na utilização lógica de um raciocínio de forma a ser igual para todos os que o observam.

Em medicina esse termo é muitas vezes confundido com racionar, acto pouco semelhante, mas que os administradores hospitalares tanto gostam.

A utilização racionada dos recursos implica numa utilização lógica dos mesmos, mesmo tendo em conta os perigos de uma utilização lógica quantitativa, de uma escala cegamente objectiva em meios sujeitos a interpretações subjectivas.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

A utilização de instrumentos quantificadores em medicina é útil na definição de diagnósticos e, simultaneamente na escolha adequada do melhor tratamento.

Defendem o profissional de qualquer inconsistência das suas acções e, rapidamente permitem que se escudem em variadas “*guidelines*” de actuação.

“A racionalização do acto médico e portanto para além de uma necessidade imperiosa, uma auto-defesa. Vamos ter de quantificar a arte, e trabalhar os números obtidos com as ferramentas já usadas noutras ciências de precisão”.(65)

Mas até que ponto essa quantificação não será uma errada forma de seleccionar e discriminar?

Seria legítima a definição de limites de idade para internamentos em unidades de cuidados intensivos, sob o argumento de que a unidade de cuidados intensivos é um recurso caro em termos humanos e técnicos e deveria ser guardada para indivíduos mais jovens e com melhores probabilidades de recuperação e, de voltar a ser um elemento útil á sociedade?

Há uma inegável subjectividade inerente ao profissional que não pode ignorar o papel desempenhado pelo idoso ao longo da sua vida em termos sociais, como são os conhecidos casos de figuras públicas de relevo nacional, que consomem estes recursos técnicos sempre que necessário sem ninguém contestar.

Mas no seu papel mais modesto o idoso comum não pode deixar de ser agraciado pelos mesmos direitos, pese embora que a sua condição etária o ponha em desvantagem em relação a outros indivíduos mais jovens.

Retirando esse facto quantificável que é a idade, sobram outras condicionantes muitas vezes desvalorizadas.

“Criticar a racionalização é fácil, todos conhecemos os riscos de atribuir uma escala de números a uma qualidade subjectiva, sabemos também que até agora as consequências práticas tem sido limitadas, mas se assentarmos em que é melhor escolher do que não escolher, que mais vale uma análise imperfeita do que nenhuma análise, então valera a pena introduzir a ciência dos números na ciência do homem, controlando bem entendido as conclusões resultantes pela ética tradicional.”

Éticamente à primeira vista, seria reprovável preterir um indivíduo de 30 anos, com insuficiência renal em relação a um idoso de 80 anos, mas seria igualmente reprovável preterir o idoso de 80 apenas pelo factor idade sem ter em conta outros factores.

“O que ouviu os meus versos disse-me:

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Que tem isso de novo? Todos sabem que uma flor

É uma flor, e uma árvore é uma árvore...

Mas eu respondi, nem todos...

(Alberto Caeiro 1918) ” (65)

Racionalizar nos tempos actuais também passa pelo não desperdiçar dos recursos utilizando os recursos mais adequados e disponíveis a todas as situações, onde obviamente se terá de incluir a utilização dos melhores recursos e entenda-se como recursos também os conhecimentos científicos adquiridos na minimização do sofrimento de cada doente quer seja idoso, terminal ou não e, onde os cuidados paliativos estão incluídos e disponíveis desde que utilizados realmente de forma atempada e racional.



## VI-CAPITULO

### 6. Cuidados paliativos

Quando um profissional é desde sempre treinado para, diagnosticar, tratar e curar, acaba lentamente por se focalizar nesse nobre objectivo, que é devolver a saúde e a qualidade de vida a quem se encontra acometido pela doença.

Cabe portanto, ao profissional de saúde, dedicado a uma área do conhecimento específica, desenvolver ao máximo possível as suas competências de forma a ser o mais eficaz e capacitado possível na sua área.

Há porem, dentro de todos os ramos da medicina, situações incontornáveis, sem solução realista de cura ou de controlo onde o profissional se depara com a dificuldade de decidir entre manter o investimento terapêutico, ou de nada fazer perante a ineficácia de resposta efectiva às terapêuticas.

Já no seu tempo, Hipócrates, pai da medicina dita moderna, referia o alívio do sofrimento e a recusa de tratar doentes severamente acometidos pela doença.

Só que no momento em que a doença deixa de ser resolvível, existe ainda uma pessoa para cuidar e, que pode estar desde debilitada, a inconformada ou até mesmo alheada da sua situação clínica. Mas de forma indiscutível, está em sofrimento e apresenta um enorme campo de acção, onde se pode actuar de forma a evitar a desumanização que o estado terminal pode significar.

É nesse contexto, e também nesse nicho de indefinição, que surgem assim os conceitos de cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos tiveram a sua origem enquanto movimento, a partir de 1968 em Inglaterra já em pleno século XX tendo depois evoluído em tendência para os Estados Unidos.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

“Foi precisamente como reacção a esta tendência desumanizante da medicina moderna que surgiu, a partir de 1960 o movimento de cuidados paliativos, tendo como pioneiras mulheres como Cicely Saunders em Inglaterra e um pouco mais tarde, Elisabeth Kubler – Ross nos EUA.” (50)

Desde então, este pequeno nicho ou ramo da medicina, tem vindo cada vez mais a ganhar valor, e a ser referenciado no âmbito do desenvolvimento dos cuidados ao doente terminal.

Tem uma crescente evidência científica e é cada vez mais reconhecido, na sua dinamização de manutenção da dignidade humana, não só ao nível do doente mas também família e amigos.

Tem áreas específicas de influência, que vão desde a comunicação até ao acompanhamento no luto, passando sempre pelas diversas acções de controlo sintomático efectivo e está assente em conceitos simples mas muito bem definidos em termos de eficiência.

### **6.1-Conceitos actuais de cuidados paliativos**

A evolução histórica do surgimento dos movimentos de cuidados paliativos tem precisamente na sua base a consciência entre as possibilidades e as impossibilidades da medicina.

Ou seja, Saunders quando em 1967 criou o St. Christopher's Hospice em Londres, teve a perfeita noção de que os recursos da medicina seriam escassos no campo da cura e tratamento de certas doenças, mas perfeitamente capazes de promover um controlo sintomático capaz de aliviar o sofrimento dos doentes acometidos por essas doenças. Balfour Mount, em 1975 no Royal Victoria Hospital de Montreal, faz então uso pela primeira vez da designação cuidados paliativos e, foi a partir daí que essa designação entrou em uso corrente.

Em 1990, pela primeira vez a OMS reconheceu a importância dos cuidados paliativos no controlo sintomático da dor em doentes com cancro e, já em 2002, ao fim de terem sido largamente difundidos enquanto filosofia de actuação em doentes terminais, a OMS redefiniu os cuidados paliativos enquanto “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”(50) Cria-se assim, uma filosofia de actuação, fundamentada cientificamente e capaz de responder a situações antes descuradas.

Esta filosofia de um modo geral centra-se em vários pressupostos e atitudes aos quais os profissionais a ela dedicados obedecem:

- A afirmação da vida perante a aceitação da morte. Não existem acções propositadas de provocar o fim da vida nem de atrasar a inevitabilidade da morte;
- A qualidade de vida assume o objectivo central de actuação ou de não actuação;
- A abordagem dos doentes é feita em todas as vertentes, de uma forma global com envolvimento, físico, social, psicológico e espiritual;
- O plano de acção dos cuidados paliativos, obedece aos critérios base das necessidades do doente e não da sua doença ou prognóstico;
- O processo de acompanhamento vai além do fim da vida e pressupõe o acompanhamento da família no luto não esquecendo o doente e família como realidades interdependentes;
- A prática dos cuidados paliativos, obedece a preceitos científicos devidamente estudados e integrados nos cuidados de saúde previstos no sistema nacional de saúde, nunca devendo existir à margem dos mesmos. (50)

Os cuidados Paliativos “modernos”, já integram com base nestes pressupostos, uma série de novos preceitos que ganham cada vez mais espaço na conquista de qualidade na vida do doente.

Ainda hoje, a má distribuição de recursos de cuidados paliativos está classicamente assente no pressuposto de que existe uma fronteira entre a medicina de intervenção e a medicina paliativa. Ou seja, estabelece-se uma fronteira linear entre o tratamento de uma doença e o início do tratamento da pessoa, classicamente entendido como o momento de deixar de investir e recorrer aos cuidados paliativos.

Na prática significa, que enquanto o doente tiver hipóteses realistas de controlo ou cura da doença, não lhe serão oferecidas as condições privilegiadas previstas no acompanhamento do doente paliativo.

Hoje em dia já está preconizado, integrar os cuidados paliativos, o mais precocemente possível indo de encontro às necessidades prementes de acompanhamento do doente e família na real perspectiva holística.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Desde o diagnóstico da doença, que o doente está sujeito a uma carga psicológica e emocional pesadas, além de que o desenrolar do processo de tratamento e diagnóstico também está impregnado de um certo sofrimento físico que até pode ser contornável promovendo algum conforto no controlo sintomático sem intervir no tratamento curativo. “A concomitância da abordagem paliativa com o tratamento curativo é perfeitamente viável. Da mesma forma, acções paliativas desenvolvidas na fase do diagnóstico e do tratamento de uma doença não exigem a presença de uma equipe especializada e podem ser desenvolvidas por qualquer profissional na área da saúde.

À medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os Cuidados Paliativos crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade” (51).

Na mesma medida em que os objectivos curativos vão tendo cada vez menos peso os cuidados paliativos ao longo da progressão da doença vão assumindo maior importância, daí a relevância em serem introduzidos o mais precocemente possível.

Mas por outro lado, se atendermos ao facto de que os cuidados paliativos estão disponíveis de acordo com as necessidades do doente e não de acordo com a doença, o diagnóstico ou o prognóstico, significa que o campo de acção está alargado a muitos mais doentes do que apenas aqueles com diagnóstico de doença terminal.

Entramos no domínio das doenças crónicas sem qualquer tipo de possibilidade de cura, mas que por inerência do seu desenvolvimento provocam sofrimento e angústia, entramos também no campo do idoso, que não sendo normalmente classificado como terminal está por intermédio da pluripatologia sujeito a um elevado número de doenças crónicas e limitações que podem não fazer qualquer sentido resolver, mas sim controlar.

Ainda no caso do idoso, mesmo não estando acometido de qualquer tipo de patologia, poderá a título preventivo de acordo com um programa pré definido ser preparada uma intervenção, quer a nível de apoio social quer a nível de apoio psicológico de forma a sinalizar uma situação potencialmente necessitada de intervenção antes de haver alterações do ponto de vista sintomático.

“Para o modelo biomédico, hoje dominante, nas sociedades ocidentais, é a alteração dos parâmetros biológicos (somáticos) que define a doença, sendo os aspectos

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

psicológicos, sociais ou simplesmente, comportamentais negligenciados e pouco tidos em conta.” (52)

Neste momento não é difícil perceber que se começa a entender a existência dos cuidados paliativos como um recurso a ter em conta tão importante como um cateterismo cardíaco ou como a mais avançada das quimioterapias, aliás actualmente, do ponto de vista bioético, são levantadas questões em torno dos princípios da equidade e da justiça de forma, a que estes cuidados estejam disponíveis para todos. (53)

Ou seja de uma forma resumida a presença de cuidados paliativos está cada vez mais a dar mais passos noutras áreas, além da simples presença em doentes terminais acometidos de doenças terminais.

*“More recent public health programmes offer a number of opportunities for the funding of projects on palliative care in relation to:*

- *Specific diseases e.g. cancer and HIV/AIDS*
- *Care of older people*
- *exchanging information on best practices*
- *Training for healthcare professionals*
- *Networking of organizations.”* (54)

(Programas de saúde pública mais recentes oferecem uma série de oportunidades para o financiamento de projectos em cuidados paliativos em relação a:

- Doenças específicas, por exemplo, câncer e HIV / AIDS
- Cuidado com as pessoas mais velhas
- Troca de informações sobre as melhores práticas
- Treinamento para profissionais de saúde
- Redes de organizações)

Portanto, se existe uma consciência e uma legislação em construção, para assim, tornar efectiva essa consciência do ponto de vista ético e legal, falta agora do ponto de vista prático perceber em que bases se constroem estes conceitos e em que áreas eles vão fundamentalmente actuar.

O profissional que vier a integrar as suas competências nesta área, terá sempre de estar preparado para desenvolver a sua intervenção em quatro áreas específicas de actuação:

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Controlo sintomático; Comunicação adequada; Apoio á família e ainda trabalho em equipa. (54)

Não pode ser possível desenvolver um bom trabalho em cuidados paliativos sem dar a devida importância a todas elas.

Não se pode cingir o trabalho em cuidados paliativos, única e exclusivamente no controlo sintomático apesar de este ser o primeiro dos pontos que nos lembramos classicamente quando falamos neste tipo de cuidados.

A comunicação adequada obedece a preceitos específicos muito além da linguagem verbal. Toda a postura do profissional dá pistas e abre ou fecha portas conforme ele lida melhor ou pior com determinado doente e família. Estamos perante situações de revolta e angústia marcadas que são como combustível em ebulição pronto a derramar de forma descontrolada e, para tal, é preciso saber lidar com essas situações.

Saber ouvir e assumir uma postura de empatia são capacidades que se desenvolvem com algum treino, e que podem ser instrumentos de mais-valia na comunicação por exemplo de más notícias.

*“There is always some level of shock after bad news, so some time should be given before attempting to pick up the pieces by exploring feelings and identifying concerns”*(56)

("Há sempre algum nível de choque depois de uma má notícia, de modo que deve ser dado algum tempo antes de se tentar pegar as peças, explorando sentimentos e identificação de preocupações" )

A identificação de sentimentos e de medos, pode ser explorada muito além daquilo que é dito. O entendimento da linguagem corporal e da facies da pessoa fazem parte do desenvolvimento das competências, assim como ter o cuidado de não transmitir sentimentos, quer de indiferença quer de angústia perante o quadro apresentado ao doente e família.

O apoio familiar inserido no global dos cuidados é outros dos pilares de sustentação deste modelo. Todo o doente é filho ou pai de alguém e, ao longo da sua vida desenvolveu laços efectivos de afectividade que neste momento estão em vias de ser quebrados por uma doença que afecta toda a dinâmica de relações dessa pessoa.

*“When people accept that they or someone they love will die in the near future, there are often strong emotional reactions, which need to be expressed and diffused.”*(56)

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

(“Quando as pessoas aceitam, que eles ou alguém que amam, vai morrer num futuro próximo, muitas vezes há fortes reações emocionais, que precisam ser expressas e difundidas”.)

Há uma gestão de sentimentos a fazer, que se for realizada de forma programada e sustentada vai minimizar uma série de efeitos que podem se tornar nocivos, quer á realização do luto, quer á diminuição dos níveis de ansiedade do próprio doente.

O trabalhar com a família passa pelo enfoque de gerir a informação fornecida de forma gradual e objectiva. Deve-se ter em conta que há uma multiplicidade de opiniões dentro dessa família que poderão suscitar problemas e dificuldades acrescidas ao processo já de si complexo.

Mesmo porque nesta fase final, a família tem um papel importante e diferente como cuidador permanente e próximo do doente, onde poderão sempre surgir problemas inesperados.

Um exemplo clássico, frequentemente descrito deste tipo de problema numa família é o caso do chamado “primo de França”. A designação, algo humorística, deste tipo de situação, traduz que depois de se ter edificado um processo de apoio familiar eis que surge vindo do exterior um elemento da família, até então silencioso e inerte em toda a situação, que põe em causa tudo o que está feito afirmando que se fosse ele a tomar conta as coisas seriam de outra maneira, criando uma situação de conflito entre os restantes membros até então únicos activos no apoio do doente.

*“Be Aware of Family Conflict. As mentioned previously, we define “family” as broadly as possible. Patients with diseases that carry a strong social stigma, such as AIDS, may not have had contact with their biologic families for many years. Indeed, they may wish that some family members not be informed of their diagnosis. Some patients may have several competing families, such as a new wife and biologic children, each of whom questions the legitimacy of the other. In other cases, family members may be estranged from the patient and each other. Others may be incapable of confronting their loved one’s illness and choose to withdraw. Physicians need to maintain an awareness of these dynamics” (57)*

(“Esteja atento a conflitos familiares. Como mencionado anteriormente, podemos definir “família” de forma tão ampla quanto possível. Pacientes com doenças que carregam um forte estigma social, como a SIDA, podem não ter tido contacto com suas

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

famílias biológicas durante muitos anos. Na verdade, eles podem mesmo desejar que alguns membros da família não sejam informados do seu diagnóstico. Alguns pacientes podem ter várias famílias concorrentes, como uma nova esposa e filhos biológicos, cada um dos quais questiona a legitimidade do outro. Noutros casos, os membros da família podem estar afastados do doente e serem estranhos um ao outro. Outros podem ser incapazes de enfrentar a doença do seu ente querido e optar por se retirar. Os médicos precisam manter uma consciência dessas dinâmicas ")

O controlo sintomático, surge como outra das áreas fundamentais de acção e talvez a que mais visibilidade social em geral tem.

