

Artigo

**TOMADA DE DECISÃO APOIADA EM PACIENTE IDOSO COM
VULNERABILIDADE ACRESCIDA**

**DECISION-MAKING SUPPORTED IN PATIENT WITH ADDED
VULNERABILITY**

Polyana de Vargas¹
Danielle Matos de Holanda²
Aline Albuquerque³

RESUMO - Com o envelhecimento populacional mundial, é necessário pensar em estratégias para manter a autonomia das pessoas idosas. Um desafio, onde a Tomada de Decisão Apoiada no contexto da bioética clínica pode vir como solução. Este artigo utiliza-se de pesquisa teórica fundamentada no referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes. Seu objetivo foi defender a Tomada de Decisão Apoiada em idosos com vulnerabilidade acrescida por demência senil. Concluiu-se ser a Tomada de Decisão Apoiada, melhor alternativa na manutenção da autonomia das pessoas idosas, associada a um novo posicionamento dos profissionais de saúde, atuando sem imposição do saber médico, escutando os desejos, favorecendo e incrementando a autonomia do idoso de forma apoiada, preservando suas crenças, valores e limitações.

Palavras-chave: Tomada de decisão; Vulnerabilidade social; Autonomia pessoal; Direitos humanos.

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Bioética pela Universidade de Brasília. Brasília/DF, Brasil. Correspondência: Polyana de Vargas. *E-mail:* drapolyanavargas@gmail.com;

² Mestranda do Programa de Pós-graduação em Bioética pela Universidade de Brasília. Brasília/DF, Brasil;

³ Doutora em Bioética, Docente da disciplina de Bioética, Direitos Humanos e Justiça, do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Cátedra da Unesco da Universidade de Brasília. Brasília/DF, Brasil.



Artigo

ABSTRACT - With the aging of the world population, it is necessary to think of strategies to maintain the autonomy of the elderly. A challenge, where Supported Decision Making in the context of clinical bioethics, can come as a solution. This article uses theoretical research based on the referential of patients' human rights. The aim of this study was to defend Supported Decision Making in older people with increased vulnerability due to senile dementia. It was concluded that Supported Decision Making is the best alternative in maintaining the autonomy of the elderly, associated with a new positioning of health professionals, acting without imposition of medical knowledge, listening to desires, favoring and increasing the autonomy of the elderly. supported by preserving their beliefs, values and limitations.

Keywords: Decision making; Social vulnerability; Personal autonomy; Human rights.

INTRODUÇÃO

Na década de mil novecentos e quarenta, no Brasil, a expectativa de vida ao nascer girava em torno de 45,5 anos, e ao longo dos anos vem apresentando aumento, que chegou a uma média de 76,2 anos em 2018. Sendo de 72,7 anos para os homens e para as mulheres, de 79,8 anos (IBGE, 2013). No plano global, a população ainda deverá ganhar um acréscimo de seis anos a mais na expectativa de vida, promovendo um progressivo e permanente envelhecimento populacional de todo o globo nas próximas décadas (ZANCHETTA; MACDONALD, 2012).

Em 2019, segundo Relatório da Organização das nações Unidas – ONU (ONU, 2019), houve aumento da população do mundo para 2 bilhões de indivíduos aproximadamente, nos 30 anos subsequentes, saltando dos vigentes 7,7 bilhões de habitantes, para 9,7 bilhões no ano de 2050. O Departamento de Divisão de População da ONU, que se dedica a Assuntos Econômicos e Sociais, fornece vasta imagem do contexto global dos aspectos demográficos e chega à conclusão que a população do planeta pode alcançar o seu auge, em torno do final deste século, alcançando por volta de 11 bilhões de indivíduos até 2100. Esse Relatório também corrobora a informação do envelhecimento populacional, causado pelo aumento da expectativa de vida e menores taxas de fertilidade (ONU, 2019). Desse modo, contata-se que jamais se presenciou envelhecimento da população nessas proporções e a previsão é que essa alteração demográfica persista no século XXI, com sérias implicações para toda a sociedade e



Artigo

inclusive para os sistemas de saúde de todo o mundo, que não estão preparados para enfrentar esta nova situação que se apresenta (ZANCHETTA; MACDONALD, 2012).

