

# Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente

## Vulnerability of the elderly patient in light of the principle of patient-centered care

### Denise G. A. M. Paranhos

Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Bioética da Cátedra Unesco.  
Brasília, DF, Brasil.  
E-mail: paranhos.denise@uol.com.br

### Aline Albuquerque

Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Bioética da Cátedra Unesco.  
Brasília, DF, Brasil.  
E-mail: alineoliveira@hotmail.com

### Volnei Garrafa

Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Bioética da Cátedra Unesco.  
Brasília, DF, Brasil.  
E-mail: garrafavolnei@gmail.com

## Resumo

Embora a vulnerabilidade seja uma condição humana universal, existem pessoas com vulnerabilidades específicas, que podem ser agravadas por fatores pessoais, socioeconômicos, culturais, geopolíticos ou ambientais. Este trabalho tem por objetivo analisar a especial condição de vulnerabilidade da pessoa idosa à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. O estudo toma como base as concepções de vulnerabilidade propostas por Herring - que discute a dupla vulnerabilidade a que estão sujeitos os pacientes idosos no contexto dos cuidados em saúde - e pelo artigo 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (DUBDH), que trata do “Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual”. O artigo está estruturado em três partes: a primeira aborda o conceito de vulnerabilidade; a segunda relaciona a vulnerabilidade com o princípio do cuidado centrado no paciente; e a terceira trata da especial condição de vulnerabilidade do paciente idoso, com apresentação e discussão de casos ilustrativos. Conclui-se, por fim, que os pacientes idosos apresentam vulnerabilidade acrescida em razão da fragilidade da rede de proteção social, da assimetria da relação de cuidado e do risco de dano a que estão sujeitos nos cuidados diários em saúde. **Palavras-chave:** Pacientes Idosos; Vulnerabilidade; Direitos Humanos; Bioética.

## Correspondência

Denise G.A.M. Paranhos  
Campus Universitário Darcy Ribeiro. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasília, DF, Brasil, CEP 70910-900.

## Abstract

While vulnerability is a universal human condition, there are people with specific vulnerabilities, which can be aggravated by personal, socioeconomic, cultural, geopolitical or environmental factors. The objective of this article is to analyze the special vulnerability condition of the elderly in light of the principle of patient-centered care. The study is based on the conceptions of vulnerability proposed by Herring - who discusses the dual vulnerability of elderly patients in the context of health care - and by the 8<sup>th</sup> article of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of Unesco (UDBHR), which deals with “Respect for Human Vulnerability and Individual Integrity”. The paper is structured in three parts: the first one addresses the concept of vulnerability; the second relates vulnerability to the principle of patient-centered care; and the third deals with the special condition of vulnerability of the elderly patient, with presentation and discussion of illustrative cases. It is concluded, at last, that elderly patients present increased vulnerability due to the fragility of their social network of protection, the asymmetry of care relationships and the risk of harm to which they are subjected in daily health care.

**Keywords:** Elderly Patient; Vulnerability; Human Rights; Bioethics.

## Introdução

Ademarcção conceitual do termo vulnerabilidade não é tarefa simples. Em geral, na literatura internacional, o entendimento de seu conteúdo teórico-normativo implica em contextualizá-lo biologicamente em relação a aspectos particulares de pessoas e grupos, embora existam também - mas com menor atenção e frequência - referências às condições socioeconômicas. Nesse contexto, muitos indivíduos ou grupos são considerados mental e fisicamente vulneráveis, especialmente crianças, idosos e pessoas com deficiências. Uma visão mais ampliada e crítica da vulnerabilidade inclui também aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais relacionados ao lugar onde vivem ou trabalham essas pessoas ou grupos. A vulnerabilidade, portanto, é um termo complexo, com variadas interpretações, mas cuja compreensão básica se relaciona com a consideração de suas particularidades, sejam subjetivas ou objetivas, isto é, atinentes aos sujeitos ou às condições objetivas de suas vidas.

Existem pessoas que passam por situações transitórias e/ou específicas de vulnerabilidade. Neste artigo, parte-se da concepção de que a vulnerabilidade é uma condição humana universal, fundamentada na fragilidade intrínseca dos seres humanos. No contexto das relações de cuidados em saúde, objeto deste estudo, o paciente se apresenta vulnerável e sujeito a ofensas à sua integridade pessoal. A pessoa doente, pelo simples fato de não estar no gozo ordinário de sua capacidade física ou mental, se apresenta fragilizada e submetida, na maioria das vezes, à autoridade dos profissionais, detentores do saber técnico no campo dos cuidados em saúde. Trata-se, portanto, de uma relação, *a priori*, assimétrica, em que a fragilidade do paciente se acentua diante do saber médico. Com o objetivo de mitigar essa assimetria, sustenta-se que centrar a atenção nos cuidados ao paciente - tarefa e responsabilidade que cabe aos profissionais da saúde - é uma forma de diminuir a distância interpessoal, empoderar o paciente, minorar a sua condição de vulnerabilidade acrescida e resguardar sua dignidade.