Imprescindível na manutenção da dinâmica de relação com a família e com o meio que o rodeia, o doente precisa de estar com o seu quadro sintomático controlado.

Desde náuseas e vômitos, a tosse, secreções e quadros de dispneia, tudo é passível de se controlar e permitir ao doente uma considerável qualidade de vida com a devida dignidade.

Existem estudos devidamente comprovados que definem as melhores estratégias de actuação, perante este ou outro quadro de sintomas específicos.

Muitas vezes, algumas estratégias passam apenas por deixar de realizar acções fúteis de administração forçada de alimentos, ou de hidratação coerciva sobre a forma de soros ou entubações naso-gástricas.

Apesar de indiscutivelmente importante, todo o controlo sintomático em geral existe pelo menos um ponto que é cardinal e comum, que é o controlo da dor. Seja por administração das mais diversas técnicas de analgesia, seja mesmo por remoção cirúrgica de ramificações nervosas que transmitem a dor através dos plexos nervosos, a dor é do consenso geral que se trata do sintoma mais aterrador e que mais sofrimento acaba por provocar no doente.

*“Several recent studies have shown that neuropathic pain can adversely affect patients’ overall health-related quality of life (HRQoL), including physical and emotional functioning, 2-6 and that it is associated with substantial societal costs”(58).*

(“Vários estudos recentes têm demonstrado que a dor neuropática pode afetar qualidade de saúde dos doentes geralmente relacionado com a qualidade de vida (QV), incluindo o funcionamento físico e emocional, 2-6 e que está associada a custos sociais substanciais ")



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Por fim, o último dos fundamentos da filosofia dos cuidados paliativos, é o trabalho em equipa.

A hierarquia numa equipa de cuidados paliativos funciona na horizontal, mantendo todos os membros que a compõem ao mesmo nível de prestação, porém, com tarefas distribuídas de forma diferente.

Desde o médico ao enfermeiro, passando pelo psicólogo e pelo assistente social, todos atendem no objectivo de suprir as necessidades do doente, a todos os níveis, descritos.

### **6.2-Cuidados paliativos e as prioridades em saúde**

A principal prioridade de qualquer sistema de saúde é garantir a equidade de oportunidades a todos os que dele precisem.

A saúde enquanto bem essencial, tem no sistema nacional de saúde o principal objectivo na sociedade de garantir a manutenção da produtividade dos seus membros. Ou seja, permitir que o indivíduo tenha oportunidade de recuperar da sua doença, e o mais brevemente possível voltar à sua actividade profissional, familiar e social.

Atendendo a este objectivo, o artigo nº64 da Constituição da República diz entre outras coisas, o seguinte:

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado:
  - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
  - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
  - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
  - c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos.

Não obstante, este artigo da constituição, enquanto base de um sistema de saúde global e universal não faz a previsão da sustentabilidade do mesmo sendo que ao

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

longo dos anos desde a sua criação teve algumas variações na forma como foi sendo orçamentado.

(59) “Assim sendo os recursos continuam a ser escassos e desadequados as necessidades da população exigindo por parte desta, além dos encargos tributários uma forte participação nas despesas em saúde.”

Dito de outra forma, as despesas com a saúde suportadas pelo estado foram lentamente cada vez mais sendo difíceis de manter.

Existe um aumento das tecnologias que exigem cada vez mais técnicos especializados, e também uma procura cada vez maior dos serviços de urgência, tornando toda a despesa cada vez mais elevada. (59)

Portanto, os cuidados de saúde são caros e precisam de uma correcta administração de recursos.

Neste contexto introdutório, onde se podem encaixar os cuidados paliativos e a sua filosofia de cuidados diferenciados?

Os cuidados paliativos são uma área específica da medicina e da prestação de cuidados de saúde. Quando implementados em tempo útil, ou seja, precocemente no processo de tratamento do doente (60), permitem uma menor recorrência aos serviços de urgência e um adequado acompanhamento do doente.

“Os custos têm vindo a aumentar com a introdução de tecnologia e medicamentos cada vez mais caros, mas que muitas vezes não fazem qualquer diferença significativa na melhoria da sobrevivência ou da qualidade de vida” (60).

Por exemplo, um doente submetido a quimioterapia devidamente medicado com os antieméticos adequados pode perfeitamente realizar os seus tratamentos retornando ao conforto do seu lar sem a necessidade de ser internado.

Outro ponto importante é o não investimento em terapêutica e tecnologia, fútil e desadequada, mantendo o investimento direccionado unicamente nas necessidades do doente.

O desenvolvimento científico nos cuidados paliativos, permite de forma eficaz e económica, atender às necessidades dos doentes evitando o desgaste de recursos caros por parte de outras vertentes da medicina, que não estão preparados para este tipo de doentes nem sequer muitas vezes os identificam correctamente.

Desde que devidamente identificados os doentes, não é difícil direccionar os recursos em cuidados paliativos.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

“A existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e dessa forma justificar a intervenção dos cuidados paliativos.” (61)

No caso do idoso em particular, pela já referida situação de pluripatologia existe uma enorme quantidade de situações passíveis de provocar sofrimento e, que muitas vezes podia ser resolvida com simples intervenções direccionadas e que diminuiriam consideravelmente o recurso destes mesmos idosos a serviços médicos convencionais e de urgência, muitas vezes sem sequer ser necessário sair do domicílio, utilizando apenas para isso o recurso aos cuidados paliativos de ambulatório. Isto porque a dinâmica dos cuidados paliativos actua a nível das necessidades e não a nível do diagnóstico que é a área para a qual as instituições hospitalares se encontram normalmente vocacionadas.

## VII-CAPITULO

### 7. Estudo “O doente geriátrico em cuidados paliativos”

Ao longo de toda a construção teórica desta tese foram abordados diversos temas, vindos de um conteúdo geral até ao particular sempre relacionando em perspectiva global com o alvo fundamental de toda esta construção que é o doente geriátrico procurando distinguir entre ser um doente idoso e um doente geriátrico como um conceito mais abrangente que a simples condição étnica.

Existem momentos marcadamente definidos em que o idoso se assume perante um papel social como elemento integrante mas não activo na dimensão económica da sociedade e existem outros em que se confunde como entidade não específica no contexto dos cuidados de saúde.

A dificuldade acrescida do não reconhecimento das limitações desta fase da vida no contexto de uma especialidade médica como seja a geriatria, dificulta o entendimento, da aplicação correctamente dimensionada dos novos conhecimentos científicos e tecnológicos.

O doente geriátrico como um doente terminal não é uma visão reducionista de como deve de ser entendido o idoso em geral.

Não há necessariamente uma doença ou um diagnóstico que o defina mas há sim um conjunto de circunstâncias onde se observam: baixa actividade, limitação de autocuidado, declínio físico, diminuição da resposta a tratamentos activos,

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

concomitância de patologias com dificuldades nas opções de terapêutica, recusa de tratamentos, perda de peso, quedas e internamentos de repetição, e que não podem ser ignoradas perante cada doente, definindo a sua condição geriátrica e simultaneamente indicadores de prognóstico. (29)

Atitudes dos profissionais, perante a morte ou atitudes dos enfermeiros perante os idosos são alguns exemplos de estudos que abordam este tipo de temática quer do ponto de vista quantitativo quer do ponto de vista qualitativo, ambos são englobados em perspectivas holísticas distintas, mas de onde se destacam dois grupos de profissionais que mais directamente lidam e decidem sobre este tipo de questões. Os médicos e os enfermeiros, na sua inerente forma de acção diária de organização do saber e do poder em meio hospitalar, são confrontados com situações terminais em doentes idosos.

Na sua normal educação formativa não são direccionados para a especificidade destes casos. Actuam em módulo de acordo com linhas de orientação rotinizadas e padronizadas tendo em conta o diagnóstico presente na pessoa e não as suas necessidades reais.

A futilidade e a obstinação terapêutica têm aqui a sua semente, crescendo em procedimentos terapêuticos e diagnósticos sem qualquer outra razão de existir que não a incapacidade dos profissionais lidarem conscientemente com os doentes idosos em fim de vida como doentes terminais. Não é negável a sua presença nas enfermarias e unidades nem o conjunto de factores que os definem, por isso quando emerge da observação prática e diária da acção dos profissionais, uma série de procedimentos terapêuticos e diagnósticos simplesmente estandardizados a qualquer tipo de doente, surge como que naturalmente a seguinte pergunta: Quais são os factores que são considerados importantes, pelos profissionais de saúde, na avaliação da proporcionalidade das atitudes terapêuticas em relação ao doente idoso terminal? Se eles existem devidamente identificados em literatura científica específica, serão devidamente observados e identificados pelo profissional na sua prática diária? Haverá factores pessoais por parte do profissional, que interfiram nessa prática, com este tipo de doentes?

Foi para dar resposta a este tipo de questões que foi construído o presente estudo de investigação exploratório descritivo recorrendo a uma abordagem quantitativa de dados.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

A população escolhida foram os médicos e enfermeiros do Centro hospitalar de Setúbal de serviços seis serviços específicos onde a taxa de internamento de idosos é considerável, permitindo uma adequada aleatoriedade de dados.

## **7.1 Metodologia**

### **O DOENTE IDOSO EM CUIDADOS PALIATIVOS.**

#### **7.1.1. Objectivo geral**

Este estudo tem como objectivo geral responder às questões de investigação:

- Quais são os factores que são considerados importantes, pelos profissionais de saúde, na avaliação da proporcionalidade das atitudes terapêuticas em relação ao doente idoso terminal?
- Até que ponto, factores pessoais dos profissionais de saúde influenciam a avaliação da proporcionalidade de atitudes terapêuticas em relação ao doente idoso terminal?

#### **7.1.2. Objectivos específicos**

- Conhecer o perfil de entendimento dos profissionais de saúde acerca da definição de doente geriátrico terminal.
- Identificar e caracterizar os factores comuns e relevantes á maioria dos doentes geriátricos terminais.
- Analisar se os profissionais de saúde adequam as suas atitudes terapêuticas na sua relação com o doente geriátrico terminal.
- Entender se existe uma relação significativa entre os factores pessoais do profissional/ factores que caracterizam o doente geriátrico terminal e a respectiva atitude terapêutica do profissional.

#### **7.1.3. Material**

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Profissionais de saúde do Centro hospitalar de Setúbal, médicos e enfermeiros dos serviços de: Cardiologia; Medicina; Cirurgia; Urgência; Gastrenterologia e Ortopedia que são reconhecidamente serviços onde a população de doentes é maioritariamente idosa.

### **7.1.4. Metodos**

Pesquisa bibliográfica, aplicação de inquéritos e respectiva recolha de informação dos mesmos e tratamento de dados através de análise estatística dos resultados.

### **7.1.5 Procedimentos**

O questionário foi construído de forma a ser fácil e rápido de preencher, maioritariamente de resposta fechada, dando porém, a hipótese ao inquirido de deixar uma resposta aberta se assim o desejar. Nele foram incluídos os critérios que definem um doente terminal e, que em princípio serão comuns, conforme está definido cientificamente.

Incluíram-se também, questões de avaliação de experiência profissional com os doentes idosos terminais e, também qual a percepção do profissional acerca de doente geriátrico e de doente terminal e se tendo a noção de ter identificado o doente como terminal se actuou de acordo com essa informação ou não.

(Ver apêndice 1)

Seguiram-se os diversos procedimentos éticos e legais de pedido de autorização de aplicação de questionário ao conselho de administração do centro hospitalar e procedeu-se à entrega de cerca de trinta questionários para pré-teste, correspondendo a cerca de 10% do total da população no serviço de Ortopedia do hospital do Outão. A escolha do serviço de Ortopedia foi realizada devido à questão logística por ser um serviço fora do grande núcleo do Centro Hospitalar de Setúbal e, porque o total de médicos e enfermeiros estaria perto dos 10% desejados de população para pré-teste. Houve uma adesão total por parte da equipa de enfermagem em oposição ao facto de não ter havido qualquer questionário respondido da parte do corpo clínico do serviço, por a directora do mesmo não reconhecer aplicabilidade do tema aos médicos ortopedistas, mesmo depois de ter previamente autorizado a sua distribuição.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

A fim de colmatar esta situação procedeu-se á aplicação de dez questionários aos clínicos do serviço de Cardiologia tendo-se assim atingido o número desejado para perfazer o objectivo de 10% da população para o pré-teste.

Foi realizada então a análise estatística de dados e depois de alguns ajustes nos quais se excluíram cinco questões que mostraram menor relevância para os objectivos propostos, foi aplicado o teste de confiabilidade de alfa de Cronbach obtendo-se o valor de 0,68 indicando assim a existência de fiabilidade dos questionários.

Procedeu-se de seguida á distribuição faseada dos restantes questionários pelos restantes serviços num total de 264 dando-se cerca de tres semanas de tempo a cada serviço para a devida recolha.

Ao fim das três semanas (Dia 18 de Novembro de 2013) conseguiu-se atingir o objectivo de um número estipulado de cerca de 50% do total do valor da população. Ou seja cerca de 132 questionários respondidos.

Conseguiu-se atingir o número total de 134 questionários. Num total de 34 médicos e 99 enfermeiros mais um profissional que não definiu se era médico ou enfermeiro.

## **7.2. Caracterização da população**

Em relação a este estudo, como se pretende saber se factores pessoais interferem de alguma forma na tomada de decisão, foram incluídos algumas características sócio demográficas, que poderiam vir a ter alguma influência na maneira como actuam ou influenciam a sua acção perante este tipo de doentes e, na forma como os identificam. Esses factores são a idade, o sexo, a categoria profissional, a formação académica, a religião e o facto de conviver ou não com idosos.

Inclui-se nesta caracterização, também a experiencia profissional com este tipo de doentes, sendo que seria tido como critério de exclusão do estudo o nunca ter trabalhado com doentes idosos.

### **7.2.1 Idade**

Relativamente à idade verifica-se que a distribuição da população não tem uma distribuição normal de acordo com o teste de normalidade *Kolmogorov- Smirnof*.



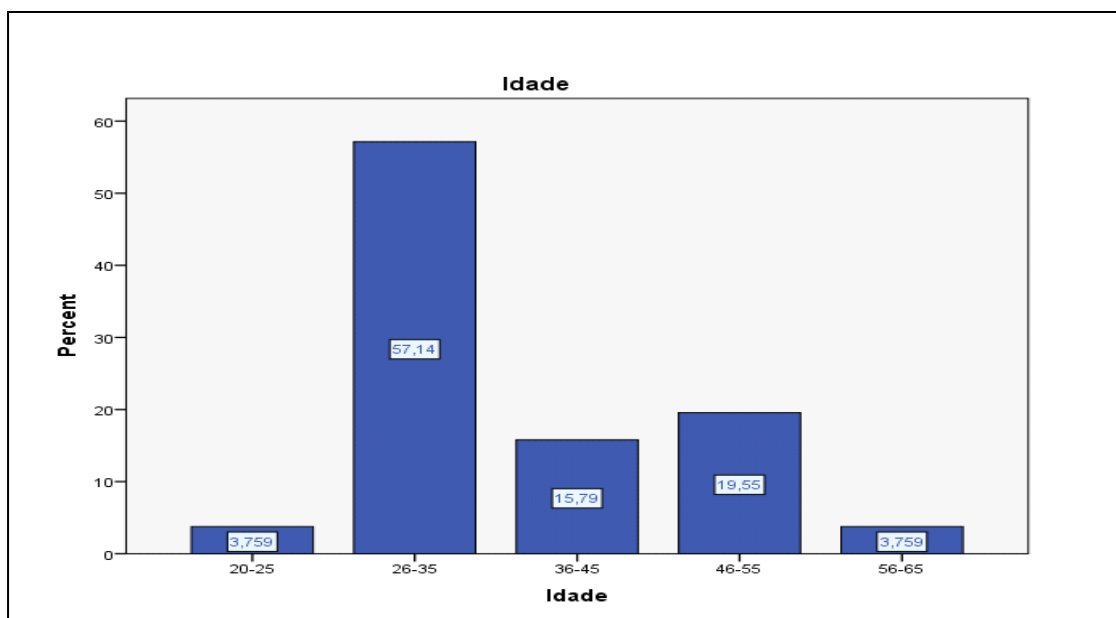
## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

(Ver Apendice2)

Os dois maiores grupos de idades, situam-se nas faixas etárias entre os 25 e os 35 anos (57,14%) e os 45 e os 55 anos de idade (19,55%).

Os restantes inquiridos distribuem-se por indivíduos entre os 20 e os 25 anos (3,75%) na faixa dos 36 aos 45 anos (3,75%) e por fim na faixa dos 56 aos 65 anos (3,7%).

