

Filipe Monteiro*

A idade como critério de limitação terapêutica. A evidência e os enviesamentos

Age as a criterion for restraining treatment. The evidence and the bias

Recebido para publicação/received for publication: 05.09.29
Aceite para publicação/accepted for publication: 05.10.31

Resumo

A idade como critério de limitação de determinadas intervenções terapêuticas tem estado na origem de um dos debates bioéticos da actualidade. O aumento da esperança média de vida à nascença e o crescente envelhecimento da população, por um lado, e a escassez de recursos económicos, por outro, estão na origem desta controvérsia. Na defesa das duas teses estão argumentos económicos e éticos. Espera-se da sociedade, principalmente dos sectores mais envolvidos nesta polémica, o estudo e a reflexão necessária para o consenso possível.

Rev Port Pneumol 2005; XI (6): 557-565

Palavras-chave: Idade, limitação terapêutica, bioética.

Abstract

At the present moment, one of the debates concerning bioethics is focussed on age as criterion for rationing health care. The increase in average life expectancy and aging population on one side, and the scarcity of the economic resources on the other, are the main reasons for the controversy. The two sides of the dispute contest on the economic and ethical arguments. The society, mainly the sectors more involved in the dispute, should concern in the study and reflection of this problem, in order to attain the conceivable consensus.

Rev Port Pneumol 2005; XI (6): 557-565

Key words: Age, health care rationing, bioethics.

* Assistente Hospitalar Graduado no Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa. Mestre em Bioética

A sociedade, na sua globalidade, está praticamente à margem desta querela

A evolução da curva de sobrevivência ao longo dos tempos (...) indica quão perto estamos de atingir a esperança máxima de vida

Um dos dilemas bioéticos da actualidade que tem levantado muita celeuma em alguns países, nomeadamente nos Estados Unidos da América, diz respeito ao tema em análise, isto é, se a idade deve ser, em determinadas situações, um factor a considerar na limitação de determinados procedimentos terapêuticos. Entre nós, a polémica gira, quando muito e se for o caso, em torno da discussão de algum caso clínico particular, apesar de nos últimos tempos a comunicação social ter feito eco das preocupações de algumas personalidades muito conhecidas no meio científico, como foi o caso da entrevista dada à revista *Visão* pelo Prof. Doutor Sobrinho Simões, onde, entre outras afirmações, se pôde ler que «estamos a aumentar demasiado a esperança de vida»¹.

A sociedade, na sua globalidade, está praticamente à margem desta querela. Este ignorar do problema pela população tem que ver com o financiamento do sistema de saúde que vigora entre nós, que evita que os custos de saúde se façam sentir directamente e em toda a sua força nas finanças do agregado familiar.

Na origem desta preocupação está o aumento sustentado e progressivo da esperança média de vida à nascença em praticamente todo o mundo, mas mais acentuadamente nos países desenvolvidos (em Portugal, 77 anos para o conjunto dos dois sexos, de acordo com o *Population Reference Bureau*, 2004), fruto da melhoria sócio-económica, aliada ao progresso da ciência médica.

A evolução da curva de sobrevivência ao longo dos tempos, mas mais precisamente nos últimos cinquenta anos, indica quão perto estamos de atingir a esperança

máxima de vida. A curva de sobrevivência perfeita (rectangular ou quadrada) será alcançada se, e quando, a esperança média de vida for idêntica à esperança máxima de vida. Ao longo do último século temos vindo a atingir progressivamente esta meta (Fig. 1).

O resultado imediato do aumento da esperança média de vida é o incremento percentual da população idosa, quando comparada com a população global. Fica por esclarecer, contudo, se estes ganhos na sobrevivência significam mais anos de vida activa e saudável ou se são anos de saúde debilitante, incapacitante e dependente (Fig. 2).

Quem são os idosos?

Na abordagem deste tema, importa antes de mais definir claramente quem são os idosos. Num contexto puramente médico, a palavra “idoso” significa que a idade avançada do doente pode influenciar a estratégia terapêutica delineada para a sua situação patológica.