Dessa forma, este trabalho adota o cuidado centrado no paciente como instrumento

teórico-prático apto a diminuir a vulnerabilidade. O cuidado centrado no paciente é um dos princípios centrais que compõem o arcabouço teórico-normativo dos direitos humanos dos pacientes. Os direitos humanos dos pacientes (DHP), ramo do direito internacional dos direitos humanos (Albuquerque, 2016), são compostos de direitos contidos em normas internacionais e que se aplicam especificamente aos pacientes, tais como o direito à vida; direito a não ser submetido à tortura ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; direito ao respeito pela vida privada; direito à liberdade e à segurança pessoal; direito à informação; direito de não ser discriminado; direito à saúde. Sob a ótica desses direitos, o paciente deve ser visto sob duplo aspecto: o da centralidade no processo terapêutico e o da vulnerabilidade (Albuquerque, 2016). Neste sentido, o artigo tem como um de seus objetivos estudar a aplicação do princípio do cuidado centrado no paciente como instrumento de mitigação da vulnerabilidade acrescida do paciente, uma vez que o referencial dos direitos humanos dos pacientes inclui também o tema da vulnerabilidade como aspecto central, caracterizador da condição do paciente.

Não se pode confundir ‘direitos dos pacientes’ com direitos humanos dos pacientes, ainda que existam normativas que se entrelacem (Albuquerque, 2016). Os DHP integram o direito internacional dos direitos humanos, enquanto os direitos dos pacientes geralmente constam do direito médico, do direito de personalidade ou do direito do consumidor (Albuquerque, 2016). Assim, enquanto os DHP encaram o paciente de uma forma holística, preocupada com a sua não discriminação e inclusão social, os direitos dos pacientes os veem como sujeitos de uma relação de contrato de prestação de serviços de saúde, assemelhando-os ao consumidor. Os DHP estão previstos em tratados internacionais de natureza vinculante, enquanto os direitos dos pacientes constam de cartas de pacientes ou declarações nacionais sem força jurídica. Em caso de descumprimento dos DHP, a vítima pode se socorrer dos sistemas internacionais de proteção dos direitos humanos (ONU ou sistemas regionais), enquanto os direitos dos pacientes não possuem amparo no plano internacional (Albuquerque, 2016). Ainda, os DHP não cuidam apenas dos pacientes, mas

também dos profissionais de saúde, pois a violação dos direitos destes impactam na qualidade da relação com os pacientes e nos ambientes de cuidado (Cohen; Ezer, 2013).

Com vistas a trazer o princípio do cuidado centrado no paciente para o plano concreto, optou-se por um recorte e um objeto de pesquisa bem específicos, quais sejam, o paciente idoso, em suas relações de cuidados em saúde, por apresentar, nessa situação, uma vulnerabilidade acrescida. A pessoa idosa, pelo fato de acessar com maior frequência os serviços de saúde, está mais sujeita a violações quanto a esses cuidados. Quando se trata de decisões sobre sua saúde, a autonomia das pessoas idosas é posta rotineiramente em xeque, ou seja, a ideia de que a pessoa idosa seja apta a tomar decisões relativas à sua saúde e à sua vida ainda é minoritária. Parte-se, de forma equivocada, do pressuposto de que o processo de envelhecimento necessariamente compromete as faculdades mentais da pessoa maior de 60 anos, o que gera posturas paternalistas em relação a ela, infantilizando-a e retirando-lhe a capacidade de autodeterminação, condição essa que incrementa sua vulnerabilidade (Fineman, 2012). Singularmente, no Brasil, a débil rede de proteção social e a ausência de uma legislação específica voltada aos cuidados de saúde da pessoa idosa dificultam o exercício de seus direitos, tornando-a mais suscetível a abusos.

Esta pesquisa, de cunho teórico, tem como objetivo central analisar a especial condição de vulnerabilidade da pessoa idosa em tratamento de saúde, à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. Além do referencial dos direitos humanos dos pacientes, desenvolvido por Albuquerque (2016), esta pesquisa se dedicou à bioética, particularmente à bioética normativa, que se expressa contundentemente na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), adotada pela Unesco em 2005 (Unesco, 2005). Tendo em conta que a DUBDH prevê uma série de princípios aplicáveis aos cuidados em saúde, seus princípios são acoplados aos direitos humanos dos pacientes enquanto referencial normativo, instituído com o objetivo de zelar pela dignidade humana. Assim, parte-se do marco teórico elaborado pelo Comitê Internacional de Bioética da Unesco (CIB) sobre o

artigo 8º da DUBDH em relatório que versa sobre o “princípio do respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” (Unesco, 2011). Além desse referencial internacional, foi utilizada, conjuntamente, a concepção de vulnerabilidade desenvolvida por Herring (2016).

Para o desenvolvimento dos conteúdos assinalados, estruturou-se o artigo em três partes: a primeira dedicou-se à busca de um conceito de “vulnerabilidade” que correspondesse à situação do paciente idoso; na segunda, abordou-se o princípio dos cuidados centrados no paciente como elemento de mitigação da vulnerabilidade; e, na terceira, foram apresentadas reflexões sobre a especial condição de vulnerabilidade do paciente idoso, com apresentação de dois casos selecionados do Relatório CIB/Unesco, que, além de ser um dos referenciais desse trabalho, traz casos de pacientes idosos pertinentes ao debate e ilustração do tema desenvolvido nessa pesquisa.