(Ver Apêndice 2)

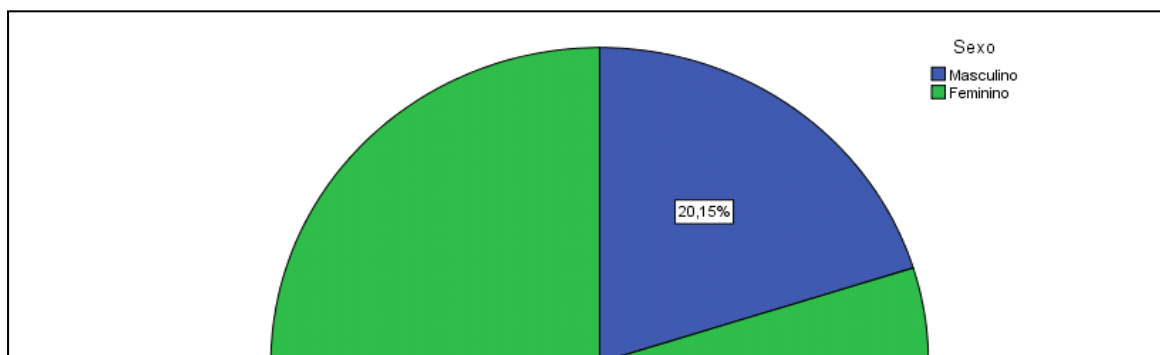


**Figura 1:** Gráfico representativo da idade da população

### 7.2.2 Género

De ambos os géneros, destaca-se o feminino com um total de 107 inquiridos (79,85%) da amostra total em oposição a 27 indivíduos do sexo masculino (20,1%)

(Ver apêndice 3)

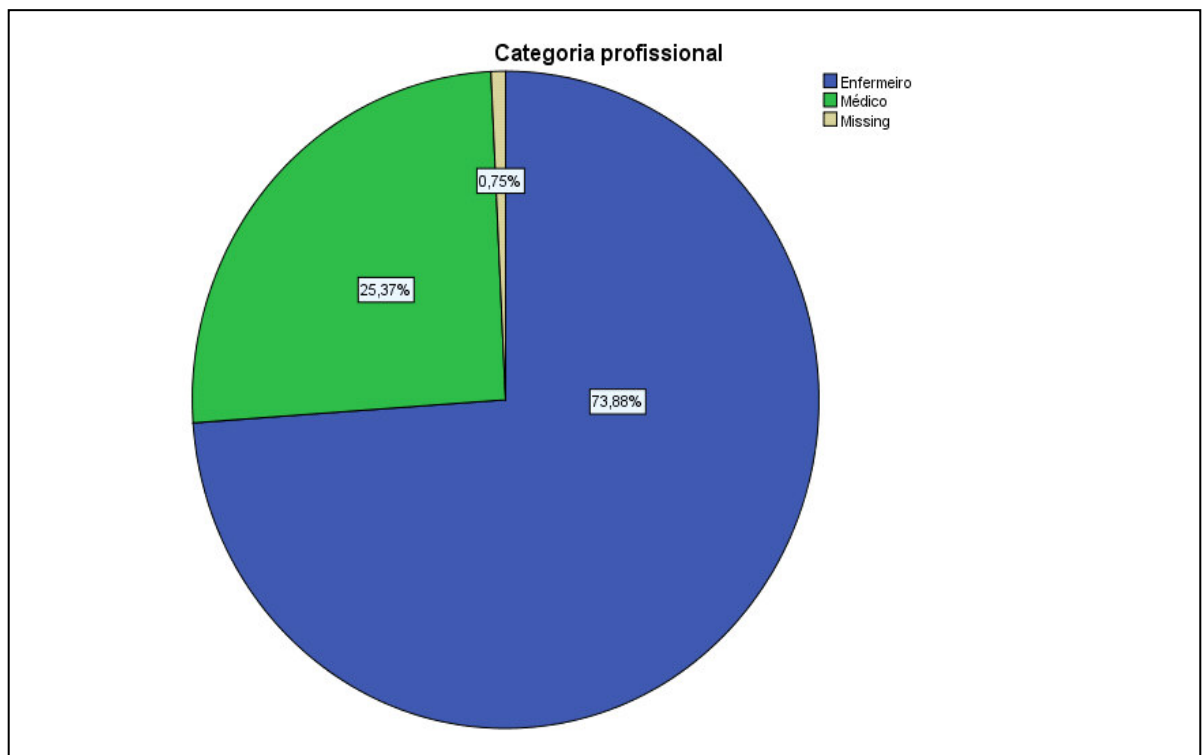


**Figura 2:**Gráfico representativo do sexo

### 7.2.3. Categoria Profissional

Dentro da categoria profissional foram apenas inquiridos duas grandes classes de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros com 99 enfermeiros participantes (73,88%) e 34 médicos (25,4%) de médicos correspondendo a 47% e 36% respectivamente da amostra inicial.

Apenas 0,75% Corresponde a um inquirido em que a questão da categoria profissional não foi respondida. (Ver apêndice 4)

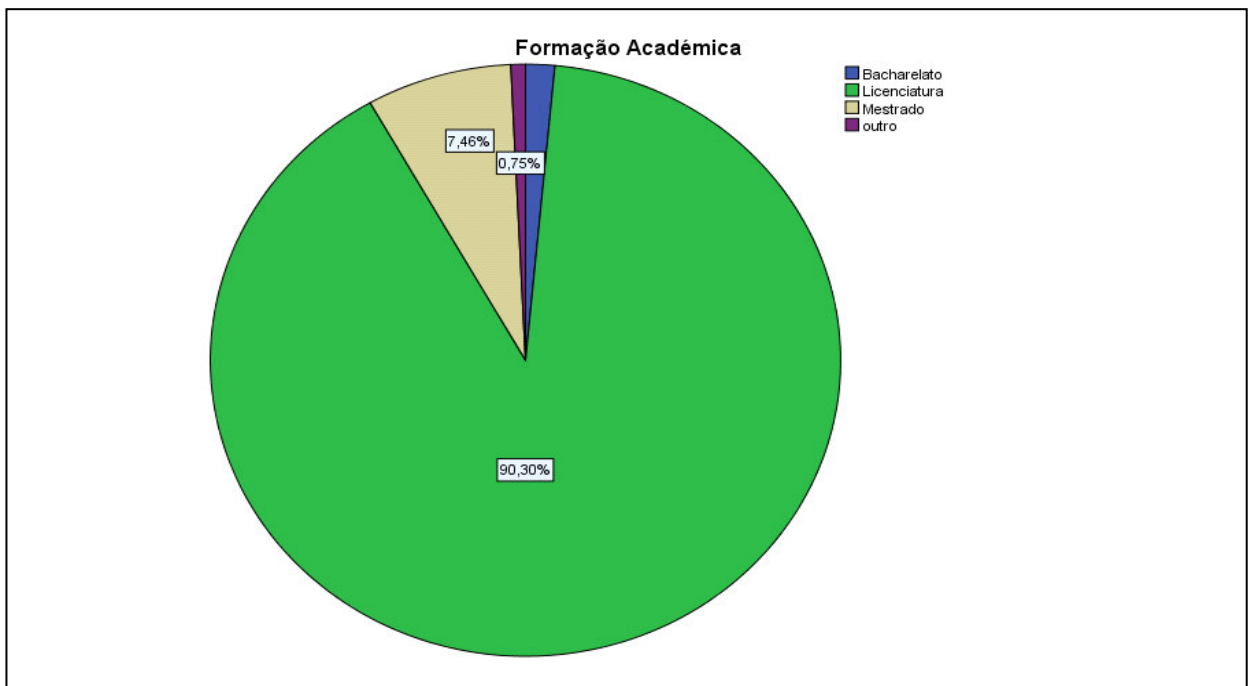


## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**Figura 3:** Gráfico representativo da categoria profissional

### 7.2.4. Formação académica

No ponto referente à formação académica, foram avaliados os graus académicos dos inquiridos de onde se destacou a licenciatura com 121 inquiridos (90,3%) seguido logo do mestrado com 10 inquiridos (7,5%) e por fim apenas dois inquiridos (1,5%) referem ter como grau académico o bacharelato. Existe ainda um inquirido (0,7%) que não especificou a sua formação académica. (Ver apêndice 5)



**Figura 4:** Gráfico representativo da formação académica

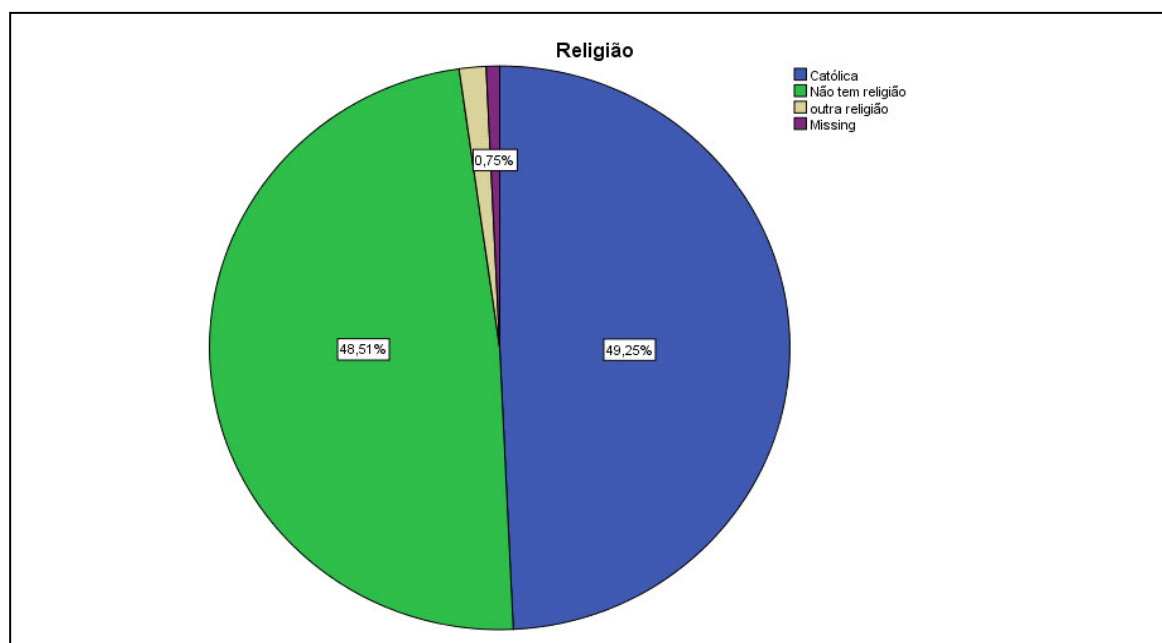
## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

### 7.2.5. Religião

Relativamente à religião, verifica-se um predomínio entre inquiridos que assumem o catolicismo correspondente a 66 inquiridos (49,6%).

65 Inquiridos (48,5%) que referem não ter qualquer tipo de religião.

Apenas dois inquiridos referiram ter outra religião (1,5%), e apenas um inquirido (0,7%) não respondeu á questão. (Ver Apêndice 6)

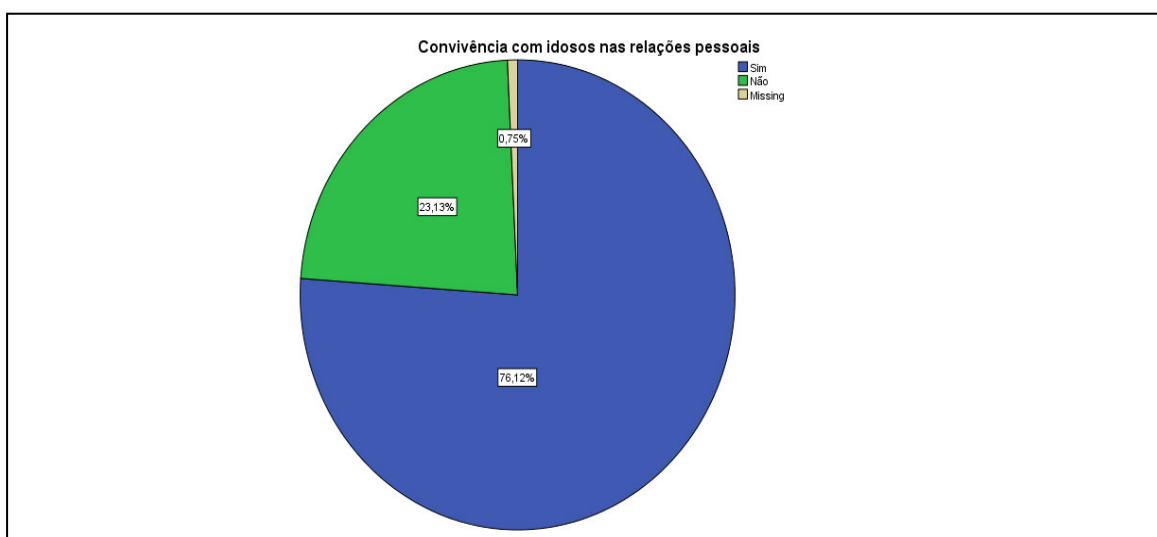


**Figura 5:** Gráfico representativo da religião

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

### 7.2.6. Convivência com idosos

A convivência com idosos revelou que a grande maioria convive com idosos nas suas relações pessoais num total de 102 inquiridos (76,1%) da amostra contra 31 profissionais (23,1%) que referem não ter qualquer tipo de convívio pessoal com idosos apenas um inquirido não respondeu, correspondendo a 0,7% da amostra. (Ver apêndice 7)



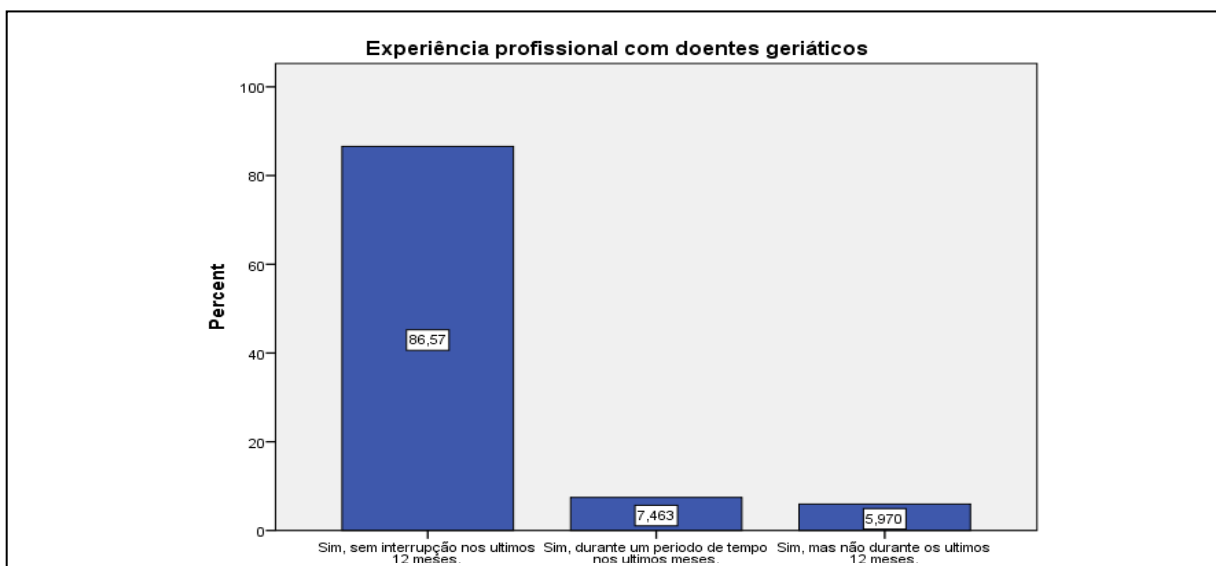
**Figura 6:** Gráfico representativo da convivência com idosos.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

### 7.2.7 Experiencia Profissional com idosos

O dado pessoal “experiencia profissional com idosos”: Todos os inquiridos de alguma forma, detinham experiencia profissional com idosos. Na grande sua maioria sem interrupção durante os últimos 12 meses de actividade profissional num total de 116 indivíduos (86,6%).

Dez Inquiridos (7,5%), manifestaram que tinham tido experiencia com idosos durante um período de tempo correspondente aos últimos 12 meses e, 8 inquiridos num total de 6% confirmaram já ter tido experiencia com doentes idosos mas não nos últimos meses. (Ver apendice 8)



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**Figura 7:** Gráfico representativo da experiência profissional com doentes idosos

Resumindo.

- Os participantes têm uma idade maioritariamente distribuída entre os 26 e os 35 anos com predomínio do sexo feminino.
- Em termos de categoria profissional predominam os enfermeiros em relação aos médicos, de acordo com os números iniciais da população escolhida, existindo apenas uma diferença de 11% de predomínio de enfermeiros, entre o total dos inquiridos respondidos em relação ao total da amostra.
- Academicamente a população é maioritariamente constituída por licenciados.
- Do ponto de vista da religião verifica-se um equilíbrio entre inquiridos que se identificam com uma religião e inquiridos que não se identificam com qualquer tipo de religião havendo predomínio entre os que se identificam em relação à religião católica.
- A convivência com idosos, nas relações pessoais do profissional são identificadas pelos inquiridos, numa elevada maioria.
- Todos os inquiridos assumem ter, experiência profissional com doentes idosos, na grande maioria sem interrupção durante o último ano de trabalho.