Em termos etários, a delimitação cronológica deste período é um tanto ou quanto

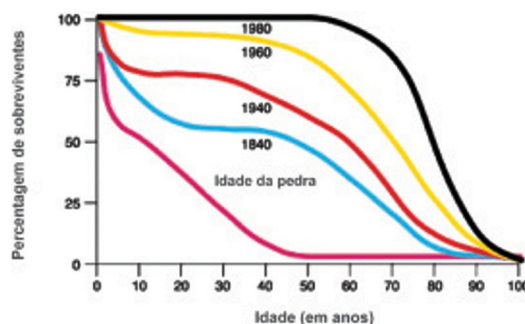


Fig. 1 – Rectangularização da curva de sobrevivência humana. Adaptada com o consentimento da *HealthandAge* (*Healthandage*. [online]. Disponível na World Wide Web em: <<http://www.biomedicentral.com/1471-2318/2/1>>.

arbitrária, mas, em termos globais, considera-se os 65 anos como a idade a partir da qual se entra no “clube” em causa (17% da população portuguesa de acordo com o *Population Reference Bureau*, 2004). Contudo, este escalonamento não é uniforme, dado que existem subdivisões dentro do grupo. Assim, dos 65 aos 74 anos são considerados jovens idosos, dos 75 aos 84 anos os idosos propriamente ditos e para além dos 85 anos os muito idosos. Chama-se a atenção para o facto de a idade funcional poder ser substancialmente diferente da idade cronológica, sendo do conhecimento geral que há pessoas que parecem envelhecidas muito antes dos 65 anos, enquanto outras, com idade cronológica avançada, apresentam um ar muito jovem.

Assim, apesar de a prevalência da doença e de a diminuição funcional aumentarem com a idade, o estado de saúde e a funcionalidade, isto é, a idade biológica, podem variar substancialmente em indivíduos com a mesma idade cronológica.

No sentido de avaliar a idade biológica, foi criado o Índice de Fragilidade², que pode ser calculado comparando os défices (sintomas e sinais) presentes num doente com os défices presentes, em média, em indivíduos com a mesma idade cronológica. Tendo em consideração o Índice de Fragilidade e a idade cronológica, calcula-se a idade biológica. Esta correlaciona-se muito melhor com a mortalidade do que a idade cronológica.

As características biológicas e sociais destes três grupos são distintas e significativas. O seu impacto na sociedade, nomeadamente na gestão dos recursos da saúde, tem merecido uma atenção redobrada por parte de diversos sectores profissionais,

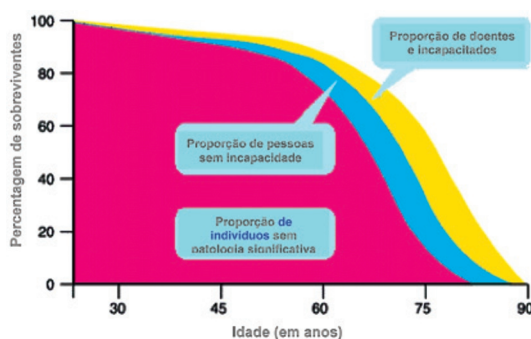


Fig. 2 – Sobrevivência e vida activa. Adaptada com o consentimento da *HealthandAge* (*HealthandAge*. [online]. Disponível na World Wide Web em: <healthandage.com/html/res/primer/primer1.htm>)

particularmente dos médicos, dos filósofos, dos economistas e dos sociólogos, entre outros.

O porquê do problema?

Em termos de saúde pública, o prolongamento da esperança média de vida teve como resultado um aumento considerável nas doenças crónicas e nos estados demenciais, principalmente no escalão etário dos 80 anos. Como consequência, verificou-se uma escalada nas despesas com os internamentos, com os meios complementares de diagnóstico, incluindo os mais sofisticados, e com os tratamentos.

Até há umas décadas, quando o desenvolvimento tecnológico não se fazia sentir na prática médica, a decisão clínica em relação a um doente moribundo não era afectada por qualquer angústia no que se refere à intervenção ou não intervenção em termos terapêuticos, dado que o clínico não podia mudar significativamente o rumo dos acontecimentos.