## Abordagem conceitual da vulnerabilidade

Quando se trata de vulnerabilidade, logo se associa o termo à condição de fragilidade humana, a uma menor capacidade de defesa, ou seja, à propensão que algumas pessoas têm de ser ou estar mais suscetíveis a doenças, a violências físicas ou psíquicas. A despeito da aparente simplicidade do termo, é tarefa árdua conceituá-lo, em razão da amplitude de seu alcance e dos diferentes graus de vulnerabilidade a que estão sujeitos os seres humanos. Algumas pessoas ou grupos sociais estão mais predispostos a sofrer danos físicos ou morais, quer em razão de sua fragilidade física, quer - como foi dito acima - em virtude das condições sociais, econômicas, culturais ou ambientais em que vivem. Considera-se, então, que crianças, mulheres, pessoas com deficiência e pessoas idosas são sujeitos em especial situação de vulnerabilidade.

McLean (2014) afirma que, embora o sentido de vulnerabilidade pareça evidente, não há um consenso sobre o seu conteúdo e alcance. Schramm (2006) diferencia os termos vulnerável e vulnerado, pois enquanto “vulnerabilidade” é potencial, o “vulnerado” se refere a uma condição em que o ato de ofensa se configurou. Igualmente, Garrafa

e Prado (2001, p. 1491) identificam que o vocábulo “vulnerável” pode abarcar variadas significações, quais sejam: “o lado mais fraco de um assunto ou questão” ou “o ponto pelo qual alguém pode ser atacado, prejudicado ou ferido”. Também associam vulnerabilidade a “fragilidade”, “desproteção”, “desfavor”, “desamparo” ou “abandono”.

Se por um lado a imprecisão conceitual do termo é reconhecida, por outro é possível evidenciar, sem grande esforço, situações patentes de vulnerabilidade, como, por exemplo, no caso de uma senhora idosa com dificuldades locomotoras que é perseguida por um marginal. Em tal caso, a situação de vulnerabilidade é cristalina, pois a senhora é mais fraca fisicamente do que o marginal, não tem capacidade de se defender do ataque e nem possibilidade de escapar da potencial situação de perigo. Consequentemente, a senhora idosa é vulnerável tanto em razão de seus atributos pessoais (idade e dificuldade de locomoção), como em razão do contexto em que se encontra (ambiente hostil e adverso) (McLean, 2014).

A despeito de situações evidentes, a delimitação precisa do âmbito e do alcance do conceito de vulnerabilidade permanece incerta. A partir de estudo comparativo sobre a concepção de vulnerabilidade constatada nos Estados Unidos, Europa, América Latina, África e Ásia, Cunha e Garrafa (2016) apontam que, não obstante o compartilhamento global de certos valores no que se refere ao respeito às pessoas vulneráveis, a forma de se encarar a vulnerabilidade está condicionada a fatores sociais, econômicos, geopolíticos e culturais. Segundo esses autores, a partir de um processo contínuo de diálogo entre diferentes perspectivas bioéticas é possível alcançar um compromisso entre os atores da comunidade internacional no sentido da superação de determinadas condições que tornam certos indivíduos e grupos mais vulneráveis e suscetíveis. Pela importância que o tema vem adquirindo nos últimos anos, Cunha e Garrafa (2016) consideram o respeito à vulnerabilidade humana um princípio central no âmbito da bioética global.

No que diz respeito ao tema específico deste artigo, qual seja, a vulnerabilidade do paciente idoso nos cuidados de saúde, o marco conceitual proposto por Herring (2016) apresenta-se pertinente

e adequado, uma vez que sua construção teórica tem como foco a pessoa idosa, sobretudo nas relações de cuidado. Segundo Herring (2016), existem duas escolas que buscam definir vulnerabilidade. Para a primeira, a vulnerabilidade é universal e inerente à condição humana, enquanto para a segunda, existem pessoas ou grupos que devem ser especialmente protegidos em razão de vulnerabilidades específicas. Embora os enfoques sejam distintos, as duas correntes não são contraditórias, pois ao mesmo tempo em que se reconhece que a vulnerabilidade é condição humana inerente, se admite que algumas pessoas a apresentam em maior grau, e o suporte social e institucional que recebem é fator que pode potencializá-la ou minorá-la. Herring (2016) argumenta que, embora certos indivíduos ou grupos sejam identificados como vulneráveis em decorrência de certas características biológicas, na verdade, a vulnerabilidade pode ser gerada pelo modo como o suporte institucional, econômico e social está sendo distribuído. Desse modo, ainda que a vulnerabilidade não esteja atrelada à dependência dos serviços públicos, a ausência de suporte social e de serviços públicos disponíveis e acessíveis são fatores que a incrementam, sobretudo em caso de doenças (Herring, 2016).