### **7.3 Perfil de entendimento do profissional acerca da definição de doente geriátrico terminal.**

Este objectivo é avaliado no questionário em duas questões chave:

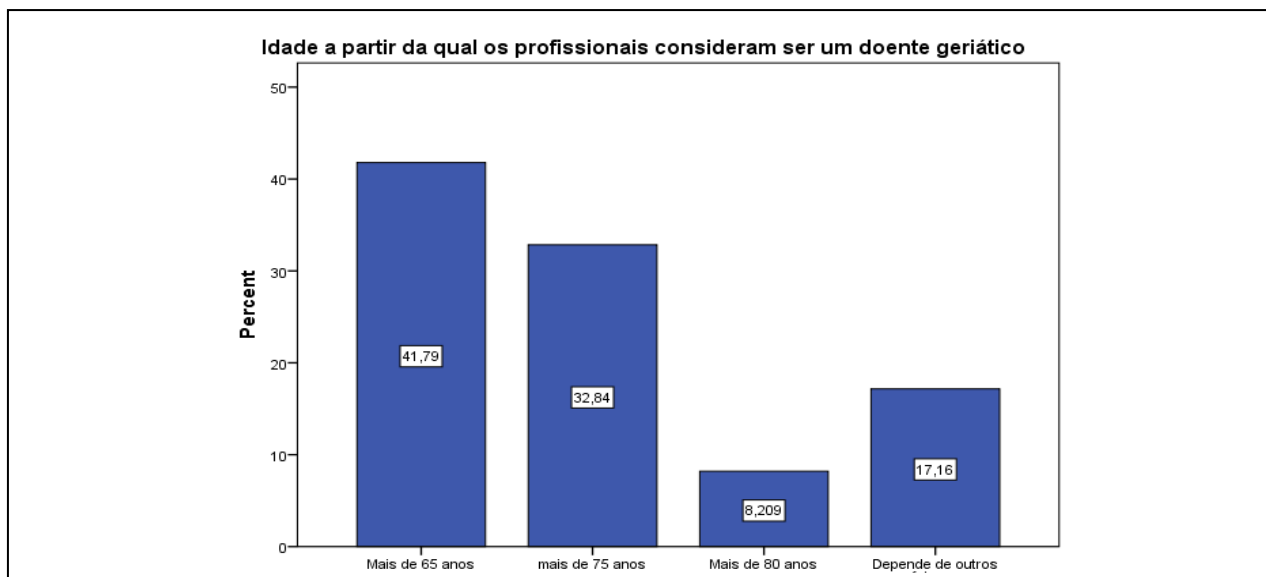
O que é um doente geriátrico e que factores o definem e o que é um doente terminal, que factores o definem.

#### **7.3.1 Percepção do profissional acerca da definição de doente geriátrico**

Todos os inquiridos responderam a esta questão na totalidade. Cento e onze Consideram apenas a idade como factor de distinção. Cinquenta e seis Inquiridos (41,8%) consideram que um doente geriátrico é um doente com mais 65 anos, 32% considera apenas idades superiores a 75 anos e uma reduzida percentagem de 8,2% de inquiridos considera apenas acima dos 80 anos.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

De destacar que 17,2% considera insuficiente o factor idade para definir um doente Geriátrico mas não definiram outros factores. (Ver apendice 9)



**Figura 8:** Grafico da idade a partir da qual os profissionais consideram ser um doente geritrico

### 7.3.2. Percepção do profissional acerca da expectativa de vida de doente terminal

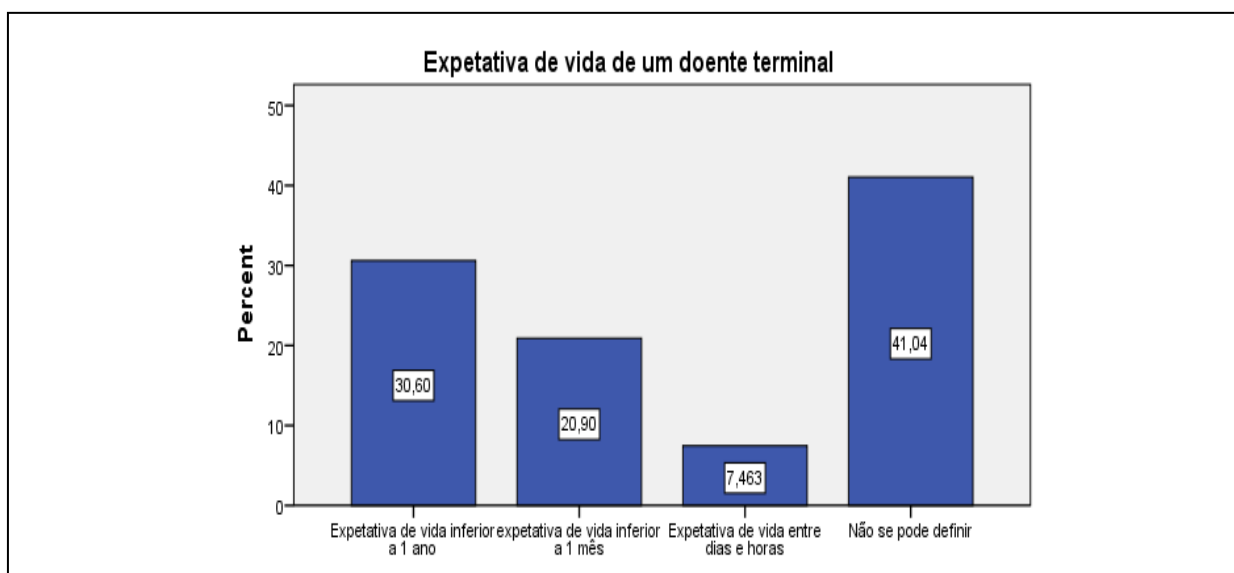
A totalidade dos inquiridos, responderam a esta questão.

30,6% Consideram que um doente terminal tem expectativa de vida inferior a um ano

20,9% consideram inferior a um mês.

Uma pequena minoria de 7,5% considera apenas que um doente terminal é um doente que tem apenas poucos dias ou horas de vida e uma grande maioria de 41% dos inquiridos considera que não é possível definir um doente como terminal.

(Ver apendice 10)





## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**Figura 9:** Grafico representativo do entendimento do profissional sobre a expectativa de vida de um doente terminal

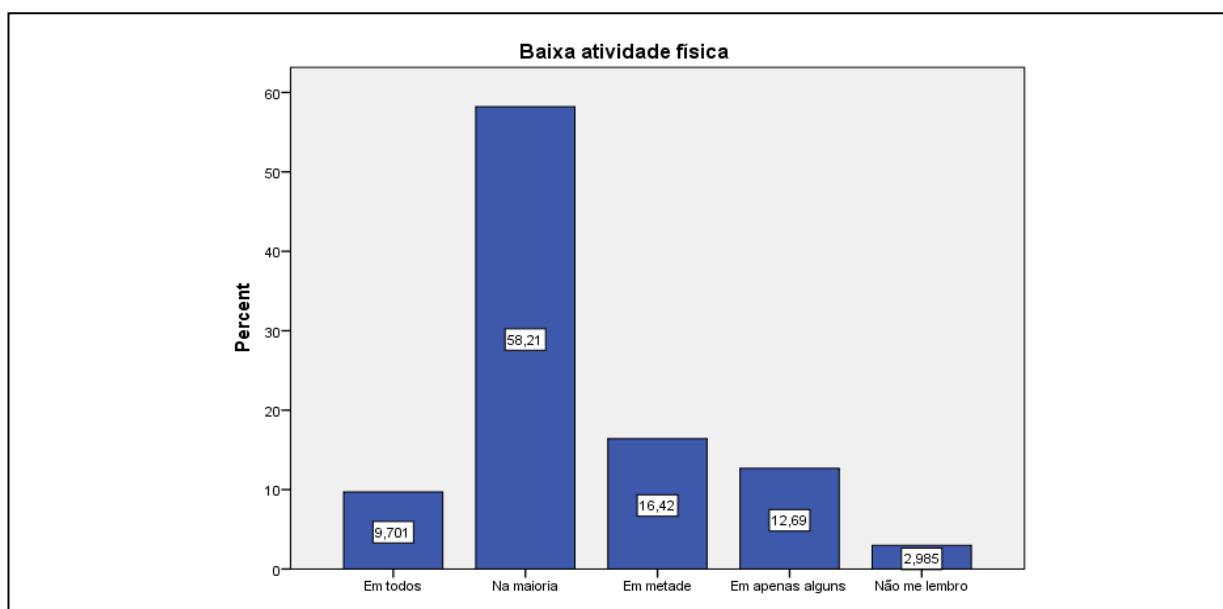
### 7.4 Factores identificados pelos profissionais que caracterizam um doente terminal.

#### 7.4.1. Baixa actividade fisica

A baixa actividade fisica foi identificada por praticamente todos os profissionais de saude tendo apenas quatro inquiridos (3%), referido que não se lembravam se esse factor estava presente nos seus doentes idosos terminais. Setenta e oito Inquiridos (58,2 %) identificaram este factor em cerca de 75% dos doentes idosos terminais com os quais trabalhou.

Treze profissionais (9,7%) identificaram em todos os doentes idosos terminais este factor.

Vinte e dois profissionais (16,42%) identificaram este factor em cerca de 50% dos doentes e desassete profissionais (12,69%) identificaram este fator em 25% dos doentes. (Ver apendice 11)



**Figura 10:** Grafico representativo da percentagem de doentes idosos terminais identificados com "Baixa actividade física"

#### 7.4.2. Limitação do Auto-cuidado

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apenas três profissionais (2,2%) identificaram em 100% dos utentes idosos terminais, a limitação do auto-cuidado.

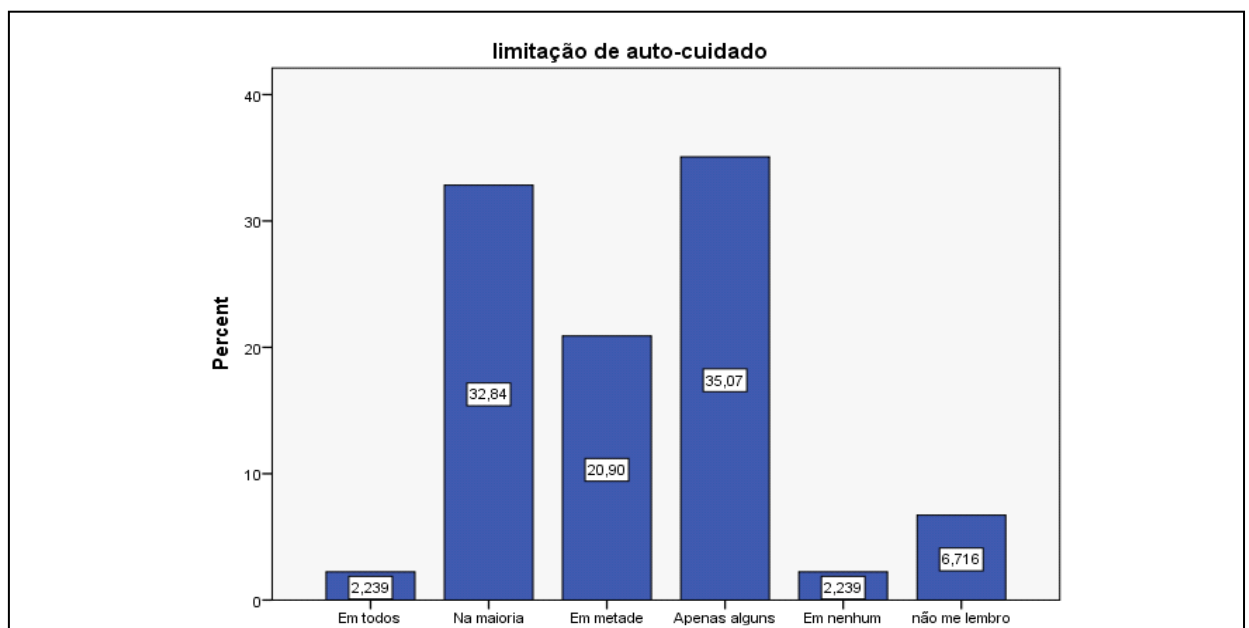
Quarenta e quatro profissionais (32,8%) identificaram este factor em 75% dos seus doentes idosos terminais.

Vinte e oito profissionais (20,9%) identificaram este factor em cerca de metade (50%) dos seus doentes.

A grande maioria, quarenta e sete profissionais (35,1%) da amostra, apenas identificaram este factor em 25% dos seus doentes.

Três profissionais, (2,2%), não identificaram este factor em nenhum dos seus doentes e nove profissionais, (6,71%) nem sequer se recordavam da presença deste factor.

(Ver apendice 12)



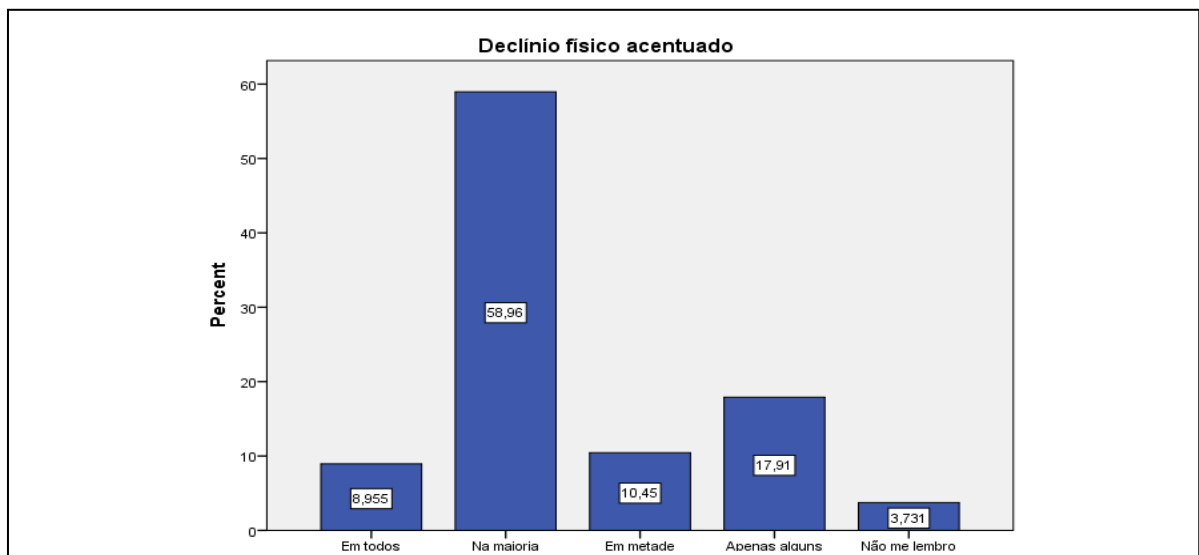
**Figura 11:** Gráfico representativo da percentagem de doentes idosos terminais identificados com limitação de auto-cuidado

### 7.4.3. Declínio físico acentuado

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

O declínio físico foi identificado por doze profissionais (9%) em 100% dos doentes geriátricos terminais. Setenta e nove profissionais (59%) identificaram em 75% dos doentes idosos terminais o declínio físico como factor presente.

Vinte e quatro profissionais (17,9%) apenas identificaram este factor em 25% dos doentes e cinco profissionais (3,7%) não tinha qualquer memória da presença deste factor. (Ver apêndice 13)



**Figura 11:** Gráfico representativo da percentagem de doentes idosos terminais identificados com Declínio físico acentuado

### 7.4.4. História de perda de peso acentuada.

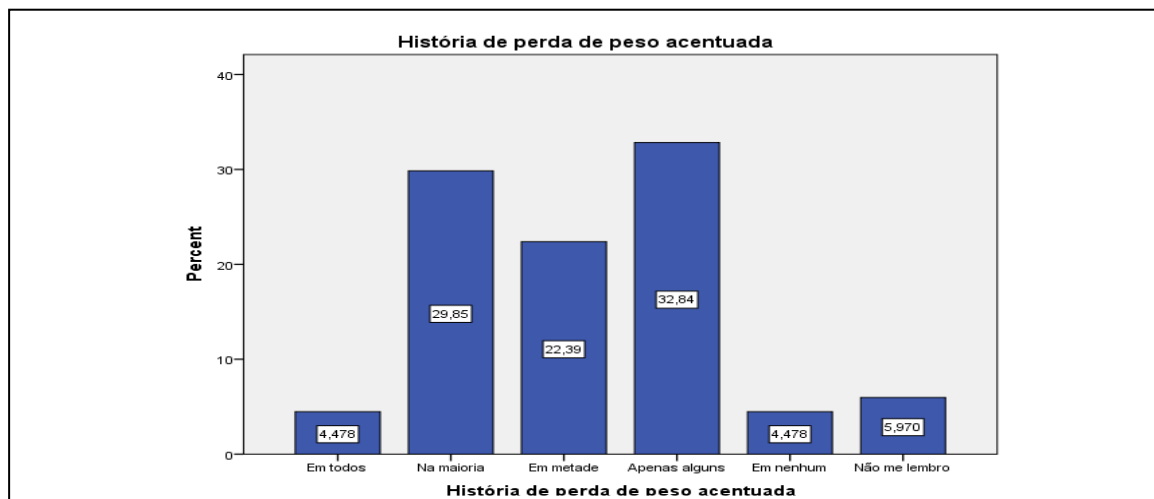
## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Seis profissionais, (4,5%) identificaram em todos os doentes idosos terminais a presença deste factor. Quarenta inquiridos (29,9%), identificam em cerca de 75% dos seus doentes a presença deste factor.