Contudo, no mundo contemporâneo, os

A idade biológica pode variar substancialmente em indivíduos com a mesma idade cronológica

O problema que se põe é o de saber se a idade cronológica deve ser considerada em determinadas decisões médicas

avanços tecnológicos mudaram de uma forma deveras significativa, o próprio conceito de morte, que passou de um evento único para um acontecimento antecedido pelo processo de morrer, um período de tempo que se pode prolongar indefinidamente. Esta mudança do conceito de morte, de um processo imutável para algo de “manipulável”, está na génese de preocupações como a qualidade de vida, a dignidade na morte, a cessação de tratamentos, a definição do responsável pela decisão terapêutica, etc., que em última instância estão relacionadas com o tema em análise.

De forma sumária, o problema que se põe é o de saber se a idade cronológica deve ser considerada em determinadas decisões médicas, nomeadamente na admissão nos cuidados intensivos, nas manobras de reanimação cardiopulmonar, na suspensão ou não iniciação de alguns tratamentos em situações-limite (“catastróficas”) ou numa conjuntura em que a decisão é fruto de uma deliberação planeada, como é o caso do transplante de órgãos.

Considerar a idade como delimitação de determinados procedimentos é um mote que tem estado na origem de uma contenda, onde os que apoiam e os que repudiam esta tese apresentam argumentos que podem ser analisados e reflectidos sob vários prismas.

Qualquer discussão relacionada com esta temática tem que levar em consideração dois factos: a realidade, que é o processo de envelhecimento, e a variabilidade dos seus efeitos numa determinada idade cronológica. Ignorar o primeiro implica não ter em consideração o impacto do tempo no indivíduo; negligenciar o

segundo é não fazer justiça à capacidade de alguns em resistir ao desgaste do tempo.

Argumentos económicos

Os inquéritos à opinião pública têm demonstrado que, cada vez mais, a população quer mais e melhor saúde, e diga-se, muito justamente, só que não está disponível para assumir os custos resultantes com a mesma³. Ora, é sabido que o aumento exponencial dos gastos com a saúde terá que ser controlado, sob pena de ser hipotecada qualquer outra área vital para o desenvolvimento harmonioso da sociedade. O cerne da questão parece residir, pois, em encontrar um equilíbrio entre os gastos crescentes com a saúde e os recursos, que serão sempre limitados.

É do conhecimento geral que a proporção entre a população produtiva e a não produtiva tem-se vindo a desviar sustentada e progressivamente em direcção ao segundo grupo. Em Portugal, de um *ratio* de 7:1 — de há umas décadas — para 1,5:1 na actualidade, o que significa que, em termos proporcionais, há cada vez menos população activa (contribuintes para o orçamento do Estado), inviabilizando, assim, qualquer princípio de mutualidade, inclusivamente pondo em causa a própria segurança social num espaço de alguns anos.

Neste raciocínio, é também de ter em conta que para além do aumento progressivo da população idosa tem coexistido paralelamente o declínio da natalidade, o que num futuro próximo torna ainda mais negro o panorama, se não forem encontradas soluções para o problema.

E a pergunta que alguns gestores de saúde fazem é se é moralmente justo que as

Cada vez mais, a população quer mais e melhor saúde

gerações mais novas sejam sacrificadas para que se aumente progressivamente a esperança média de vida em mais alguns anos, o que nem sempre significa uma melhor qualidade de vida, como fazem questão de enfatizar.

Em resumo, parece estarmos perante uma situação de conflito de gerações numa situação de escassez de recursos.

A fazer jus a esta argumentação, numa análise estritamente ética, não estaremos perante uma situação eivada de imoralidade? Não será justo que os que já contribuíram para a sociedade durante uma vida possam, eles próprios, ser receptores desta mesma sociedade? Além do mais, uma decisão baseada puramente em critérios económicos não iria permitir que os que tivessem mais capacidades financeiras, boa posição social, conhecimentos e influência encontrassem sempre formas de contornar o limite estabelecido? Assim, embora *a priori* os objetivos pudessem ser honestos, o resultado final poderia deixar muito a desejar.