A condição de vulnerabilidade inerente sustentada por Herring (2016) se alicerça na aceção de que o ser humano é, por natureza, relacional, na medida em que depende do outro para viver, e tal dependência acarreta vulnerabilidade. Com efeito, Herring (2016) enfatiza o caráter relacional do ser humano e a ideia de que a pessoa existe e se reconhece a partir de seus relacionamentos, dos quais é dependente, embora comumente não se dê conta disso. Para o autor, a dependência é uma faceta inevitável da vida humana. Em determinados estágios, os cuidados de terceiros se tornam indispensáveis, como na infância, na doença ou no final da vida. Assim, na esfera dos cuidados em saúde, a vulnerabilidade está atrelada à dependência e ao cuidado. As pessoas precisam, em maior ou menor grau, e em diferentes estágios da vida, do cuidado alheio, o que as torna intrinsecamente vulneráveis. Ainda, para Herring (2016), o cuidado do outro é uma via dupla, pois estabelece uma relação de interdependência entre o cuidador e a pessoa que recebe os cuidados, o que

traz em si, além de responsabilidades, também elementos de reciprocidade, solidariedade, confiança e cooperação.

Adotando-se, portanto, a concepção de vulnerabilidade proposta por Herring, temos que esta pode ser entendida como uma condição humana universal de interdependência. A dependência humana se atrela à necessidade do outro, em maior ou menor escala, e ao fato de que para se atingir o bem-estar físico e mental é imprescindível a conexão social. Como visto, a extensão da vulnerabilidade depende de fatores diversos e específicos, tais como a potencialidade de danos à integridade pessoal, idade, sexo, grau de instrução, condição econômica, cultural ou social e, notadamente, a qualidade dos cuidados e o acesso a uma rede de proteção social.

No âmbito dos cuidados em saúde, a vulnerabilidade vincula-se a aspectos relacionais, à dependência e à confiança mútua que deve haver entre cuidador e pessoa cuidada. Nesse sentido, a relação deve ser de interdependência, simetria, empatia, interação e cooperação, de modo que se possa, em conjunto, encontrar maneiras de superar as limitações humanas e aceitar as diferenças (Herring, 2016). Quanto a tal aspecto, a noção de vulnerabilidade apresentada por Herring (2016) é compatível com o princípio dos cuidados centrados no paciente, que ressalta que o sistema de colaboração, de troca e de confiança mútua entre os participantes do tratamento é um dos meios mais eficazes de empoderamento do paciente (Albuquerque, 2016), tema que será objeto do item subsequente.

A conjugação de esforços entre a bioética e os direitos humanos na proteção de pessoas e grupos vulneráveis mostra-se evidenciada pelo artigo 8º da DUBDH, que, com vistas a salvaguardar o respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual, estabeleceu que:

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos, e a integridade individual de cada um deve ser respeitada. (Unesco, 2005, p. 6)

Segundo o CIB (Unesco, 2011), a vulnerabilidade pode ser: “social”, vinculada à política e ao ambiente, relacionada à cultura, à economia, às relações de poder e aos desastres da natureza; ou “especial”, quando se expressa, de forma temporária ou permanente, como as doenças ou limitações inerentes às diferentes fases da vida. Assim, a DUBDH leva em consideração as condições que, direta ou indiretamente, afetam a capacidade do ser humano de viver de forma livre e de exercitar sua autodeterminação. Embora a DUBDH seja dirigida aos Estados, todos os setores da sociedade devem promover estratégias e meios de cooperação capazes de enfrentar de forma eficaz os determinantes da vulnerabilidade especial a que se refere o seu artigo 8º. O que se pretende proteger não é somente o indivíduo vulnerável, mas também famílias e grupos de pessoas vulnerabilizadas pelo contexto em que vivem (Unesco, 2011).

Ao destacar a importância de combater fatores que comprometem a capacidade do indivíduo de viver como um ser autônomo e livre, o CIB reconhece, assim como Herring, que a vulnerabilidade tem um caráter universal e, ao mesmo tempo, particular. Embora enfatize a importância de se proteger indivíduos e grupos com vulnerabilidades agravadas por contextos específicos, tais como questões pessoais, sociais ou ambientais, o CIB também se preocupa com pessoas e grupos cujas vulnerabilidades se mostram potencializadas pela falta de serviços, sejam eles públicos ou privados. O relatório do CIB menciona, por exemplo, que em muitos países pobres o Estado não proporciona terapias antirretrovirais às pessoas que vivem com HIV, enquanto em outros lugares são negados tratamentos a pacientes sem seguro de saúde que cubra essa necessidade. Ainda que Herring tenha enfatizado o aspecto sociorrelacional da vulnerabilidade humana, e o CIB tenha demonstrado maior preocupação com a disponibilização de recursos e condições de acesso a serviços de saúde de qualidade, não há incompatibilidade entre ambas as proposições, pois as duas compreendem a vulnerabilidade, a partir de perspectivas diferentes, como condição humana atrelada a fatores externos (econômicos, institucionais ou sociais), que determinam o seu incremento ou a sua mitigação em situações concretas. Com efeito, o CIB afirma que muitos indivíduos e grupos se tornam especialmente

vulneráveis em razão de fatores criados por outros agentes, posição esta que se amolda à proposta de Herring, que vê no cuidado de terceiros, bem como no suporte social e institucional oferecidos, elementos que potencializam ou minoram a vulnerabilidade. Assim, tanto para o CIB como para Herring, embora todas as pessoas sejam vulneráveis, há particularidades que podem torná-las ainda mais vulneráveis e, por isso, há que se estar atento à sua proteção.