Trinta inquiridos (22,4%), reconheceram em cerca de 50% dos seus doentes idosos terminais a perda de peso acentuada.

Quarenta e quatro profissionais (32,8%), apenas identificaram em 25% dos seus doentes a perda de peso.

Seis profissionais (4,5%), não identificaram em nenhum dos seus doentes este factor e oito profissionais (6%), nem sequer se recordavam da presença deste factor nos seus doentes. (Ver apêndice 14)



**Figura 12:** Gráfico representativo da percentagem de doentes idosos terminais identificados com “História de perda de peso acentuada”

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

#### **7.4.5. Dificuldade de resposta aos tratamentos prescritos**

A dificuldade de resposta aos tratamentos prescritos foi identificada por sete profissionais (5,2 %) em 100% dos doentes idosos terminais. Quarenta e oito profissionais (35,8%) inquiridos identificaram a dificuldade de resposta aos tratamentos, em 75% dos seus doentes idosos terminais.

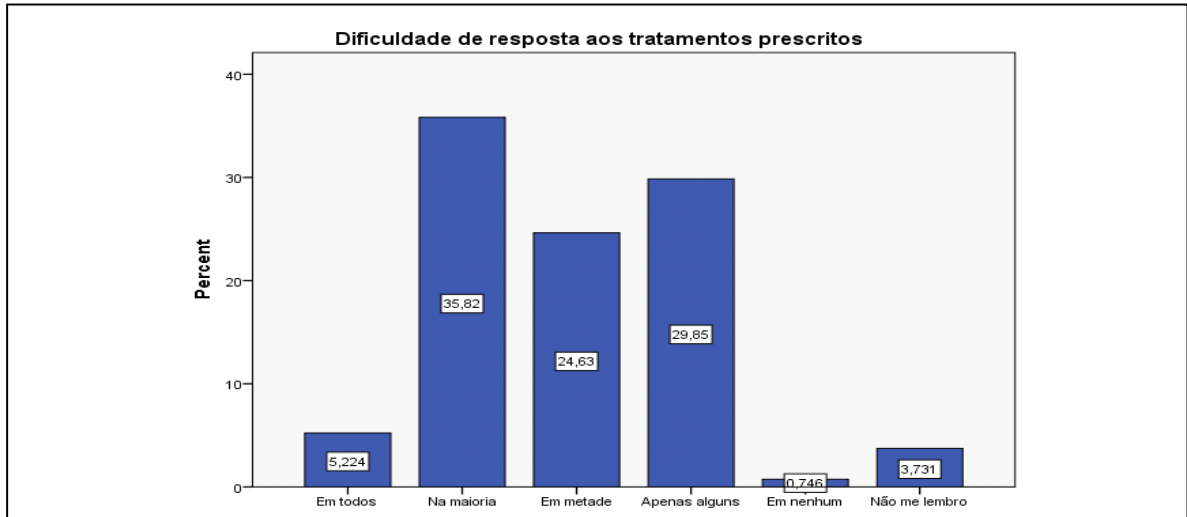
Trinta e três profissionais (24,6%) referem ter identificado este factor em cerca de 50% dos seus doentes idosos terminais.

Quarenta dos inquiridos (29,9%), identificou este factor apenas em 25% dos seus doentes idosos terminais.

Um profissional (0,7%) não reconheceu este factor em nenhum doente e cinco profissionais num total de 3,7% da amostra não se lembra da presença deste factor.

(Apendice 15)

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.



**Figura 13:** Gráfico representativo da percentagem de doentes idosos terminais identificados com “Dificuldade de resposta aos tratamentos prescritos”

### 7.4.6. Recusa de tratamentos

Em relação á recusa de tratamentos activos verifica-se que apenas cinco profissionais (3,7%) identificaram este factor em 75% dos seus doentes idosos terminais.

Seis inquiridos (4,5%) dos profissionais identificaram este factor em 50% dos seus doentes.

A grande maioria, setenta e dois profissionais (53,7%), identificou este factor em 25% dos doentes.

Trinta e três profissionais (24,6%), não identificaram este factor em nenhum dos seus doentes.

Dezoito inquiridos (13,4%) não se recordam deste factor. (Ver apendice 16)



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**Figura 13:** Grafico representativo da percentagem de doentes idosos terminais identificados com “História de recusa de tratamentos”

### 7.4.7. História de quedas recentes

A historia de quedas recentes foi identificada por cerca de treze profissionais (9,7%) na maioria dos seus doentes idosos terminais ou seja em cerca de 75%.

Vinte e quatro inquiridos (17,9%), identificaram este factor em cerca de 50% dos seus doentes idosos terminais e a grande maioria dos profissionais (52,24%) apenas identificou este factor em 25% dos doentes.

Sete profissionais (5,2%), não reconheceram este factor em nenhum dos seus doentes e vinte inquiridos (14,9%), nem se quer se recordam da presença deste factor.

(Ver apêndice 17)



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**Figura 14:** Grafico representativo da percentagem de doentes idosos terminais identificados com “História de quedas recentes”

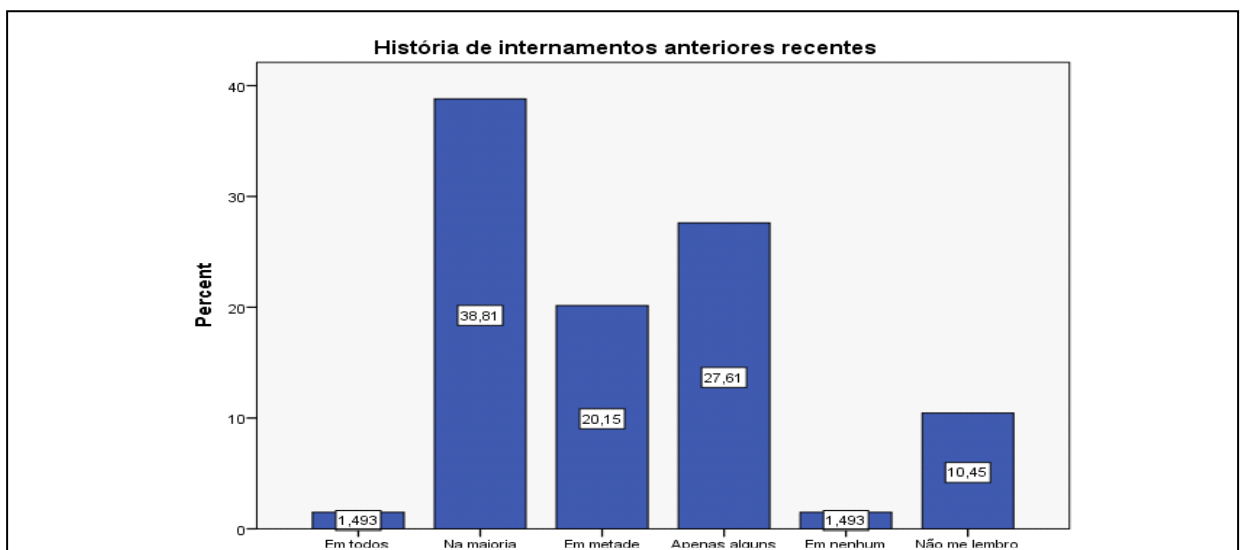
### 7.4.8.Historia de internamentos anteriores recentes

Apenas dois profissionais (1,5%) identificaram este factor em 100% dos doentes idosos terminais, cinquenta e dois profissionais (38,8%), identificaram este factor em 75% dos seus doentes idosos terminais.

Vinte e sete inquiridos (20,1%) identificou este factor em 50% dos doentes.

Trinta e sete profissionais (27,6%), identificaram em 25% dos doentes idosos terminais a presença de internamentos anteriores recentes.

Dois profissionais (1,5%) não identificaram este factor e quatorze profissionais (10,4%) nem sequer se lembram se esse factor esteve ou não presente. (Ver apendice 18)





## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

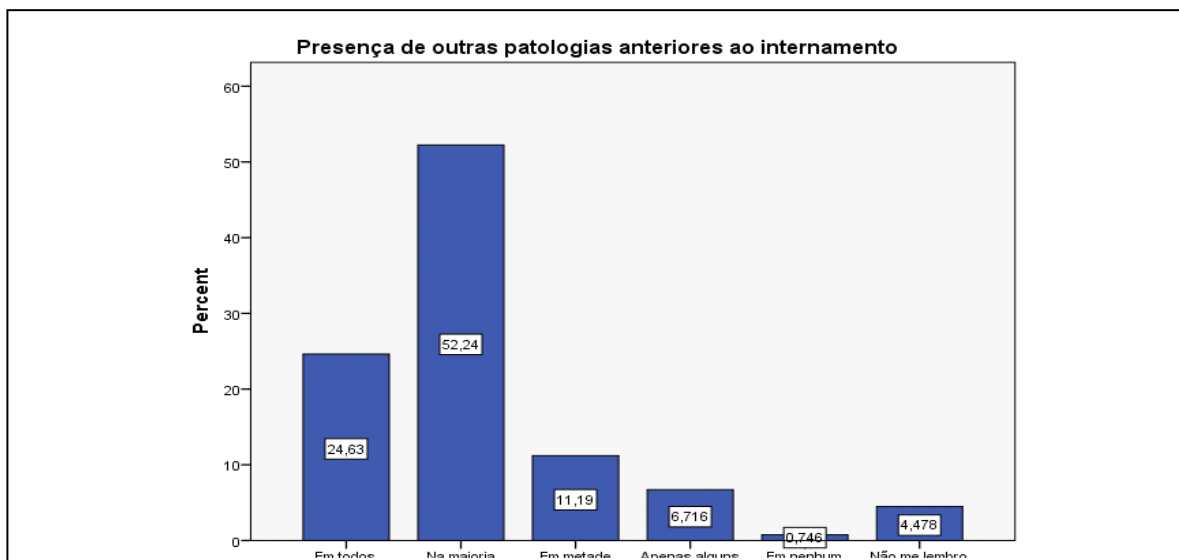
**Figura 15:** Grafico representativo da percentagem de doentes idosos terminais identificados com “História de internamentos anteriores recentes”

### 7.4.9. Presença de outras patologias anteriores ao internamento

Trinta e três profissionais (24,6%) identificam este factor em todos os doentes idosos terminais. A grande maioria, setenta profissionais (52,2%) identificou em 75% dos doentes idosos terminais a presença de outras patologias.

Quinze profissionais (11,2%), referem identificar apenas em 50% dos seus doentes.

Um inquirido não identificou este factor em nenhum dos seus doentes e seis profissionais (4,5%), da amostra recolhida, não se recordam se este factor esteve presente ou não. (Ver apendice 19)



## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**Figura 16:** Grafico representativo da percentagem de doentes idosos terminais identificados com “presença de outras patologias anteriores ao internamento”

### 7.5. Atitudes dos profissionais de saúde perante um doente idoso terminal.

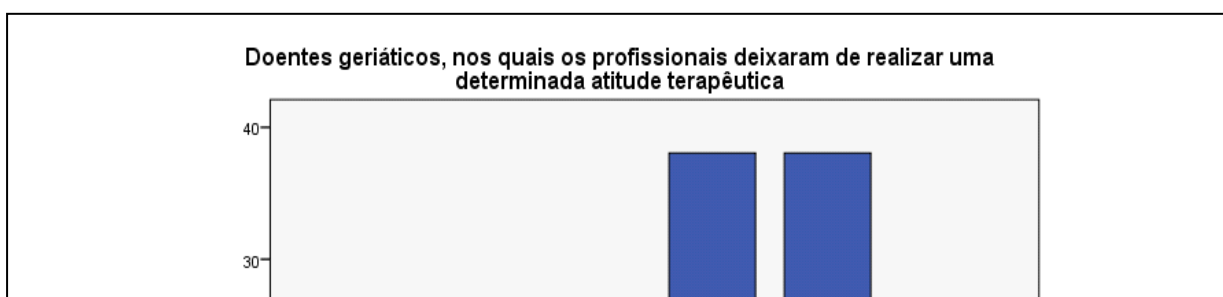
A análise deste tópico incide essencialmente sobre duas questões: Não iniciação de atitudes terapêuticas entendidas como fúteis, ou seja sem qualquer tipo de interesse para a expectativa/qualidade de vida, em utentes idosos terminais e a suspensão da mesma em situações em que o profissional tem a noção de que a atitude terapêutica não terá qualquer utilidade para o doente.

#### 7.5.1 Atitudes terapêuticas que o profissional deixou de realizar por considerar não terem utilidade em relação à expectativa/qualidade de vida.

Um profissional (0,7%) da amostra refere ter deixado de realizar atitudes terapêuticas em todos os seus doentes idosos terminais por considerar não terem utilidade para a expectativa/qualidade de vida dos mesmos. Nove profissionais (6,7%) inquiridos referem que em cerca de 75% dos seus doentes idosos terminais deixou de realizar, atitudes terapêuticas sem utilidade para a expectativa/qualidade de vida dos doentes geriátricos terminais. Onze profissionais (8,2%), admitem só o ter feitos em cerca de 50% dos seus doentes idosos terminais.

Cinquenta e um profissionais (38,1%) inquiridos não deixaram de realizar, atitudes terapêuticas sem utilidade para a expectativa/qualidade de vida dos doentes idosos terminais, em cerca de 25% dos seus doentes idosos terminais e o mesmo número de profissionais (38,1%) reconhece nunca ter deixado de realizar uma determinada atitude terapêutica, apesar de ter noção de não ter qualquer tipo de utilidade para a expectativa/qualidade de vida dos doentes idosos terminais.

Onze inquiridos (8,2%), não se lembram de ter deixado de realizar ou não, qualquer atitude terapêutica em doentes idosos terminais apesar de convictos de não terem utilidade para o mesmo. (Ver apêndice 20)



O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**Figura 17: Gráfico representativo do número de profissionais nos quais os profissionais deixaram de realizar uma determinada atitude terapêutica**

#### **7.5.2. Atitudes terapêuticas que o profissional realizou ou prescreveu apesar de estar convicto de não terem utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida do doente idoso terminal.**

Cinco profissionais, (3,7%), realizaram atitudes terapêuticas apesar de estarem convictos de não terem utilidade para os seus doentes.

Vinte e cinco profissionais (18,7%) referem ter realizado prescrito ou colaborado em atitudes terapêuticas sem utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida em 75% dos seus doentes.

Vinte e oito profissionais, (20,9%) realizaram/prescreveram ou colaboraram em atitudes terapêuticas sem utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida em 50% dos doentes idosos terminais.

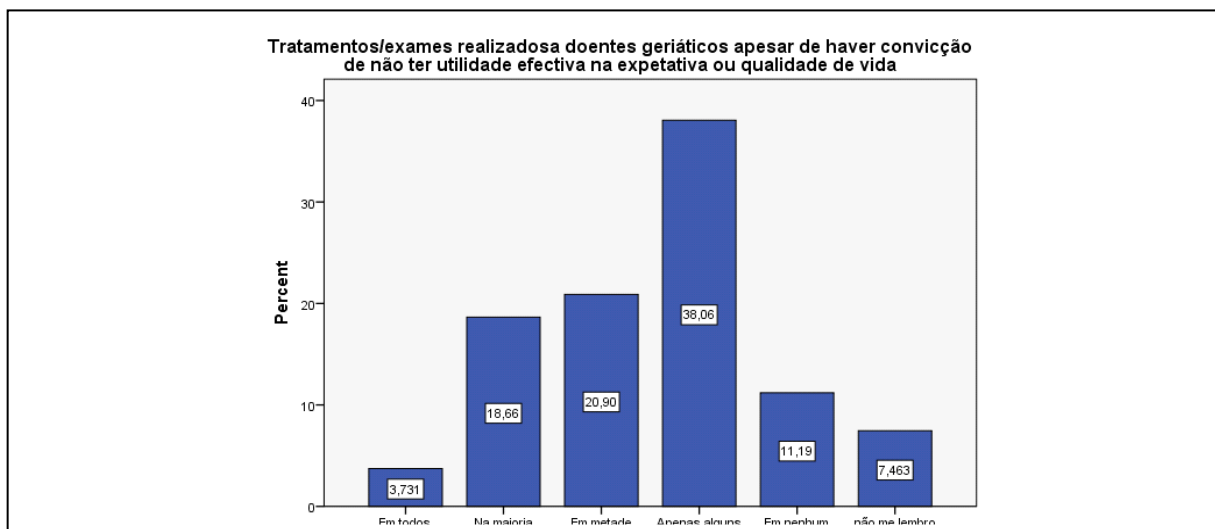
Cinquenta e um profissionais, (38,1%) do total da amostra realizaram prescreveram ou colaboraram em atitudes terapêuticas sem utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida dos doentes idosos terminais em cerca de 25% dos seus doentes.