Outro argumento que os defensores da idade como factor de limitação terapêutica apresentam é o de que os gastos com a saúde devem ser distribuídos equitativamente nas várias fases da vida, e, como tal, qualquer cidadão iria beneficiar muito mais se os recursos fossem utilizados numa fase mais precoce da sua vida do que se os mesmos fossem utilizados numa fase mais avançada, até porque, contrapõem, mais anos não significa necessariamente bons anos.

Os que preconizam que a idade não deve interferir nas decisões terapêuticas em situações-limite fazem questão de esclarecer que, ao contrário do que é assumido no postulado convencional, os benefícios

económicos resultantes da não utilização de tecnologia de ponta nos indivíduos idosos são mínimos.⁴⁴

Assim, segundo alguns estudos, os custos com os internamentos em cuidados intensivos da população idosa não ultrapassam os 4% dos gastos com a saúde. Uma poupança significativa só pode ser feita à custa da restrição de cuidados médicos nas doenças crónicas dos idosos, o que é de todo inaceitável, em nossa opinião.

A sociedade, o idoso e o envelhecimento

Este conflito de gerações pode ser analisado e reflectido sob a óptica que a própria sociedade tem em relação ao idoso e ao processo de envelhecimento.

Em nossa opinião, qualquer discussão relacionada com esta temática deve partir de algumas considerações que cremos serem fundamentais para uma reflexão serena.

Como ponto de partida, aceitar o óbvio, isto é, que a morte é inevitável e que a probabilidade da mesma aumenta com a idade. É também necessário não confundir velhice com doença.

É evidente que vivemos numa sociedade que faz a apologia das qualidades da juventude, marginalizando a velhice. A marginalização dos idosos pela sociedade não tem em consideração o imperativo categórico de Kant, segundo o qual todo o ser humano é um fim em si mesmo e não um meio a ser utilizado consoante a arbitrariedade ou o capricho de qualquer decisão. Esta visão que a sociedade e os indivíduos têm do envelhecimento, e que influencia as decisões respeitantes aos problemas relacionados com os idosos, pode ter, no

Parece estarmos perante uma situação de conflito de gerações numa situação de escassez de recursos

É necessário não confundir velhice com doença

fundo, uma origem puramente material, e assim este menosprezo em relação aos idosos seria justificado pela pouca ou nenhuma produtividade económica e, como tal, o seu fraco poder reivindicativo em relação ao poder político.

Em termos filosóficos, e numa perspectiva existencialista, o processo de envelhecimento pode também estar dependente da maneira como a própria sociedade encara a vivência enquanto processo de viver.

Neste contexto, a vida pode ser analisada sob dois prismas⁵:

Vida “Fraccionada”, onde a experiência da vida é apreciada como uma série de estádios diferentes. Visto sob este prisma, o ser humano pode mudar radicalmente e ser uma pessoa totalmente distinta em qualquer fase da vida. A mudança não será apenas qualitativa, mas também quantitativa. Assim sendo, as várias etapas podem não ter a mesma importância, pois as expectativas e as prioridades podem mudar com o tempo. Como corolário desta perspectiva, aceita-se como lógico que a afectação dos recursos não seja idêntica em todas as fases da vida, dado que a própria pessoa ou os seus valores não são iguais na adolescência, na idade adulta ou na velhice.

Vida “Única” ou “Inteira”, onde o ser humano é visto como a mesma pessoa durante toda a vida. Qualquer alteração, por mais profunda que seja, não o torna num indivíduo diferente. Por analogia com a primeira perspectiva, neste caso, todas as etapas da vida são igualmente importantes, pois a idade não influencia de maneira significativa o seu interesse pela vida. Assim sendo, a distribuição de recursos será igual em todas as fases da vida.