No item a seguir, tratamos do princípio do cuidado centrado no paciente, que, em conjunto com a abordagem conceitual da vulnerabilidade, será empregado para a análise da condição específica do paciente idoso.

## O princípio do cuidado centrado no paciente

Segundo o referencial dos DHP, uma das formas norteadoras para diminuir a vulnerabilidade causada pela doença é centrar os cuidados no paciente. A pessoa doente deve ser o agente central do procedimento terapêutico, logo, sua atuação é determinante no resultado almejado pelo profissional de saúde (Albuquerque, 2016).

O cuidado centrado no paciente abarca o desenvolvimento de práticas entre paciente e profissional de saúde que visam à diminuição da assimetria da relação. “Centrar no paciente” significa envolvê-lo na terapêutica, apoiar sua participação e de seus familiares no processo mediante troca de informações, estimular a colaboração entre todos os envolvidos no tratamento, além de respeitar a liberdade do paciente de decidir entre as opções de cuidado que lhes são apresentadas, acolhendo suas deliberações e necessidades físicas e emocionais (Charmel; Frampton, 2008). O cuidado centrado no paciente preceitua, ainda, que o estímulo à participação do paciente em seu tratamento modifica o cenário histórico de dominação e paternalismo por parte do profissional da saúde, detentor do conhecimento, para uma relação de diálogo que envolve o doente como um participante ativo e autodeterminado (Epstein; Street Junior, 2011).

O cuidado centrado no paciente vem sendo cada vez mais discutido como modelo de assistência

à saúde, em razão do reconhecimento dos limites do modelo de cuidados convencional. Associa-se o princípio do cuidado centrado no paciente a uma assistência médica de melhor qualidade, à maior segurança do paciente e à diminuição de erros médicos. Como elementos-chave, aponta-se a ampliação do cuidado a partir de uma perspectiva holística do adoecimento, compartilhamento de poder e responsabilidade entre pacientes e profissionais, respeito às decisões do doente, comunicação, interação, colaboração e estabelecimento de relações multiprofissionais que levam em conta a complexidade das necessidades de saúde (Agreli; Peduzzi; Silva, 2016).

Tem-se, portanto, que o princípio do cuidado centrado no paciente visa estabelecer relações intersubjetivas no âmbito dos cuidados em saúde, as quais constituem o alicerce do paciente em seu processo terapêutico. Ainda, tal princípio reforça uma perspectiva que estava ausente na equação dos cuidados em saúde: a visão do paciente e de sua família no processo de adoecimento e tratamento. A experiência do cuidado vivenciada pelo paciente e sua família é um elemento decisivo para o resultado positivo dos cuidados, portanto, a atuação compartilhada, bilateral e simétrica entre profissionais, pacientes e familiares aumenta a segurança e a qualidade dos cuidados, diminui custos e assegura uma maior satisfação entre os envolvidos. Centrar no paciente é contribuir para a diminuição da assimetria das relações e mitigação da vulnerabilidade gerada pela doença. Para tanto, é preciso que se leve em conta os elementos que norteiam o princípio ora tratado, garantindo-se relações de respeito e dignidade, compartilhamento de informações, participação do paciente e seus familiares e colaboração interpessoal (IPFCC, 2017).

Registre-se, ainda, que as relações interpessoais são o cerne dos cuidados centrados no paciente e adquirem um valor especial em relação às pessoas idosas, porque são elas que demandam cuidados de saúde com mais frequência e por tempo mais prolongado (Albuquerque, 2016). Nesse sentido, com foco no paciente idoso, passa-se à análise da sua específica vulnerabilidade nos cuidados diários de saúde.

## A especial condição de vulnerabilidade do paciente idoso

Ficar doente é um fato que acomete a todos em alguma fase da vida. A pessoa doente, por si só, é uma pessoa vulnerável e, segundo o referencial dos DHP, deve ser considerada o ser central do processo terapêutico, a quem devem ser dirigidos os melhores cuidados em saúde. O paciente deve ser entendido sob dupla condição:

a de vulnerável e a de ator central no processo terapêutico, o que lhe confere especificidade ímpar no espaço social, na medida em que sua condição de fragilidade psíquica, sua limitação física e subjugação a um saber estranho, tornam a contingência de ser “paciente” um estado particular do ser humano. (Albuquerque, 2016, p. 21-22)

A pessoa idosa que se encontra em tratamento de saúde ocupa uma situação de dupla vulnerabilidade, pois, além de se apresentar naturalmente vulnerável por estar doente, integra um grupo de pessoas que sofre com preconceitos e estigmas pelo simples fato da idade. Efetivamente, as pessoas idosas demandam particular atenção, pois geralmente levam mais tempo para apreender informações, para compreender as terapêuticas que lhes são propostas, assim como apresentam maior dificuldade de expressar suas queixas em saúde, o que gera a falsa crença de que a idade inabilita a pessoa a conduzir sua vida e a fazer escolhas esclarecidas, baseadas em suas próprias concepções, desejos e crenças (Albuquerque, 2016). Para Coelho, Giacomini e Firmo (2016, p. 415),

o envelhecer é encarado de forma positiva quando relacionado às conquistas acumuladas na vida, valorizando as vantagens da experiência e da tranquilidade que o amadurecimento proporciona. Porém, muitas vezes essa visão positiva concorre fortemente com a relação negativa entre o envelhecimento e a fragilização.