Quinze profissionais (11,2%) da amostra, afirmam nunca ter colaborado, prescrito ou realizado atitudes terapêuticas sem utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida dos doentes idosos terminais.

Por fim, dez inquiridos numa percentagem de 7,5%, referem não se lembrarem de tal

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

situação. (Ver apêndice 21)



**Figura 18:** Gráfico representativo dos profissionais que realizaram tratamentos/ exames apesar de convictos de não terem utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida do doente idoso terminal

### 7.6. Identificação da relação entre “Atitudes dos profissionais de saúde perante um doente idoso terminal”, cada um dos indicadores de prognóstico e respectivos factores pessoais de cada profissional.

#### 7.6.1. Identificação da relação entre as “Atitudes terapêuticas que o profissional deixou de realizar por considerar não terem utilidade em relação à expectativa/qualidade de vida e factores indicadores de prognóstico.

Assim estatisticamente foi feito o teste de associação Qui quadrado entre a questão, que avalia em quantos doentes o profissional deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica por considerar ser sem utilidade em relação à expectativa ou qualidade de vida e cada um dos factores identificados como sendo indicadores de prognóstico doente terminal.

Considerando duas hipóteses de resposta que são:

-Há uma relação significativa entre cada um dos factores indicadores de prognóstico terminal e o número de profissionais que deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica (H1);

-Não existe uma relação significativa, entre cada um dos factores indicadores de prognóstico e o número de profissionais que deixou de realizar uma determinada

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

atitude terapêutica (H0)

Considerando que  $\alpha=0,05$  e assumindo que,  $P < \alpha$  então rejeita-se a hipótese nula (H0).

Aplicado o teste de associação Qui quadrado, verifica-se que para: “Baixa actividade física” (Apendice 22); “Limitação de auto-cuidado” (Apendice 23); “Declínio físico acentuado” (Apendice 24); “História de perda de peso” (Apendice 25); Dificuldade de resposta aos tratamentos prescritos (Apendice 26); “História de quedas recentes” (Apendice 27) e “História de internamentos anteriores recentes” (Apendice 28) o nível de significância deste teste situa-se entre os valores de 0,22 e 0,91 valores que são superiores a 0,05 mostrando que não existe uma relação significativa entre a identificação destes factores e o número de profissionais que deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica. Rejeita-se assim H1 e confirma-se H0 levando a aceitar a hipótese nula.

Para os factores de prognóstico, “Recusa de tratamentos” (Apendice 29) e presença de outras patologias anteriores ao internamento” (Apendice 30), foram encontrados valores de P de 0,02 e de 0,04 respectivamente. Ou seja,  $P < \alpha$  o que confirma H1, confirmando que existe uma relação significativa entre estes dois factores e o número de profissionais que deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica por considerar não terem utilidade para a expectativa/qualidade de vida do doente idoso terminal.

Em ambos os indicadores, foi aplicado o quociente de contingência V de Cramer que conferem uma intensidade de associação de 28% (apêndice 29) e de 26,7% (apêndice 30) respectivamente ou seja de intensidade fraca.

Concluindo: Entre o número de profissionais que deixaram de realizar uma determinada atitude terapêutica por considerarem ser sem utilidade para a expectativa/qualidade de vida e a identificação dos factores indicadores de prognóstico, existe uma relação significativa apenas em dois deles (“recusa de tratamentos” e existência de “patologias anteriores”) indicando que existe uma associação fraca entre as variáveis. Este resultado, em relação à recusa de tratamentos, corrobora o estudo de Ferraz Gonçalves em que a maioria dos médicos (70%) faria a suspensão dos tratamentos caso fosse solicitado pelo doente doente (71)

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**7.6.2. Identificação da relação entre o “Número de profissionais que, “realizaram, prescreveram ou colaboraram em exames e tratamentos apesar de estar convicto de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida do doente idoso” e os factores indicadores de prognóstico.**

Em relação ao número de profissionais que, “realizaram, prescreveram ou colaboraram em exames e tratamentos apesar de estar convicto de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida do doente idoso”, foi aplicado o mesmo teste de qui quadrado de cruzamento com a identificação dos factores indicadores de prognóstico e levantaram-se as questões a testar:

Para um valor de  $\alpha = 0,05$ , as hipóteses levantadas são:

-Considera-se que não existe uma relação significativa entre o número de profissionais que realizou, prescreveu ou colaborou em exames e tratamentos apesar de estar convicto de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida do doente idoso e a identificação dos factores indicadores de prognóstico (H0)

-Considera-se que existe uma relação significativa entre o número de profissionais que realizou, prescreveu ou colaborou em exames e tratamentos apesar de estar convicto de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida do doente idoso e a identificação dos factores indicadores de prognóstico (H1)

Para um  $P < \alpha$  rejeita-se H0.

Aplicado p teste associação Qui quadrado verifica-se que: “Baixa actividade física” (Apendice 31); “Limitação do auto-cuidado” (Apendice 32); “Declínio físico acentuado” (Apendice 33); “História de perda de peso acentuada” (Apendice 34); “Recusa de tratamentos” (Apendice 35); “História de quedas recentes” (Apendice 36) e “Historia de internamentos anteriores recentes” (Apendice 37), apresentam valores de  $\alpha$  entre 0,10 e 0,94. Pelo que, para valores de  $P < \alpha$  confirma H0 e rejeita H1, ou seja; Não existe uma relação significativa entre o número de profissionais que realizou, prescreveu ou colaborou em exames e tratamentos apesar de estarem convictos de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida do doente idoso e a identificação destes factores indicadores de prognóstico em particular.

Porem, verifica-se que existe uma relação significativa entre o número de profissionais que realizou, prescreveu ou colaborou em exames e tratamentos apesar de estarem

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

convictos de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida do doente idoso e a identificação dos seguintes indicadores de prognóstico: “Dificuldade de resposta aos tratamentos” (Apendice 38) e a “Presença de outras patologias anteriores ao internamento” (Apendice 39), ambas com valores de P de 0,04 para um valor de V de Cramer de 26% com um grau de intensidade fraca.

### **7.6.3. Avaliação da relação entre factores pessoais avaliados em cada profissional e a questão “Em quantos doentes idosos terminais, o profissional deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica por considerar não ter utilidade em relação á expectativa/qualidade de vida.”**

Em relação aos factores pessoais avaliados em cada profissional, Sexo, idade categoria profissional grau académico, pertencer a uma religião e a convivência regular com idosos, foi realizado cruzamento de dados entre todos estes factores e a questão:

“Em quantos doentes idosos terminais o profissional deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica por considerar não ter utilidade em relação á expectativa/qualidade de vida.” Foram consideradas as seguintes hipóteses:

- Não existe relação entre o número de profissionais que deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica por considerar não ter utilidade em relação á expectativa/qualidade de vida” e os factores pessoais de cada profissional (H0).

- Existe relação entre o número de profissionais que deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica por considerar não ter utilidade em relação á expectativa/qualidade de vida” e os factores pessoais de cada profissional. (H1)

Foi realizado o teste de associação Qui quadrado e verifica-se que para: “Sexo” (apêndice 40), “idade” (apêndice 41), “grau académico” (apêndice 42), “Pertencer a uma religião” (Apendice 43) e “convivência regular com idosos” (apêndice 44) o P assume valores entre 0,30 e 0,80 rejeitando H1 e confirmando H0. Ou seja:

- Não existe relação entre o número de profissionais que deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica por considerar não ter utilidade em relação á expectativa/qualidade de vida” e a maioria dos factores pessoais de cada profissional. Corroborando também em parte o estudo de Ferraz Gonçalves “A boa Morte” acerca da suspensão de tratamentos e a influencia dos factores pessoais (71).

Porem, para a “categoria profissional” (apêndice 45), verifica-se uma excepção.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Para um valor de  $\alpha$  de 0,00 verifica-se a existência de uma relação significativa com um valor de V de Cramer de 0,41 indicando uma intensidade moderada, entre a “categoria profissional” e o número de profissionais que deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica por considerar não ter utilidade em relação á expectativa/qualidade de vida”.

Ou seja, em termos percentuais verifica-se que entre médicos e enfermeiros há uma diferença considerável no número de profissionais que consideraram que uma determinada atitude terapêutica a doentes idosos terminais não tinha utilidade em relação á expectativa de vida. (Apendice 46).

Estes valores são verificados através do estudo dos resíduos ajustados que indicam as células que se afastam da hipótese  $H_0$  de independência. Os valores que se afastam de -2 e de +2 identificam as células que se afastam significativamente de  $H_0$ , mostrando uma predominante percentagem de enfermeiros em relação a esta pergunta não a deixando de realizar essa atitude, por limitações éticas de prescrição clínica (ver apêndice 46)

### **7.6.4. Avaliação da relação entre os factores pessoais de cada profissional e os “Exames/tratamentos realizou/prescreveu ou colaborou apesar de estar convicto de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida”.**

Em relação à questão: Quantos exames/tratamentos realizou/prescreveu ou colaborou apesar de estar convicto de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida foi também realizado o cruzamento entre os factores pessoais dos profissionais e o número de respostas dos profissionais, levantando-se as seguintes hipóteses:

- Não há relação entre os factores pessoais de cada profissional e o número de tratamentos/exames, realizados/prescritos aos doentes idosos terminais apesar de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida. ( $H_0$ )
- Há relação entre os factores pessoais de cada profissional e o número de tratamentos/exames, realizados/prescritos aos doentes idosos terminais apesar de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida. ( $H_1$ )

Verifica-se através do teste de associação qui quadrado que os valores de  $\alpha$  situam-se



O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

entre 0,20 e 0,70 pelo que, para um  $P=0,05$  e considerando  $\alpha<0,05$  para rejeitar  $H_0$ , confirma-se que não existe relação entre os factores pessoais de cada profissional “Sexo” (Apendice 47), “Idade” (Apendice 48), “Categoria Profissional” (Apendice 49) “Grau académico” (Apendice 50), “Pertencer a uma religião” (Apendice 51) e “Conviver com idosos no círculo de relações pessoais” (Apendice 52) e o número de tratamentos/exames, realizados/prescritos aos doentes idosos terminais apesar de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa/qualidade de vida.

## **VIII-CAPITULO**

### **8-Considerações Finais**

Este trabalho, procurou responder às seguintes questões:

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

-Quais são os factores que são considerados importantes, pelos profissionais de saúde, na avaliação da proporcionalidade das atitudes terapêuticas em relação ao doente idoso terminal?

-Até que ponto, factores pessoais dos profissionais de saúde influenciam a avaliação da proporcionalidade de atitudes terapêuticas em relação ao doente idoso terminal? Porém no decorrer do mesmo foi preciso definir conceitos em relação aos conhecimentos de cada profissional acerca deste assunto.

Compreender até que ponto o profissional entende estar perante um doente geriátrico terminal ou até que ponto percebe estar perante um doente idoso terminal e adequa a sua atitude profissional de acordo com o estado do doente.

Para responder á primeira questão os resultados do inquerito em relação aos factores identificados pelo profissionais, foram considerados os factores, que normalmente são encontrados em doentes geriátricos terminais, que a maioria dos profissionais refere ter encontrado na maioria dos doentes geriátricos que faleceram no espaço de um ano.

“O declínio físico acentuado” destaca-se com a maioria dos profissionais (59%) a detectarem este factor na maioria dos seus doentes seguido logo das “patologias anteriores ao internamento” (52,2%). A “baixa actividade física” é também identificada por 52% dos inquiridos. Seguem-se a “história de internamentos anteriores recentes” identificado na maioria dos doentes por 38,8% dos profissionais.

Os restantes factores são identificados em menos de 25% dos doentes, pela maioria dos profissionais e são eles:

“História de perda peso acentuada”, “História de quedas recentes”, a “limitação do autocuidado”, a “recusa de tratamentos activos” e a “Dificuldade de resposta a tratamentos”.

É de salientar, que a grande maioria dos profissionais reconheceram estes factores nos seus doentes havendo apenas um número reduzido de profissionais que não se lembrava de ter identificado um ou outro factor.

Nas definições de doente geriátrico e doente terminal verifica-se que de acordo com as respostas a grande maioria situa o doente geriátrico como um doente com mais de sessenta e cinco anos (41,8%). Não podemos, porém ignorar que bastante próximo deste resultado com uma diferença de apenas 9%, se encontram 32,8% dos profissionais que consideram o doente geriátrico apenas a partir dos 75 anos.

Destacam-se também nos resultados que 17,2% dos profissionais considera a idade

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

como um factor insuficiente, levando a ponderar na necessidade de se redefinir o actual conceito de doente geriátrico para um conceito mais abrangente que inclua, além de idade superior a 75 anos, outros factores como: patologia aguda, problemas físicos de deterioração funcional, pluripatologia, alterações cognitivas, polimedicação e recorrentes internamentos

Na definição de doente terminal, verifica-se que a maioria dos profissionais (55%) desconhece a possibilidade de se definir um doente terminal como sendo um doente com expectativa de vida inferior a um ano, embora 41% dos profissionais definem correctamente o doente terminal em termos de expectativa de vida, sendo que também há a destacar que 28% dos profissionais, identifica um doente terminal como tendo menos de um mês de expectativa de vida.

Resumindo, os resultados desta questão mostram que 59% dos profissionais não conhece adequadamente a definição de doente terminal que pode ir até um ano de expectativa de vida de acordo com o diagnóstico. (29)

O que pode também ajudar a explicar o elevado número de profissionais que não deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica apesar de ter noção de não ter utilidade na expectativa ou na qualidade de vida de um doente geriátrico. 38,1% dos profissionais só deixaram de o fazer em cerca de 25% dos seus doentes idosos terminais e igual percentagem não deixou de o fazer em nenhum dos seus doentes dando um total de 76.2% de profissionais que conscientemente não deixaram de realizar uma determinada atitude terapêutica considerada sem utilidade para a expectativa/qualidade de vida.

Por outro lado em relação à realização, prescrição ou colaboração, de exames/tratamentos, a doentes geriátricos terminais, sem terem qualquer tipo de utilidade na expectativa/qualidade de vida, os profissionais (38,1%) consideraram tê-lo apenas feito em apenas 25% dos doentes, sendo que 20% consideram tê-lo realizado em 50% dos seus doentes, marcando aqui uma diferença entre a não realização de atitudes terapêuticas e a realização de exames/tratamentos ou prescrições sem qualquer tipo de utilidade para a expectativa/ qualidade de vida.

A maioria dos profissionais admite não ter deixado de realizar uma determinada atitude terapêutica, entenda-se, previamente definida apesar de considerar não ter utilidade para a qualidade/ expectativa de vida do doente. Mas considera ter colaborado,

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

prescrito ou realizado exames/tratamentos sem utilidade para a expectativa/qualidade de vida do doente geriátrico terminal apenas numa pequena parte dos seus doentes. Na avaliação de relação entre o não ter deixado de realizar uma determinada atitude terapêutica e os indicadores de prognóstico, verifica-se uma relação entre a “recusa de tratamentos” e esta questão, admitindo que a baixa incidência de recusa de tratamentos entre os doentes pode influenciar a decisão de não deixar de realizar as respectivas actitudes terapêuticas.

Também a Identificação de outras patologias anteriores ao internamento apresenta uma relação significativa podendo indiciar que o facto de haver patologias prévias com necessidades prévias anteriores ao internamento, condicionem o profissional na sua acção de não deixar de realizar determinadas atitudes apesar de saber que não vão influenciar a expectativa ou a qualidade de vida. Também se encontrou uma relação significativa entre a categoria profissional e esta questão, destacando-se entre a classe dos profissionais de enfermagem, uma maior dificuldade de deixar de realizar determinada atitude terapêutica do que entre a classe médica podendo indiciar que o enfermeiro não se questiona em relação a sua própria capacidade de decisão de não realizar determinadas atitudes terapêuticas sempre que entenda serem sem utilidade para a expectativa/qualidade de vida do doente mesmo que essas atitudes não sejam dependentes de decisão clínica. Mas mais provavelmente indicia que os enfermeiros identificam adequadamente estas situações, mas devido a impedimentos éticos de prescrição clínica encontram-se impedidos de deixar de realizar tal atitude terapêutica, uma vez que para os médicos essa questão não parece ser levantada.

Por outro lado em relação á questão do número de profissionais que prescreveu, realizou ou colaborou em exames e tratamentos apesar de estarem convictos de não terem utilidade para a expectativa/qualidade de vida do doente geriátrico terminal e os indicadores de prognóstico verifica-se que existe uma relação significativa entre a dificuldade de resposta aos tratamentos e a presença de outras patologias anteriores ao internamento. Podendo indiciar tanto uma procura de respostas adequadas á situação actual do doente como responder a outras questões relacionadas com outras patologias anteriores. Por exemplo a realização de hemodiálise a um doente insuficiente renal crónico a quem foi diagnosticada uma neoplasia com baixa taxa de sobrevida.