Esta divergência de encarar a vida influencia a maneira como a sociedade pensa e actua. O conflito de gerações só faz sentido numa perspectiva de vida “Fraccionada”, enquanto na vida “Única” esta colisão de gerações deixa de fazer sentido, passando o problema a estar assente no modo como cada pessoa administra os recursos ao longo das várias fases da sua vida. Em sùmula, o debate deixa de estar centrado numa atitude competitiva entre gerações de uma sociedade, para se focalizar nos mecanismos, mais prudentes, de poupança e distribuição de recursos ao longo da vida.

Idade e Princípio de Autonomia

O Princípio de Autonomia é considerado, hoje em dia, como o pilar dos princípios éticos que deve reger o acto médico, implica a liberdade da pessoa na escolha e na decisão. Daqui resulta que qualquer acto médico deve ser realizado com o consentimento do doente. Assim, num indivíduo competente, isto é, com capacidade de ajuizar acerca das propostas de diagnóstico e terapêutica, a decisão deve caber ao doente, independentemente da sua idade.

Numa abordagem alargada do princípio de autonomia, Miller⁵ analisa o Princípio de Autonomia sob quatro pontos de vista que podem ser particularmente relevantes quando se tenta compreender a implicação que a idade pode ter em relação ao mesmo: 1) acto livre – intenção voluntária; 2) autêntico – decisão consistente com o *modus vivendi* da pessoa; 3) deliberação efectiva – decisão pensada e não impulsiva; 4) reflexão moral – decisão coerente com os valores intrínsecos à pessoa.

O Princípio de Autonomia é considerado como o pilar dos princípios éticos que deve reger o acto médico

Como se compreende, o Princípio de Autonomia, ou a competência para tomar determinadas decisões, implica estar na plena posse das faculdades mentais, físicas e emocionais. Neste contexto, a autonomia pode estar comprometida pela idade, em relação às premissas mencionadas. Para muitos médicos, a idade é sinónimo de deterioração de faculdades mentais e físicas, e, como tal, estes assumem um comportamento preconceituoso, não aceitando qualquer decisão formulada pelo idoso.

Para além da influência que os médicos têm em relação ao Princípio de Autonomia, dado que é da sua responsabilidade elucidar o doente acerca da sua doença e das propostas de tratamento, este (Princípio de Autonomia) é, ou pode ser, influenciado pelo local de domicílio do idoso. Assim, nos lares de terceira idade e nas unidades de cuidados intensivos, a postura é altamente paternalista, sendo a autonomia do doente mal tolerada. A sua casa ou o consultório médico são, ao contrário, os locais onde este princípio se faz sentir mais fortemente.

Verifica-se, assim, que a decisão terapêutica pode ser influenciada pelo local onde se encontra o doente. Numa análise sumária, poderá parecer que as tendências originadas pela influência do local são independentes da idade. Contudo, numa reflexão mais cuidada, constata-se que os idosos, na altura de uma decisão importante, que diga respeito à sua saúde, muito provavelmente estarão no seu domicílio ou numa instituição de terceira idade, não sucedendo o mesmo em relação aos não idosos.

E qual o limite de idade?

Neste debate em relação à idade como critério de limitação terapêutica, um dos pontos de maior discussão tem estado centrado na selecção da idade a partir da qual a medicina deveria abster-se de realizar determinadas intervenções terapêuticas. Citamos aqui o parecer do Prof. Daniel Callahan³ uma das personalidades que mais se tem debruçado sobre esta temática, na opinião do qual a esperança média de vida e as tradições culturais de grande parte das sociedades são factores sobre os quais se pode assentar o critério de selecção. Este deve ter em conta não o percurso biológico da vida, mas antes as nossas “biografias”. Assim sendo, no conceito deste autor, lá pelo final dos setenta ou início dos oitenta, a maioria das pessoas já teve oportunidade de fazer grande parte das coisas que a vida pode proporcionar – amar, construir uma família, viajar, pensar, ler, gozar a natureza etc., em resumo, dar um sentido e destino às suas vidas. Não que o prolongamento da vida não desse mais possibilidades, só que não seria justo pedir à sociedade sacrifícios para além do razoável para satisfazer os desejos e necessidades individuais. Ainda na sua apreciação, o que é legítimo e razoável é pedir à sociedade que evite uma morte prematura, que proporcione uma longevidade razoável e que permita que os últimos anos de vida sejam o mais confortáveis possível. Com este objectivo em mente, é da competência da sociedade estabelecer um limite de idade para além do qual o Estado não deve comparticipar em determinadas despesas de saúde. Segundo o próprio autor, não será uma proposta totalmente justa; contudo,