É possível identificar excessos e negligências em relação ao paciente idoso. Tais negligências

refletem o descuido e a omissão dos familiares, dos profissionais de saúde e de instituições responsáveis pelos cuidados básicos no desenvolvimento físico e mental da pessoa idosa. O descuido com o paciente idoso caracteriza-se de formas diversas, tais como em relação à higiene e à alimentação, à falta de zelo com a ministração de medicamentos, à ausência de proteção contra frio, calor e medos, ao desrespeito à sua privacidade, e à constante infantilização e anulação de suas vontades. Conforme o referencial dos DHP, desenvolvido por Albuquerque (2016), a relação de cuidados deve envolver reciprocidade. No entanto, é comum que, no que se refere à pessoa idosa, a relação não seja de colaboração, mas de imposição de terapêuticas e da vontade dos médicos e da família, a partir de uma falsa crença de que o paciente idoso não possui capacidade mental suficiente para decidir o que é melhor para sua saúde e sua vida. Em atendimentos médicos, é comum que o profissional dirija as explicações ao acompanhante; refira-se ao paciente idoso não pelo nome, mas por apelidos como “vovozinho(a)”; e não tenha paciência suficiente para explicar a doença e o tratamento em linguagem compatível com o grau de entendimento do paciente idoso (United Kingdom, 2007). O paciente idoso torna-se, assim, mais dependente e entregue à vontade de terceiros, alheio à sua condição de saúde e cada vez menos capaz de se autodeterminar.

No Brasil, embora haja legislação voltada à pessoa idosa, como o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), as violações de direitos dos pacientes idosos é uma constante (CFM, 2016). Dentre as possíveis explicações para o desrespeito à pessoa idosa, pode-se apontar: (1) o capítulo do Estatuto do Idoso sobre cuidados em saúde, apesar de sua inegável importância, não se destina aos pacientes, mas sim a temas como acesso a bens e serviços de saúde e participação social, permanecendo o vazio legislativo no que se refere à prática dos cuidados em saúde da pessoa idosa, na forma da cultura e de princípios dos DHP (Paranhos; Albuquerque, 2016); (2) a formação dos profissionais de saúde centra-se na parte técnica dos tratamentos, não havendo maior preocupação com a perspectiva dos direitos humanos, que envolve comunicação, colaboração, envolvimento do paciente e adequação da atenção às necessidades individuais; (3) ausência de políticas públicas de conscientização

das famílias, do Estado, dos profissionais da saúde e da sociedade acerca da necessidade de mudanças na forma paternalista de atenção aos pacientes idosos, ou seja, de que estes devem ser envolvidos no processo de cuidados, estimulados a decidir sobre as terapêuticas e empoderados para exercitar seus direitos.

## Dois casos ilustrativos da vulnerabilidade em pacientes idosos

O Relatório sobre o Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual, elaborado pelo Comitê Internacional de Bioética da Unesco (Unesco, 2011) ilustra vários casos de violações no contexto dos cuidados em saúde, dentre os quais foram selecionados dois, referentes a pacientes idosos, com o objetivo de discutir o tema levando em conta situações concretas.

### Caso 1 – Alocação injusta de recursos:

Um paciente diabético de 73 anos de idade foi admitido no hospital com doença vascular obstrutiva e necrose do pé direito. A amputação de sua perna direita foi indicada. A cirurgia foi agendada em várias ocasiões, mas foi adiada devido à escassez de recursos e por causa de sua idade. Ele permaneceu internado durante cinco meses e sua perna não foi amputada. Finalmente, ele sucumbiu à sepse e morreu, apesar do fato de que a amputação poderia ter salvo sua vida. (Unesco, 2011, p. 7)

O relatório aponta, no caso, que a natureza especial da vulnerabilidade decorre da discriminação de pacientes idosos na alocação de recursos escassos. Em consequência, sugere que os Estados ponham em prática sistemas de alocação de recursos que, de forma justa e sem discriminação, promovam cuidados adequados a todos os indivíduos, inclusive pacientes idosos. Embora o tema da alocação de recursos não seja objeto deste artigo nem do referencial dos DHP, é importante destacar que sob a perspectiva do direito do paciente de não ser discriminado, caso as escolhas de alocação sejam feitas sob bases discriminatórias e repercutam negativamente sobre os cuidados em saúde, detecta-se violação aos direitos humanos



do paciente e rechaço do reconhecimento de sua condição particular de vulnerabilidade.