## O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Resumindo: Este estudo demonstra que apesar de devidamente identificados os factores indicadores de prognóstico comuns ao doente geriátrico terminal, os mesmos não são identificados na mesma proporção que seria esperada. Ou seja existem factores que o profissional dá mais importância do que outros. A definição actual de doente terminal não está claramente definida na maioria dos profissionais o que pode realmente afectar muitas decisões importantes na qualidade de vida do doente, embora tenham noção se estão perante um doente geriátrico ou não e de que a definição actual de ser apenas um doente com mais de 65 anos, se encontra desactualizada. A maioria dos factores pessoais, não influencia as atitudes dos profissionais em relação aos seus doentes idosos terminais, excepto a categoria profissional em que se verificou da parte dos enfermeiros maior dificuldade em deixar de realizar determinadas atitudes terapêuticas por impedimento ético e legal, apesar de estarem convictos de não terem utilidade na expectativa/qualidade de vida do doente.

Existe a noção de que se realizam exames, tratamentos e prescrições sem utilidade para a expectativa/qualidade de vida do doente mas com uma relação significativa, na História de patologias anteriores e procura de respostas adequadas de tratamento o que pode justificar a sua presença embora sem grande significado na maioria dos doentes identificados.

Concluindo: Foram atingidos os objectivos propostos, pese embora que outras questões ficaram em aberto:

- Porque motivo a maioria dos profissionais não reconhece adequadamente um doente terminal?
- Porque motivo, os factores indicadores de prognóstico comuns e presentes na maioria dos doentes geriátricos terminais não estão identificados na mesma proporção?
- Porque razão os profissionais de enfermagem tem dificuldade em deixar de realizar determinadas atitudes consideradas fúteis?
- Será possível a criação de um instrumento de avaliação aplicável a este tipo de doentes que os identifique, classifique e permita o melhor e mais adequado tratamento em relação ao total da sua situação clínica?

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

- 1-Dias, I., & Rodrigues, E. Demografia e Sociologia do envelhecimento. Óscar Ribeiro e Constança Paúl, Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento, (2012) Lisboa, Lidel, 179-201
- 2-Cabete, D. G., & Costa, M. A. S. M. (2005). O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Luso ciência. 5-43
- 3-Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. Sociologia, Problemas e Práticas, (36), 39-52.
- 4-Rodrigues, E. V. (2006). Escassos caminhos: os processos de imobilização social dos beneficiários do RMG em Vila Nova de Gaia.
- 5-CLARA, G. (2011) "O caminho da geriatria: Porque existe a Geriatria" Patient Care/ Fevereiro 2011:75-82
- 6-Cumming, E. et Henry, W.(1961). Growing old. The process of disengagement, Basic Book, New York.
- 7-Martins, R. M. (2005). A relevância do apoio social na velhice.
- 8-Dias, I., & Rodrigues, E. (2012). Demografia e Sociologia do envelhecimento. Óscar Ribeiro e Constança Paúl, Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento, Lisboa, Lidel, 179-201.
- 9-Martins, R. M. L., & Rodrigues, M. D. L. M. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica.
- 10-Berger, Louise, Danielle Mailloux-Poirier, and Maria Adelaide Madeira. Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades. Lusodidacta, 1995, 63-71
- 11-Clark, M., & Anderson, B. (1967). Culture and aging. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

- 12- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131.
- 13-Da Costa Freitas, M. B. (1994). Natureza e fundamento ontológico da Pessoa em Duns Escoto. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 50(1/3), 155-163.
- 14-Engelhardt, H. T. (1996). *The foundations of bioethics*. Oxford University Press.135-188.
- 15-Singer P. *Beyond the discontinuous mind*. Em: Singer P. *Rethinking life and death*. New York, NY: St. Martin's Griffin; 1994a:57-80.
- 16-Mota, M. P., Figueiredo, P. A., & Duarte, J. A. (2004). Teorias biológicas do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de ciências do Desporto*, 4 (1), 81-110.
- 17-Farinatti, P. D. T. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico; *Biological theories of aging: genetic and stochastic approaches*. *Rev. bras. med. esporte*, 8(4), 129-138.
- 18-Luís, C. I. F. F. (2010). *Influência da Nutrição no Envelhecimento: a caminho da longevidade: Monografia: Influence of Nutrition on Aging: Towards Longevity*.
- 19- Saldanha, H. (2009). Bem viver para bem envelhecer: um desafio à Gerontologia e à Geriatria. *Lisboa. LIDEL* 23-29.
- 20-Rodin J (1986) "Health control and aging". In MM Baltes (eds), *The Psychology of Control And Aging* LEA. Hillsdale.
- 21-Afonso M (2012) "Stress Coping e resiliencia em pessoas idosas"  
Óscar Ribeiro e Constança Paúl, *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, Lisboa, Lidel, 163-173.  
página 170 (Fazer a bibliografia)
- 22- Santos, N., Dias, F., & Clara, J. G. (2000). A concomitância de patologias no doente idoso internado num serviço de medicina interna. *Geriatria*, 13(127), 23-30.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

23- Creditor, M.C (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 118 (3) 219-223.

24- Tierney, A., Closs, S.J., Hunter, H. e MacMillan, M. (1993). Experiences of elderly patients concerning discharge from hospital. *Journal of clinical nursing*, 2, 179-185.

25- revista crítica de ciências sociais nº23 Setembro de 1987  
(Fazer a bibliografia)

26- Shedd, P.P., Kobokovich, L., & Slattery, M.J. (1995). Confused Patient in the acute care setting: Prevalence, interventions, and outcomes. *Journal of Gerontological nursing*, 21 (4), 5-12.

27- Pinto, L. (2000). Agitação e agressividade no idoso demenciado. *Hospital Júlio de Matos*, 3: 179-187.

28- Broeiro, P. A. U. L. A., Ramos, V. I. T. O. R., Tavares, I. S. A. B. E. L., Cunha, E. S. M. E. R. A. L. D. A., & Amorim, J. O. S. É. (1995). Avaliação de estados funcionais no idoso. Exercício de aplicação de uma versão portuguesa de escala COOP/WONCA charts. *Acta Médica Portuguesa*, 8(5), 279-88.

29- Thomas, K. (2010). The GSF prognostic indicator guidance. *End of Life Care*, 4, 62-4.

30- Novo A. & Paz J. A. (2012) "Exercício físico no idoso" Fernando Pereira (coord.) *Teoria e prática da Gerontologia Psicossoma* 261- 273

31- NETO, ISABEL (2010) "Cuidados paliativos em pessoas com demência avançada". IN: A Barbosa (Coord), *Manual de Cuidados Paliativos*, Ed. Lisboa Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa/Centro de Bioética/Núcleo de Cuidados Paliativos, 247-266.



O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

32-van der Steen, J. T., Ooms, M. E., Ader, H. J., Ribbe, M. W., & van der Wal, G. (2002). Withholding antibiotic treatment in pneumonia patients with dementia: a quantitative observational study. *Archives of internal medicine*, 162(15), 1753.

33-Roubenoff, R. (1999). The pathophysiology of wasting in the elderly. *The Journal of nutrition*, 129(1), 256S-259S.

34- GONÇALVES, MARIA DE JESUS ET ALL (2010) "Anorexia/caquexia". IN: A Barbosa (Coord), *Manual de Cuidados Paliativos*, Ed. Lisboa Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa/Centro de Bioética/Núcleo de Cuidados Paliativos, 181-189.

35-Berger, Louise, Danielle Mailloux-Poirier, and Maria Adelaide Madeira  
Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades. Lusodidacta, 1995,379-438

36- Saldanha, H. (2009). Bem Viver Para Bem Envelhecer. Um Desafio à Gerontologia e à Geriatria. Lisboa. LIDEL 87-90.

37- Bastos C. & levy T. (1987) Aspirinas, palavras e cruces *Praticas medicas vistas pela antropologia revista critica de ciencias sociais* nº23 setembro 221-233

38- Neto, I. G., Paldrön, T., & Aitken, H. H. (2004). A dignidade e o sentido da vida: uma reflexão sobre a nossa existência.

39-Lima, C. (2006). Medicina high tech, obstinação terapêutica e distanásia. *Medicina interna*, 13 (2), 79-82.

40- Gonçalves, J. A. S. F. (2011). A boa morte: ética no fim da vida. página 35

41-Ruivo, F. (1987). A construção de um projecto profissional: o caso da *Medicina revista critica de ciencias sociais* nº23 Setembro 129-141

42- Gonçalves, J. A. S. F. (2011). A boa morte: ética no fim da vida. Página 36

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

- 43- Ponce, P. (2002) "Cuidados Intensivos. O paradigma da nova medicina tecnológica" *Análise social*, vol. XXXVIII 2002: 139-153
- 44-Barbosa António (2010) "Ética relacional". IN: A Barbosa (Coord), *Manual de Cuidados Paliativos*, Ed. Lisboa Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa/Centro de Bioética/Núcleo de Cuidados Paliativos, 661- 691.
- 45- Antunes, A. (1998). *Consentimento informado. Ética em Cuidados de Saúde*, 13-27.
- 46- Serrão, D. (1998). *Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 83-92.
- 47-. NETO.ISABEL (2010) "Agonia". IN: A Barbosa (Coord), *Manual de Cuidados Paliativos*, Ed. Lisboa Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa/Centro de Bioética/Núcleo de Cuidados Paliativos, 387-400.
- 48- Antunes, A. (1998). *Consentimento informado. Ética em Cuidados de Saúde*, 13-27.
- 49- van Delden, J. J. (2004). The unfeasibility of requests for euthanasia in advance directives. *Journal of Medical Ethics*, 30(5), 447-451.
- 50- Neto, I. G. (2010). *Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. lit.–Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1-42.
- 51- Maciel, M. G. S. (2008). *Definições e princípios. Cuidado paliativo*, 15.
- 52- Pereira, J. M. (1987). Será Possível uma Nova Medicina? *Revista Crítica de Ciências Sociais*.nº 23 185-193
- 53- Baumgarten, J. (2004). *Making palliative care a priority topic of the European Health Agenda*. Eurage, Graz, Eurage.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

54-Clark, D., & Centeno, C. (2006). Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. *Clinical medicine*, 6(2), 197-201.

55- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi. 2<sup>a</sup> ed

56- Faulkner, A. (1998). Communication with patients, families and other professionals. *BMJ*, 316(10), 130-132.

57- Bascom, P. B., & Tolle, S. W. (1995). Care of the family when the patient is dying. *Western journal of medicine*, 163(3), 292.

58- Dworkin, R. H., O'Connor, A. B., Audette, J., Baron, R., Gourlay, G. K., Haanpää, M. L., ... & Wells, C. D. (2010, March). Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 85, No. 3, pp. S3-S14). Elsevier.

59-Baganha, M. I., Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Policopiado, oficina do CES, (182).

60-Gonçalves, J. A. S. F. (2011). A boa morte: ética no fim da vida. 175-181

61- Neto, I. G. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. lit.– Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1-42.

62- Sgreccia, Elio (2009) Manual de bioética Bioética e Medicina 255-305

63- Carapinheiro, G. (1993). Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Pagina 165-183

64 - Gonçalves, J. A. S. F. (2011). A boa morte: ética no fim da vida. 197- 201

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

65-Ponce, P. (1979). Racionalização do acto médico. Aplicação ao laboratório. *Acta Médica Portuguesa*, 1 (5), 621-632.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**ANEXOS**

Anexo I  
Escala de Braden

<b>1. Alimentação</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas .....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**Anexo II**

Índice de Katz

Quadro 5 - Katz Index of Independence in Activities of Daily Living			
ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral	
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho	
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido	
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre	
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira	
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga	
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral	
Total de Pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998<sup>(20)</sup>

**Anexo III**

The Karnofsky Performance Scale Index allows patients to be classified as to their functional impairment. This can be used to compare effectiveness of different therapies and to assess the prognosis in individual patients. The lower the Karnofsky score, the worse the survival for most serious illnesses.

**KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS SCALE DEFINITIONS RATING (%) CRITERIA**

Able to carry on normal activity and to work; no special care needed.	100	Normal no complaints; no evidence of disease.
	90	Able to carry on normal activity; minor signs or symptoms of disease.
	80	Normal activity with effort; some signs or symptoms of disease.
Unable to work; able to live at home and care for most personal needs; varying amount of assistance needed.	70	Cares for self; unable to carry on normal activity or to do active work.
	60	Requires occasional assistance, but is able to care for most of his personal needs.
	50	Requires considerable assistance and frequent medical care.
Unable to care for self; requires equivalent of institutional or hospital care; disease may be progressing rapidly.	40	Disabled; requires special care and assistance.
	30	Severely disabled; hospital admission is indicated although death not imminent.
	20	Very sick; hospital admission necessary; active supportive treatment necessary.
	10	Moribund; fatal processes progressing rapidly.
	0	Dead

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

## Anexo IV

### ECOG Performance Status

---

*These scales and criteria are used by doctors and researchers to assess how a patient's disease is progressing, assess how the disease affects the daily living abilities of the patient, and determine appropriate treatment and prognosis. They are included here for health care professionals to access.*

---

ECOG PERFORMANCE STATUS*	
Grade	ECOG
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
5	Dead



O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

## APENDICE 1

### Apendice I



## QUESTIONARIO

### **Atitudes dos profissionais de saúde perante o doente geriátrico terminal**

Este questionário insere-se numa investigação desenvolvida no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Faculdade de Lisboa e tem como objectivo aprofundar conhecimentos acerca dos factores que caracterizam o doente geriátrico em fase terminal, internado em hospital e de que forma esses factores são valorizados pelos profissionais de saúde nas suas atitudes terapêuticas.

Agradece-se desde já a sua colaboração sem a qual não seria possível a elaboração deste trabalho.

Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos e na última página poderá, se assim desejar, esclarecer ou complementar as suas respostas.

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

**Atitudes dos profissionais de saúde perante o doente geriátrico terminal**

1	EXPERIENCIA PROFISSIONAL	
1.1	Para si um doente geriátrico é um doente com:	<input type="checkbox"/> Mais de 65 anos <input type="checkbox"/> Mais de 75 anos <input type="checkbox"/> Mais de 80 anos <input type="checkbox"/> Depende de outros factores. Quais? _____ _____ _____ _____
1.2	Trabalha ou trabalhou directamente com doentes geriátricos?	<input type="checkbox"/> Sim sem interrupção nos últimos 12 meses. <input type="checkbox"/> Sim durante um período de tempo nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Sim, mas não durante os últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Não, nunca
1.3	Na totalidade, durante quantos anos trabalhou directamente com doentes geriátricos?	Se menos de 1 ano Indique 0 _____ Anos
1.4	De acordo com a sua experiencia profissional, um doente terminal é um doente com:	<input type="checkbox"/> Expectativa de vida inferior a um ano <input type="checkbox"/> Expectativa de vida inferior a um mês <input type="checkbox"/> Expectativa de vida entre dias e horas <input type="checkbox"/> Não se pode definir. Porquê? _____ _____ _____ _____

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

1.5	Durante os últimos 12 meses de experiência profissional trabalhou com utentes geriátricos que <u>vieram a falecer</u> ?	<input type="checkbox"/> Sim→ Quantos doentes? _____ (Fazer uma estimativa) <input type="checkbox"/> Não
1.6	Durante os últimos 12 meses de experiência profissional com quantos utentes geriátricos que <u>não faleceram</u> trabalhou?	_____ (Fazer uma estimativa)
1.7	Relativamente aos doentes geriátricos com que trabalhou e que <u>não faleceram</u> , em quantos acredita terem uma expectativa de vida inferior a um ano?	_____ (Fazer uma estimativa)
1.8	Ainda relativamente á pergunta anterior, em que factores, baseia a sua estimativa?  _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Idade do Doente <input type="checkbox"/> Diagnostico <input type="checkbox"/> Outros factores Quais _____
2		
<p>As próximas questões, são relativas ao valor da estimativa que fez em relação aos doentes geriátricos com que trabalhou nos últimos 12 meses e dos quais tenha conhecimento que <u>vieram a falecer</u> durante esse período de tempo. Sendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Em todos→ Corresponde a 100% da estimativa</li> <li><input type="checkbox"/> Na maioria→Corresponde a cerca de 75% da estimativa</li> <li><input type="checkbox"/> Em metade→Corresponde a cerca de 50% da estimativa</li> <li><input type="checkbox"/> Apenas alguns→Corresponde a cerca de 25% da estimativa</li> <li><input type="checkbox"/> Em nenhum →Corresponde a 0% da estimativa</li> </ul> <p>Assim, referindo-se aos doentes descritos, em quantos identificou:</p>		
2.1	Baixa actividade física (Utente acamado/ sentado em mais de 50% do tempo)?	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

2.2	Limitação de auto-cuidado (má higiene, roupa desadequada, descuido com a aparência)?	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum <input type="checkbox"/> Não me lembro
2.3	Declínio físico acentuado (dependente de terceiros/ Incapaz de se auto-cuidar)	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum <input type="checkbox"/> Não me lembro
2.4	História de perda de peso acentuada (Involuntária, nos dois últimos meses)	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum <input type="checkbox"/> Não me lembro
2.5	Dificuldade de resposta aos tratamentos prescritos	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum <input type="checkbox"/> Não me lembro
2.6	Recusa de tratamentos	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum <input type="checkbox"/> Não me lembro
2.7	História de quedas recentes	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum <input type="checkbox"/> Não me lembro
2.8	História de internamentos anteriores recentes (Até cerca de 2 meses antes do último)?	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum <input type="checkbox"/> Não me lembro