Com efeito, grande quantidade de pessoas idosas sujeitas a várias morbidades inerentes à velhice, incluindo demências e fragilidades físicas, comuns na senilidade, será internada, por vezes uma internação prolongada, causando uma repercussão negativa em sua vida. Sendo assim, deve-se tentar diminuir a permanência em ambiente hospitalar com o intuito de minimizar impressões negativas e agravos de saúde que podem advir da estada em instituição de saúde, a exemplo de infecções e depressão. Assim, o cuidado em saúde do paciente idoso hospitalizado acarreta variados desafios, inclusive o de ser centrado no paciente e de assegurar sua participação no processo de tomada de decisão sobre seus cuidados. Assim, o paciente deve participar das decisões a serem tomadas sobre sua própria saúde, preservando e incrementando sua autonomia pessoal (ALBUQUERQUE, 2015).

Partindo-se do pressuposto de que a vulnerabilidade é inerente à condição humana, justificada pela fragilidade inata dos seres humanos, ao aplicar tal conceito aos cuidados em saúde, paciente se encontra inicialmente nessa situação de vulnerabilidade humana universal e portanto sujeito à dano de sua integridade pessoal; quando adoece, deixando de gozar de plena saúde física ou mental, encontra-se fragilizado e por vezes, subordinado ao conhecimento dos profissionais de saúde, sem receber muitos esclarecimentos e portanto, mantendo-se alheio ao entendimento real de sua situação de saúde, dilatando o distanciamento daqueles que tratam de sua saúde. No sentido de mitigar a vulnerabilidade do paciente idoso com demência senil. No caso das pessoas idosas que habitualmente têm comorbidades associadas, a exemplo da demência senil, doença degenerativa que cursa frequentemente com o envelhecimento, ocorre uma restrição ainda maior da sua autonomia pessoal, crescendo ainda mais a vulnerabilidade desse indivíduo.

Devido à vulnerabilidade acrescida, além da participação da família nos cuidados ao paciente, a assistência médico-hospitalar está frequentemente envolvida, tanto no atendimento ambulatorial de suas patologias, quanto em possíveis hospitalizações. Nesses atendimentos, frequentemente as decisões são tomadas unilateralmente pelos profissionais das áreas da saúde, sem a participação do paciente idoso. A demência pode levar a um comprometimento parcial ou total, de sua capacidade decisional, que pode ser temporária ou definitiva. É essencial que nesse caso então, que qualquer decisão que se tome, que não seja imposta ao paciente idoso, mas sim decorra de um processo em que o paciente idoso com demência seja apoiado por



Artigo

pessoa escolhida por ele e a ele seja dada toda a condição de compreensão de sua situação e que suas vontades e preferências sejam levados em conta. Desta forma, baseando-se nos Direitos Humanos dos Pacientes, pode-se lançar mão da Tomada de Decisão Compartilhada e se esta não for suficiente, da Tomada de Decisão Apoiada, para dar voz àquele que se encontra incapaz de decidir sobre sua própria vida, evitando o menosprezo do paciente idoso, em deixar incentivar sua capacidade para dirigir as decisões em saúde de sua vida (PARANHOS; ALBUQUERQUE, 2018).

A Tomada de Decisão Apoiada (TDA), é o objeto deste artigo, aplicação no processo de decisão de cuidados em saúde de pacientes idosos com demência senil, pretendendo assim, promover uma maior autonomia na realidade dos pacientes idosos e com vulnerabilidade acrescida, somando a participação de pessoa escolhida pelo paciente, para expressar seus desejos e convicções, com base no referencial teórico dos Direitos Humanos dos Pacientes – DHP. Frente aos avanços tecnológicos da ciência e pensando no maior nível de autonomia possível, que se pretende dar a estes pacientes, advoga-se a favor da aproximação na relação médico/profissionais da saúde-paciente, no sentido de um maior compartilhamento de saberes e amplo esclarecimento para o lado menos favorecido, além da escuta das vontades e dúvidas do paciente, minimizando a sensação de imposição de poder. Esta postura é inovadora na área da saúde e nas relações estabelecidas neste cenário.

Neste artigo, foi utilizado estudo teórico-argumentativo e tomado como referência, os Direitos Humanos dos Pacientes. Estruturado distintamente em três segmentos, onde se trata dos Direitos Humanos dos Pacientes, da Tomada de Decisão Apoiada (TDA) e sua aplicabilidade clínica.