## **Caso 2 – Desrespeito à vontade do paciente:**

Um senhor de 78 anos de idade, portador de câncer de pulmão em estágio terminal, foi admitido na sala de emergência em razão de insuficiência respiratória. Os exames médico e radiográfico mostraram evidências de infecção respiratória. O paciente foi transferido para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Ele pediu um fim sem intubação. Quando o médico falou com a família do paciente, para explicar-lhe que o paciente provavelmente precisaria ser intubado, as filhas do paciente desrespeitaram os desejos do pai por motivo de crenças religiosas. Poucas horas depois, o paciente teve insuficiência respiratória grave, mas se recusou a ser intubado. Minutos depois, ele entrou em coma, foi intubado e conectado à ventilação mecânica. No dia seguinte, ele foi submetido a diálise. Durante os próximos 20 dias ele continuou intubado, foi submetido a diálise, recebeu antibióticos, ventilação mecânica e suporte hemodinâmico, até que, finalmente, morreu. (Unesco, 2011, p. 7)

Apontou-se no relatório da Unesco nítido desrespeito ao consentimento do paciente que, a despeito de ser idoso, estava em pleno gozo de sua capacidade mental e exercício da autonomia no momento em que apresentou o desejo de não ser intubado para, com isso, não sofrer com o prolongamento indesejado da vida. O relatório enfatiza que

O princípio do consentimento informado é posto em risco sempre que alguém diz saber o que é a coisa certa a fazer, e insiste em que sua decisão deve prevalecer sobre a autodeterminação do paciente, se essa pessoa é o médico ou um membro da família. Neste caso, a condição precária do paciente, por si só, não pode justificar a substituição dos seus desejos, mas as terríveis consequências de não intubar e a pressão da família servem para minar o respeito à autonomia do paciente. (Unesco, 2011, p. 8)

Sustenta-se no relatório, por fim, a necessidade de proteção da integridade pessoal do paciente; do respeito ao direito de recusar tratamento; e de formação adequada dos profissionais da saúde acerca do reconhecimento da relevância jurídica dos pontos de vista dos familiares de pacientes não competentes.

Os dois casos narrados traduzem desrespeitos a que estão sujeitos os pacientes idosos nos cuidados diários em saúde. O verbo cuidar significa ocupar-se, dedicar atenção, solidarizar-se (Herring, 2016), e abrange significações mais extensivas e complexas quando se trata de paciente idoso, pois, conforme mencionado, trata-se de pessoa que enfrenta dupla situação de vulnerabilidade. O paciente idoso deve receber a mesma atenção que qualquer outro doente, quer no que se refere à distribuição dos recursos disponíveis, quer relativamente ao respeito à privacidade, à confidencialidade, à autodeterminação. Ao se trazer, no primeiro caso, o exemplo de discriminação na alocação de recursos, o objetivo não foi abordar a problemática relativa ao acesso a serviço de saúde, tema que foge ao propósito deste artigo. O que se buscou demonstrar foi que a ideia de que não se pode “desperdiçar” recursos escassos com o tratamento de pessoas idosas possui nítido reflexo na qualidade dos cuidados que lhes são dispensados e nos resultados do tratamento, configurando ato de discriminação. Ou seja, o uso do critério exclusivo de idade na distribuição de recursos da saúde ofende preceitos éticos básicos sustentados pela DUBDH e pelos DHP.

Ainda, quanto à autodeterminação do paciente idoso, há que se levar em conta seu direito de ser informado sobre sua condição de saúde, sobre os tratamentos disponíveis, assim como deve ter a confidencialidade de seus dados resguardada, ser encorajado a participar das decisões terapêuticas e ter sua opinião respeitada caso opte por não ser tratado. A relação entre paciente idoso e profissional de saúde deve ser de cooperação, o que significa que não só a vontade do paciente idoso deve ser respeitada, mas também que os envolvidos nos cuidados estejam atentos ao papel de informá-lo adequadamente, de forma compreensível e compatível com o seu estado especial, apoiando-o em suas decisões.

É importante que se tenha em mente que, apesar da idade, da fragilidade física e do eventual comprometimento cognitivo, as pessoas idosas podem ser administradoras competentes de suas vidas e do seu processo terapêutico, desde que devidamente capacitadas para tal. Nesse ponto, as políticas públicas de saúde voltadas à pessoa idosa devem estar atentas ao compromisso de considerar a especial vulnerabilidade humana como componente necessário de responsabilidades políticas e sociais. O artigo 8º da DUBDH chama a atenção para este fato e conclama os tomadores de decisão a responder de maneira apropriada, elaborando, por exemplo, uma carta de direito dos pacientes como instrumento de proteção àqueles que são especialmente vulneráveis no ambiente dos cuidados em saúde (Unesco, 2011).

## Considerações finais

Este artigo objetivou tratar da vulnerabilidade do paciente idoso no âmbito dos cuidados em saúde. Enfatizou-se a necessidade de especial proteção da pessoa idosa contra a infantilização, abusos, maus-tratos e desrespeito no contexto dos tratamentos médicos. Destacou-se, também, que é possível alcançar melhora nos resultados terapêuticos quando os pacientes idosos são motivados a participar da tomada de decisões acerca de sua saúde e quando lhes são oferecidos meios capazes de suprir as perdas cognitivas.