O Princípio de Autonomia, ou a competência para tomar determinadas decisões, implica estar na plena posse das faculdades mentais, físicas e emocionais

A decisão terapêutica pode ser influenciada pelo local onde se encontra o doente

afirma que não existe nenhuma proposta justa quando se estabelecem limites. Conclui, afirmando que a medicina não pode conquistar a morte ou a velhice, mas numa tentativa de o fazer pode conduzir a sociedade à falência.

Reflexões finais

A idade como critério de limitação terapêutica tem sido um tema em debate em várias sociedades, nomeadamente as anglo-saxónicas. Na origem desta discussão têm estado dois factos:

- O crescimento progressivo da esperança média de vida à nascença, principalmente nos países desenvolvidos, e por conseguinte, o aumento da população idosa, pouco produtiva em termos económicos, mais sujeita a patologias crónicas e debilitantes e, como consequência, consumidora de uma parte muito significativa de recursos atribuídos à gestão da saúde.
- Os recursos limitados

Têm sido feitas várias propostas para resolver este dilema ético. Em nossa opinião, qualquer discussão sobre esta temática deve ter em consideração os seguintes princípios:

- A limitação terapêutica pode ser discutida em relação ao acto de curar e nunca ao de cuidar.
- A decisão de limitar determinadas intervenções deve caber à sociedade e nunca ao médico individualmente.

A racionalização, a existir, deve ter em conta a probabilidade do benefício e não

a idade, dado que limitar determinadas intervenções tendo como argumento a idade é não ter em consideração aqueles que, apesar da sua idade cronológica, resistem à erosão do tempo nas funções biológicas. Pode-se argumentar que a utilização deste critério implica que a decisão final caberia ao médico, o que poderia ser altamente aleatório. A probabilidade de erro médico existe sempre, se tivermos em consideração que a própria medicina é uma ciência de probabilidades. Em medicina, nalguns casos, em nosso entender, é preferível pecar por excesso do que por omissão, como seria o caso.

- Deve ser tido em conta o Princípio da Autonomia do doente como uma das vias para ultrapassar, pelo menos parcialmente, o problema em causa. Sendo um princípio ético muito respeitado nos países anglo-saxónicos, é, contudo, menos utilizado nos países do Sul da Europa. E mesmo nos países onde a sua utilização é um facto no quotidiano do acto médico, o enviesamento na aplicação aos indivíduos idosos é uma realidade. Parece-nos óbvio que ninguém está mais bem colocado do que a própria pessoa para decidir se, em determinadas circunstâncias, deseja ou não que lhe sejam proporcionados certos tratamentos.

E se o doente se tivesse manifestado no sentido afirmativo, contrariamente à opinião dos médicos? Estes casos poderiam ser resolvidos com a criação de um fundo/seguro da responsabilidade da própria pessoa. É claro que esta solução iria favorecer os economicamente mais fortes. Em qual

quer sociedade, sempre que na base de uma opção esteja o poder económico, o leque de alternativas é muito mais vasto para os que têm maior capacidade financeira, que podem satisfazer qualquer capricho, consoante o seu património.

Bibliografia

1. Visão 2005; 625: 17-19.
2. Mitnitsky, A B et al. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. Disponível na World Wide Web em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/2/1>>.
3. Callahan, D. Old age and new policy. JAMA 1989; 261: 905-906.
4. Levinsky LG. Age as a criterion for rationing health care. The New England Journal of Medicine 1990; 25: 1813-1815.
5. Barondess JA et al. Clinical decision-making in catastrophic situations: the relevance of age. Report of a conference convened by the American Geriatrics Society, April 17-18, 1987. JAGS 1988; 36 (10): 919-937.