O referencial dos direitos humanos dos pacientes (DHP)

Existem lacunas na área do direito individual em relação aos direitos em saúde e é esse hiato, que está sendo ocupado pelos *Direitos Humanos no Cuidado com os Pacientes (DHP)*. A lei dos direitos humanos no atendimento ao paciente se molda com base na *Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)* de 1948, onde o aspecto puramente consumista da prestação de serviços em saúde deverá ser apartada desta relação, situação onde o paciente e o médico, solucionam todas as suas discordâncias no consumo da saúde, no âmbito jurídico. Os Direitos Humanos dos Pacientes, funcionam como dispositivo de fomento e resguardo da saúde, protegendo da indesejável prática de maus-tratos por parte de alguns cuidadores. Quando se aplica uma abordagem de



Artigo

Direitos Humanos dos Pacientes, tanto o paciente e sua família, como toda a equipe de saúde passa a se beneficiar e estes podem e devem ser empregados como ferramenta de interferência política, no sentido de proteção dos direitos dos vulneráveis (PELED-RAZ, 2017).

Segundo Albuquerque (ALBUQUERQUE, 2015), autora brasileira, que desenvolve estudos pioneiros sobre o assunto no Brasil, os reflexos em diversas áreas da saúde, advém de conquistas promovidas à partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde profissionais da área da saúde se fazem presentes, junto aos seus pacientes, na busca de melhores maneiras de intervenção em delicada fase da vida – quando adoecemos. Ressalte-se que:

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 (PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017, página 933).

A vulnerabilidade de um indivíduo, relaciona-se à qualidade de seu momento de vida, pois dependendo das condições em que se encontra, pode estar exposto a riscos aumentados e redução de sua capacidade de se defender, perante certas situações que se apresentam. Pela vulnerabilidade acrescida que se impõe aos pacientes envolvidos em processo saúde-doença, a proposta do cuidado centrado no paciente, permite reduzir a vulnerabilidade e incentivar a autonomia deste. Autonomia esta, compreendida nesta situação singular, como a valorização dos desejos e preferências do próprio paciente (PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017).

O adoecer, tornar-se paciente e ter o cotidiano de sua vida tirada de você e substituído pelo ambiente hospitalar, o distanciamento de certos familiares e por vezes sem noção se é dia ou noite, leva o idoso fragilizado, a ter sensações de desprazer e tristeza. É evidente o comprometimento de sua qualidade de vida, quando equiparamos o antes e o depois da hospitalização e, por isso, é necessário inserir este indivíduo em seu processo de saúde-doença. Ao inserirmo-lo em tomadas de decisão junto à equipe multiprofissional de saúde, estamos efetivando uma mudança de paradigma.



Artigo

Quando se busca o bem-estar de paciente com maior vulnerabilidade, o fortalecimento de sua autonomia se faz através do ouvir suas vontades e preferências e consultar sua opinião (PARANHOS, 2016). O termo autonomia é entendido como “aptidão ou competência para gerir sua própria vida, valendo-se de seus próprios meios, vontades e/ou princípios” (DICIO, 2019). O simples fato do idoso se sentir autônomo já traz uma maior sensação de bem-estar mesmo em um ambiente adverso, como o hospitalar.

O conceito de Bem-estar na psicologia positiva

A psicologia positiva nasceu a partir de 1998 nos Estados Unidos para estudar, de forma científica, as virtudes do ser humano e não suas formas de adoecimento subjetivo como as diversas correntes de psicologia até aquele momento estudavam. Esta nova abordagem da psicologia que não tem foco em curar doenças psicológicas, mas busca promover e potencializar, por meio de intervenções, o bem-estar humano lembrando que este conceito é subjetivo. Ou seja, subjetivo por que o entendimento e a percepção de bem-estar é individualizado e pessoal. No entanto, é possível ser mensurado por meio de escalas e a psicologia positiva já utiliza algumas como a Escala de Bem-Estar Subjetivo (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004) para alcançar resultados mensuráveis em relação aos seus temas - como neste caso, o Bem-estar.

Para Seligman e Csikszentmihalyi (PACICO, 2014), esta psicologia que tem foco nas questões positivas divide-se em três categorias de trabalho: nos níveis subjetivo, individual e grupal. Neste recorte, queremos relacionar o bem-estar subjetivo como sendo mais um benefício da Tomada de Decisão Apoiada (TDA) em momentos da vida onde o envelhecimento e suas comorbidades (senilidade e fratura óssea) se fazem limitadoras da autonomia plena do indivíduo. Assim, utilizaremos o nível subjetivo por ser onde se situa a questão do bem-estar subjetivo e o valor intrínseco atribuído a ele. O objetivo maior da psicologia positiva é utilizar a metodologia científica para, dentre outras coisas, fomentar a percepção de bem-estar.