Em razão do desconhecimento dos direitos humanos dos pacientes e da pessoa idosa, familiares, cuidadores e profissionais de saúde não têm consciência de que suas práticas diárias nos cuidados ao paciente idoso podem consistir em violações de direitos humanos. É essencial que as pessoas idosas sejam informadas sobre os seus direitos e que os profissionais de saúde sejam capacitados para além dos conhecimentos técnicos, para que os cuidados em saúde sejam de qualidade e eticamente adequados.

Os pacientes idosos apresentam vulnerabilidade acrescida em razão da fragilidade da rede de proteção social, da assimetria da relação de cuidado e do risco de dano a que estão sujeitos nos cuidados diários em saúde. A bioética, por meio do artigo 8º da DUBDH, e os direitos humanos, amparados no arcabouço normativo dos DHP, enquanto campos do saber aptos a fornecer instrumentos teóricos e normativos aos responsáveis

pelas políticas em saúde, podem, por meio de reflexões e discussões específicas, problematizar as escolhas governamentais e dos legisladores quanto ao tema da vulnerabilidade do paciente idoso, de modo a capacitá-lo a ser legítimo titular de direitos.

Ainda que se reconheça a dificuldade na conceituação de vulnerabilidade, este artigo sustenta que sua mitigação se condiciona à presença de cuidados adequados, de serviços públicos acessíveis e disponíveis, de uma rede de proteção social, além da simetria da relação de cuidados. No campo específico dos cuidados, a vulnerabilidade se vincula, ainda, aos aspectos relacionais existentes entre paciente e profissional da saúde ou cuidador, ou seja, remete à ideia de interdependência entre os envolvidos no tratamento, empatia, interação, confiança, cooperação e reciprocidade, que são os elementos-base do princípio dos cuidados centrados no paciente e a melhor maneira de se resguardar a integridade individual e de superar as vulnerabilidades geradas pelas relações de cuidados em saúde.

## Referências

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.
- ALBUQUERQUE, A. *Direitos humanos dos pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <<https://goo.gl/jMZRTc>>. Acesso em: 24 nov. 2017.
- CHARMEL, P. A.; FRAMPTON, S. B. Building the business care for patient-centered care. *Healthcare Financial Management*, Westchester, v. 62, n. 3, p. 80-85, 2008.
- COHEN, J.; EZER, T. Human rights in patient care: a theoretical and practical frame. *Health and Human Rights*, Boston, v. 15, n. 2, p. 7-19, 2013.
- COELHO, J. S.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 408-421, 2016.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. No Brasil, negligência é o principal abuso. *Jornal Medicina*, Brasília, DF, n. 257, p. 12, jun. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/TWphjg>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

CUNHA, T.; GARRAFA, V. Vulnerability: a key principle for global bioethics? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge, v. 25, n. 2, p. 197-208, 2016.

EPSTEIN, R. M.; STREET JUNIOR, R. L. The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, Leewood, v. 9, n. 2, p. 100-103, 2011.

FINEMAN, M. Elderly as vulnerable: rethinking the nature of individual and societal responsibility. *The Elder Law Journal*, Champaign, v. 20, n. 1, p. 71-111, 2012.

GARRAFA, V.; PRADO, M. M. Mudanças na declaração de Helsinque: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1489-1496, 2001.

HERRING, J. *Vulnerable adults and the law*. Oxford: Oxford University, 2016.

IPFCC - INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY-CENTERED CARE. *Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/1stFJb>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

MCLEAN, S. A. M. Respect for human vulnerability and personal integrity. In: HAVE, H.;

GORDJIN, B. (Org.). *Handbook of global bioethics*. Dordrecht: Springer, 2014. p. 104-117.

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A. Análise do Estatuto do Idoso sob a perspectiva dos direitos humanos dos pacientes. *Revista da Faculdade de Direito Candido Mendes*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 69-83, 2016.

SCHRAMM, F. R. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 187-200, 2006.

UNESCO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)*. Tradução Ana Tapajós e Mauro Machado de Prado. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/hFyLt4>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

UNESCO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. Comitê Internacional de Bioética. *Report of IBC on the principle of respect for human vulnerability and personal integrity*. Paris: Unesco, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/R682rT>>. Acesso em: 26 ago. 2016.

UNITED KINGDOM. House of Lords. House of Commons. *The human rights of older people in healthcare: eighteenth report of session 2006-07*. London: The Stationery Office Limited, 2007. (Volume 1: Report and Formal Minutes).

---

### Contribuição dos autores

Paranhos, na condição de doutoranda em Bioética da UnB – Cátedra Unesco, elaborou, escreveu e revisou o artigo. Albuquerque orientou a pesquisa, acompanhou seu desenvolvimento e fez a revisão crítica. Garrafa foi responsável pela concepção do estudo, participando de seu delineamento e revisão crítica.

Recebido: 14/03/2017

Reapresentado: 24/07/2017

Aprovado: 15/11/2017