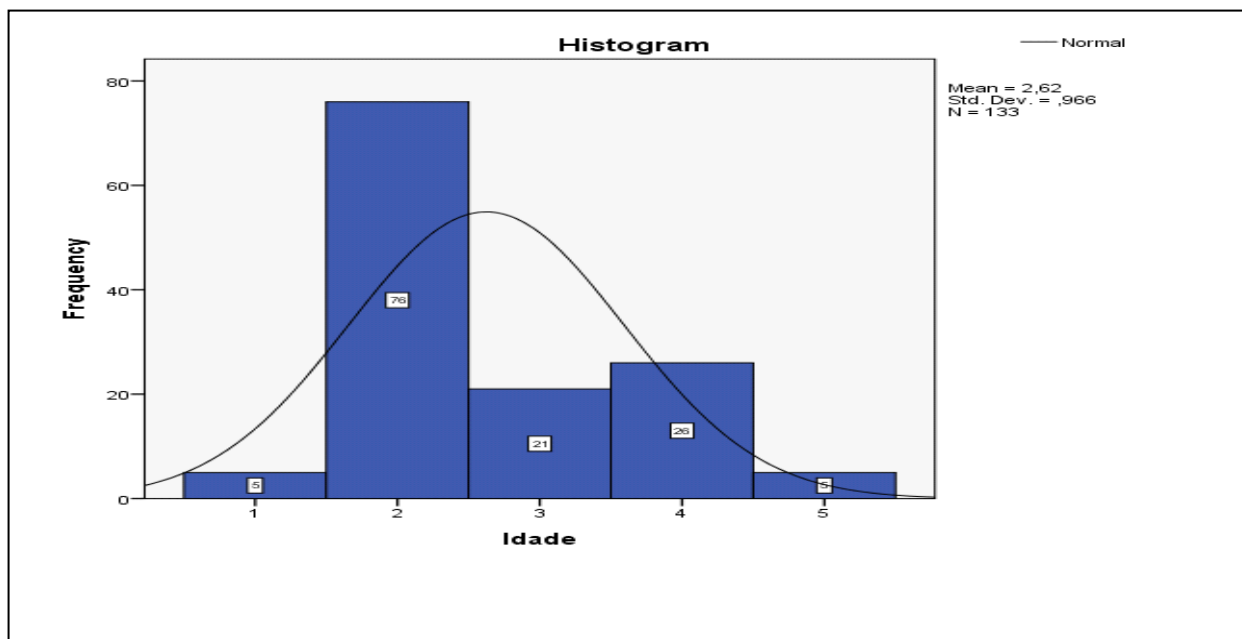
O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

2.9	Presença de outras patologias anteriores ao internamento?	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum <input type="checkbox"/> Não me lembro
3	Ainda relativamente aos doentes identificados no quadro nº 1, em quantos deixou de realizar uma determinada atitude terapêutica (Prescrição, tratamento, administração, preparação etc) por considerar ser sem utilidade em relação á expectativa ou qualidade de vida?	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum <input type="checkbox"/> Não me lembro
4	Dos doentes identificados no quadro nº 1, quantos tratamentos/exames, realizou, prescreveu ou colaborou apesar de estar convicto de não terem qualquer tipo de utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida	<input type="checkbox"/> Em todos <input type="checkbox"/> Na maioria <input type="checkbox"/> Em metade <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Em nenhum <input type="checkbox"/> Não me lembro
5	Alguns dados pessoais	
5.1	Qual o seu sexo?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
5.2	Qual a sua idade?	<input type="checkbox"/> 20 a 25 Anos <input type="checkbox"/> 26 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 45 anos <input type="checkbox"/> 46 a 55 anos <input type="checkbox"/> Mais de 55 anos
5.3	Qual a sua categoria profissional?	_____
5.4	Identifique qual o grau académico que possui	<input type="checkbox"/> Bacharelato <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/> Outro _____
5.5	Actualmente sente que pertence a uma religião?	<input type="checkbox"/> Sim → Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não
5.6	No seu círculo de relações pessoais, convive regularmente com idosos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

APendice 2



Idade		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	20-25	5	3,7	3,8
	26-35	76	56,7	57,1
	36-45	21	15,7	15,8
	46-55	26	19,4	19,5
	56-65	5	3,7	3,8
	Total	133	99,3	100,0
Missing	System	1	,7	
Total		134	100,0	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 3

<b>Sexo</b>		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Masculino	27	20,1	20,1
	Feminino	107	79,9	79,9
	Total	134	100,0	100,0

Apendice 4

<b>Categoria profissional</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enfermeiro	99	73,9	74,4	74,4
	Médico	34	25,4	25,6	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Missing	System	1	,7		
Total		134	100,0		



O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 5

Formação Académica					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bacharelato	2	1,5	1,5	1,5
	Licenciatura	121	90,3	90,3	91,8
	Mestrado	10	7,5	7,5	99,3
	outro	1	,7	,7	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Apendice 6

Religião					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Católica	66	49,3	49,6	49,6
	Não tem religião	65	48,5	48,9	98,5
	outra religião	2	1,5	1,5	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Missing	System	1	,7		
Total		134	100,0		

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 7

<b>Convivência com idosos nas relações pessoais</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sim	102	76,1	76,7
	Não	31	23,1	23,3
	Total	133	99,3	100,0
Missing	System	1	,7	
Total		134	100,0	

Apendice 8

<b>Convivência com idosos nas relações pessoais</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sim	102	76,1	76,7
	Não	31	23,1	23,3
	Total	133	99,3	100,0
Missing	System	1	,7	
Total		134	100,0	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 9

<b>Idade a partir da qual os profissionais consideram ser um doente geriático</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Mais de 65 anos	56	41,8	41,8
	mais de 75 anos	44	32,8	32,8
	Mais de 80 anos	11	8,2	8,2
	Depende de outros fatores	23	17,2	17,2
	Total	134	100,0	100,0

Apendice 10

<b>Expetativa de vida de um doente terminal</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Expetativa de vida inferior a 1 ano	41	30,6	30,6
	expetativa de vida inferior a 1 mês	28	20,9	20,9
	Expetativa de vida entre dias e horas	10	7,5	7,5
	Não se pode definir	55	41,0	41,0
	Total	134	100,0	100,0

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 11

<b>Baixa atividade física</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em todos	13	9,7	9,7	9,7
	Na maioria	78	58,2	58,2	67,9
	Em metade	22	16,4	16,4	84,3
	Em apenas alguns	17	12,7	12,7	97,0
	Não me lembro	4	3,0	3,0	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Apendice 12

<b>limitação de auto-cuidado</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em todos	3	2,2	2,2	2,2
	Na maioria	44	32,8	32,8	35,1
	Em metade	28	20,9	20,9	56,0
	Apenas alguns	47	35,1	35,1	91,0
	Em nenhum	3	2,2	2,2	93,3
	não me lembro	9	6,7	6,7	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 13

<b>Declínio físico acentuado</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em todos	12	9,0	9,0	9,0
	Na maioria	79	59,0	59,0	67,9
	Em metade	14	10,4	10,4	78,4
	Apenas alguns	24	17,9	17,9	96,3
	Não me lembro	5	3,7	3,7	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Apendice 14

<b>História de perda de peso acentuada</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em todos	6	4,5	4,5	4,5
	Na maioria	40	29,9	29,9	34,3
	Em metade	30	22,4	22,4	56,7
	Apenas alguns	44	32,8	32,8	89,6
	Em nenhum	6	4,5	4,5	94,0
	Não me lembro	8	6,0	6,0	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 15

<b>Dificuldade de resposta aos tratamentos prescritos</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em todos	7	5,2	5,2	5,2
	Na maioria	48	35,8	35,8	41,0
	Em metade	33	24,6	24,6	65,7
	Apenas alguns	40	29,9	29,9	95,5
	Em nenhum	1	,7	,7	96,3
	Não me lembro	5	3,7	3,7	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Apendice 16

<b>Recusa de tratamentos</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Na maioria	5	3,7	3,7	3,7
	Em metade	6	4,5	4,5	8,2
	Apenas alguns	72	53,7	53,7	61,9
	Em nenhum	33	24,6	24,6	86,6
	não me lembro	18	13,4	13,4	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 17

<b>História de quedas recentes</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Na maioria	13	9,7	9,7	9,7
	Em metade	24	17,9	17,9	27,6
	Apenas alguns	70	52,2	52,2	79,9
	Em nenhum	7	5,2	5,2	85,1
	Não me lembro	20	14,9	14,9	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Apendice 18

<b>História de internamentos anteriores recentes</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em todos	2	1,5	1,5	1,5
	Na maioria	52	38,8	38,8	40,3
	Em metade	27	20,1	20,1	60,4
	Apenas alguns	37	27,6	27,6	88,1
	Em nenhum	2	1,5	1,5	89,6
	Não me lembro	14	10,4	10,4	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 19

<b>Presença de outras patologias anteriores ao internamento</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em todos	33	24,6	24,6	24,6
	Na maioria	70	52,2	52,2	76,9
	Em metade	15	11,2	11,2	88,1
	Apenas alguns	9	6,7	6,7	94,8
	Em nenhum	1	,7	,7	95,5
	Não me lembro	6	4,5	4,5	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Apendice 20

<b>Doentes geriátricos, nos quais os profissionais deixaram de realizar uma determinada atitude terapêutica</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em todos	1	,7	,7	,7
	Na maioria	9	6,7	6,7	7,5
	Em metade	11	8,2	8,2	15,7
	Apenas alguns	51	38,1	38,1	53,7
	Em nenhum	51	38,1	38,1	91,8
	Não me lembro	11	8,2	8,2	100,0
	Total	134	100,0	100,0	



O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 21

<b>Tratamentos/exames realizados a doentes geriátricos apesar de haver convicção de não ter utilidade efectiva na expectativa ou qualidade de vida</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em todos	5	3,7	3,7	3,7
	Na maioria	25	18,7	18,7	22,4
	Em metade	28	20,9	20,9	43,3
	Apenas alguns	51	38,1	38,1	81,3
	Em nenhum	15	11,2	11,2	92,5
	não me lembro	10	7,5	7,5	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Apendice 22

<b>Baixa actividade fisica/Atitudes que deixou de realizar</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,301	,911
	Cramer's V	,151	,911
	Contingency Coefficient	,288	,911
N of Valid Cases		134	

Apendice 23

<b>Limitação de Auto-cuidado/ Atitudes que deixou de realizar</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,430	,475
	Cramer's V	,192	,475
	Contingency Coefficient	,395	,475
N of Valid Cases		134	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 24

<b>Declínio físico acentuado/ Atitudes que deixou de realizar</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,386	,459
	Cramer's V	,193	,459
	Contingency Coefficient	,360	,459
N of Valid Cases		134	

Apendice 25

<b>Historia de perda de peso acentuada/ Atitudes que deixou de realizar</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,418	,554
	Cramer's V	,187	,554
	Contingency Coefficient	,386	,554
N of Valid Cases		134	

Apendice 26

<b>Dificuldade de resposta aos tratamentos prescritos/ Atitudes que deixou de realizar</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,390	,729
	Cramer's V	,174	,729
	Contingency Coefficient	,363	,729
N of Valid Cases		134	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 27

<b>Historia de internamentos anteriores/ Atitudes que deixou de realizar</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,386	,746
	Cramer's V	,173	,746
	Contingency Coefficient	,360	,746
N of Valid Cases		134	

Apendice 28

<b>Historia de quedas recentes/ Atitudes que deixou de realizar</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,426	,229
	Cramer's V	,213	,229
	Contingency Coefficient	,392	,229
N of Valid Cases		134	

Apendice 29

<b>Historia de internamentos anteriores/ Atitudes que deixou de realizar</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,386	,746
	Cramer's V	,173	,746
	Contingency Coefficient	,360	,746
N of Valid Cases		134	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 30

<b>Symmetric Measures</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,597	,004
	Cramer's V	,267	,004
	Contingency Coefficient	,513	,004
N of Valid Cases		134	

Apendice 31

<b>Symmetric Measures</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,442	,161
	Cramer's V	,221	,161
	Contingency Coefficient	,404	,161
N of Valid Cases		134	

Apendice 32

<b>Symmetric Measures</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,519	,070
	Cramer's V	,232	,070
	Contingency Coefficient	,461	,070
N of Valid Cases		134	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 33

<b>Symmetric Measures</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,479	,059
	Cramer's V	,239	,059
	Contingency Coefficient	,432	,059
N of Valid Cases		134	

Apendice 34

<b>Symmetric Measures</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,509	,094
	Cramer's V	,227	,094
	Contingency Coefficient	,453	,094
N of Valid Cases		134	

Apendice 35

<b>Symmetric Measures</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,599	,004
	Cramer's V	,268	,004
	Contingency Coefficient	,514	,004
N of Valid Cases		134	

Apendice 36

<b>Symmetric Measures</b>			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,410	,311
	Cramer's V	,205	,311
	Contingency Coefficient	,380	,311
N of Valid Cases		134	

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 37

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,757 <sup>a</sup>	20	,174
Likelihood Ratio	26,977	20	,136
Linear-by-Linear Association	2,868	1	,090
N of Valid Cases	134		

a. 22 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.

Apendice 38

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,575	,010
	Cramer's V	,257	,010
	Contingency Coefficient	,499	,010
N of Valid Cases		134	

Apendice 39

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47,756 <sup>a</sup>	25	,004
Likelihood Ratio	40,576	25	,025
Linear-by-Linear Association	7,453	1	,006
N of Valid Cases	134		

Apendice 40

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,212			,305
	Cramer's V	,212			,305
	Contingency Coefficient	,207			,305
Interval by Interval	Pearson's R	-,032	,092	-,366	,715 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,064	,087	-,731	,466 <sup>c</sup>

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 41

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,411			,314
	Cramer's V	,206			,314
	Contingency Coefficient	,380			,314
Interval by Interval	Pearson's R	-,035	,097	-,402	,688 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,047	,092	,539	,591 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		133			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

Apendice 42

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,230			,723
	Cramer's V	,163			,723
	Contingency Coefficient	,224			,723
Interval by Interval	Pearson's R	-,073	,085	-,843	,401 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,074	,087	-,844	,400 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		133			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 43

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,367 <sup>a</sup>	5	,498
Likelihood Ratio	7,060	5	,216
Linear-by-Linear Association	,833	1	,361
N of Valid Cases	133		

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

Apendice 44

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,416			,000
	Cramer's V	,416			,000
	Contingency Coefficient	,384			,000
Interval by Interval	Pearson's R	-,363	,083	-4,459	,000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,373	,079	-4,598	,000 <sup>c</sup>

Apendice 45

			Doentes geriátricos, nos quais os profissionais deixaram de realizar uma determinada atitude terapêutica					Total	
			Em todos	Na maioria	Em metade	Apenas alguns	Em nenhum	Não me lembro	
Categori a profissio nal	Enfermeiro	Count	0	4	6	32	48	9	99
		Expected Count	,7	6,7	8,2	37,2	38,0	8,2	99,0
		% within Categoria profissional	0,0%	4,0%	6,1%	32,3%	48,5%	9,1%	100,0%
		Std. Residual	-,9	-1,0	-,8	-,9	1,6	,3	
	Médico	Adjusted Residual	-1,7	-2,1	-1,6	-2,1	4,1	,6	
		Count	1	5	5	18	3	2	34
		Expected Count	,3	2,3	2,8	12,8	13,0	2,8	34,0



O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 46

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,163			,617
	Cramer's V	,163			,617
	Contingency Coefficient	,161			,617
Interval by Interval	Pearson's R	-,071	,092	-,816	,416 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,062	,090	-,716	,475 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		134			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

Apendice 47

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,350			,701
	Cramer's V	,175			,701
	Contingency Coefficient	,330			,701
Interval by Interval	Pearson's R	,134	,091	1,549	,124 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,106	,091	1,223	,224 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		133			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 48

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,282			,060
	Cramer's V	,282			,060
	Contingency Coefficient	,272			,060
Interval by Interval	Pearson's R	,263	,076	3,118	,002 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,272	,076	3,232	,002 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		133			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

Apendice 49

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,396			,136
	Cramer's V	,229			,136
	Contingency Coefficient	,368			,136
Interval by Interval	Pearson's R	,075	,068	,859	,392 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,064	,082	,742	,460 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		134			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

Apendice 50

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,243			,646
	Cramer's V	,172			,646
	Contingency Coefficient	,236			,646
Interval by Interval	Pearson's R	,070	,082	,805	,422 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,074	,086	,845	,399 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		133			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					

O doente geriátrico em cuidados paliativos. Um novo paradigma em contexto hospitalar.

Apendice 51

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,234			,201
	Cramer's V	,234			,201
	Contingency Coefficient	,228			,201
Interval by Interval	Pearson's R	,094	,078	1,080	,282 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,110	,080	1,262	,209 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		133			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					
c. Based on normal approximation.					