Para Stoner (2019), o estado de bem-estar resulta frequentemente de uma interação dinâmica entre processos e resultados psicológicos positivos e negativos, sendo que conforme Lomas e Ivtzan (2016), os conceitos de bem-estar e de autonomia se conectam à medida que ambos promovem a qualidade de vida explicitados em seus conceitos definidores. Assim, toda atitude frente as pessoas com vulnerabilidade aumentada e que estimulem a autonomia ajudam a promover uma maior possibilidade



Artigo

de qualidade de vida mesmo que esta seja limitada fisicamente por doença e mentalmente pela senilidade como é a hipótese deste trabalho.

Tomada de Decisão Compartilhada

Quando se preza pela promoção e pelo respeito à vontade e preferências do paciente frente a uma situação onde se tem necessidade de tomar uma decisão em saúde, podemos relacionar esta Tomada de Decisão à visão jurídica e ao âmbito psicológico, que além da participação do paciente, deseja valorizar o bem-estar aos objetivos.

Tradicionalmente, o médico delineava e decidia as condutas, sem envolver os pacientes ou ouvir seus desejos em decisões sobre ele próprio (SHEPHERD; SHORTHOUSE; GASK, 2014). Na recuperação da saúde do paciente, foi preconizada a Tomada de Decisão Compartilhada como principal modelo e isso levou a um incremento na participação ativa destes em seu próprio plano de tratamento (ALGUERA-LARA et al., 2017). Albuquerque em sua obra *Direitos Humanos dos Pacientes* afirma que a autonomia resgata o ser humano do seu estado mais rudimentar, distinguindo-o, quando gradativamente este, passa a ter domínio sobre suas decisões e realizações em sua vida e ainda, que a estruturação de sua autonomia, passa a permitir uma melhor convivência com os plurais, além de civilizá-lo (ALBUQUERQUE, 2015).

Por vezes, pode ocorrer do indivíduo ter prejuízo de sua capacidade decisional, em relação a seu próprio bem-estar, comprometendo a aplicação do Princípio da Autonomia, nestes casos porém, esta autonomia, deve ser promovida caso não tenha sido construída ao longo de sua vida, por quaisquer motivos que fossem, tanto sociais, quanto individuais. Nestes pacientes, em situações que necessitem ser tomadas decisões em relação a sua saúde, a vontade desta pessoa deverá ser respeitada, utilizando-se do Princípio da Autonomia. Em atendimento no sistema de saúde, todos os indivíduos participam da vinculação profissional de saúde – paciente e, sendo assim, existem pontos que facilitam ou dificultam a tomada de decisão, quando se trata de sua conduta terapêutica. Decisões estas, tomadas no instante da consulta e que devem ser elaboradas, partindo-se de um diálogo acolhedor e sempre dentro do entendimento, da cultura e da realidade de cada paciente. A escuta deste paciente, pode definir as condutas em sua saúde, respeitando desta forma, sua autonomia. Quando realmente sua capacidade mental encontra-se diminuída, deve-se tentar promovê-la.

Sendo a autonomia desenvolvida ao longo da vida do ser humano, em seus relacionamentos desde seu nascimento, ela vai diminuindo com o passar do tempo e em



Artigo

contrapartida, sua independência aumentado, porém quando se adoecer, a dependência do outro volta a aumentar e nessas situações, devemos incentivar e promover esta autonomia, também baseado em outro indivíduo. Essa autonomia, trará benefícios ao paciente, que poderá manifestar seus desejos relacionados à conduta que será tomada em relação a sua saúde, assim como, trará também, uma nova forma de realização do atendimento pelo profissional da saúde, centrando o tratamento no paciente e definindo o melhor plano de tratamento não somente à partir de sua experiência pessoal e conhecimentos. Sendo assim, compartilhada ao invés de ser decidida unilateralmente, a adesão ao tratamento, passa a ser bem maior (PARANHOS, 2018).

Quando a capacidade mental estiver comprometida parcial ou totalmente, como em alguns casos excepcionais, o indivíduo poderá ser apoiado optando-se por uma das duas formas de suporte para a tomada de decisão, seja por meio da Designação Permanente ou do Plano Antecipado. Caso a pessoa, em casos ainda mais especiais, não tiver condições sequer de apontar uma outra, ou não houver deixado algum tipo de Plano Antecipado, o Poder Judiciário deverá realizar a escolha de alguém para decidir pela pessoa. Então, a diferenciação entre capacidade absoluta e relativa, não é congruente com a Tomada de Decisão Apoiada e com o referencial dos Direitos Humanos. Quando se solicita um consentimento informado de algum paciente, presume-se que este seja capaz de consentir ou não o tratamento e de exercer a capacidade para consentir (PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017).

Existem duas formas de Tomada de Decisão: Tomada de Decisão Apoiada, realizada via apoio direto ou indireto, objetivando proteger a autonomia do paciente, defendendo sua vontade e preferências (ALBUQUERQUE, 2016). O apoio direto é através do Planejamento Centrado na Pessoa – PCP, que irá auxiliar os pacientes em suas tomadas de decisões referentes aos seus cuidados de saúde (MARTINIS, 2018).

O curso do tratamento de saúde em idosos, evidencia dupla vulnerabilidade, pois além de estarem já vulneráveis pela doença, fazem parte de grupo que penalizado por preconceitos e estigmas simplesmente pela sua fase de vida, demandando atenção especial, porque normalmente, têm dificuldade na apreensão das informações e compreensão do tratamento sugerido, como também têm dificuldade, ao informar suas queixas o que falsamente, se traduz como uma inabilidade ou lucidez para decisões alicerçadas no que creem e desejam (PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017).

Com frequência é possível perceber o desleixo no atendimento de cuidado com os mais velhos, tanto com exageros, como com negligências, demonstrando a



Artigo

desatenção e omissão por parte de parentes, profissionais da saúde e também das instituições, nos mínimos cuidados com o bem-estar físico e mental destes idosos. Fica claro o desleixo com os idosos, desde os cuidados com sua higiene e correta alimentação, cuidado com horários e doses de medicamentos, cuidados com vestimentas adequadas para frio e calor, falta de respeito pela sua privacidade e possíveis medos, além da infantilização que são submetidos e supressão de suas vontades. Essa relação, de acordo com o referencial dos DHP, deve ser recíproca, porém não é o que encontramos. Com frequência, nos deparamos com uma relação desigual, com imposição de tratamentos pelo serviço de saúde e pela família, sem levar em conta os desejos do paciente idoso, devido ao falso entendimento de que ela tenha incapacidade mental para tomar decisões do que seria melhor para si; ficando assim esses indivíduos, mais dependentes e submissos à vontade alheia, desconhecedores de sua real situação e gradativamente, mais incapazes de decidir. Independente do Estatuto do Idoso no Brasil, ainda nos deparamos com as transgressões aos direitos dos pacientes idosos referentes aos cuidados (PARANHOS, 2018).

Em sua obra *Direitos Humanos das Pessoas Idosas*, Paranhos aponta três explicações, para o desrespeito aos idosos. Falta de políticas públicas que conscientizem familiares, Estado, e profissionais de saúde, além de toda a sociedade visando uma mudança nos cuidados aos idosos, incentivando o abandono da maneira paternalista de atenção praticada até então e estimular todos os envolvidos nesses processos de cuidado, facultando ao próprio paciente, decidir sobre suas terapêuticas e melhorar sua capacitação para exercer seus direitos de forma mais plena possível.

Referenciando o termo “autonomia” conforme fatores sociais, conectados sob o prisma político-econômico, racial, cultural, de sexo, experiências de vida e interações com o próximo além de seus próprios desejos. Assim sendo, a autonomia relacional, pode surgir e se fortalecer em consequência dos relacionamentos existentes com outras pessoas, assim como com instituições sociais; como também, poderá ser tolhida. A autonomia sendo desenvolvida dependente dos ambientes sociais, é necessário que este seja ideal e possa oferecer condições e suporte ao paciente, para que ele tenha fortalecida a responsabilidade por seus atos. Ademais ao respeito que deve-se ter ao direito dos pacientes poderem tomar suas próprias decisões após estarem bem informados, é necessário que se promova a identidade própria de cada paciente, incrementando assim sua autonomia e propiciando o reajuste suas expectativas em seu processo de tratamento de saúde, compreendendo melhor seu quadro e os limites que a doença o impõe. A promoção da autonomia ao paciente idoso, demanda a participação



Artigo

de várias pessoas e com frequência, não se solicita o consentimento deste, de forma adequada.

A dependência de terceiros dos pacientes idosos varia, como também varia sua autonomia, porém o que se percebe, é que independente de sua capacidade decisional, não lhe permitem uma postura livre para expor suas intenções, que nem sempre são alinhadas as dos profissionais de saúde ou dos parentes (PARANHOS, 2018).

Quando não é viável o apoio direto, como nos casos de coma, lança-se mão do apoio indireto, através de indivíduo designado anteriormente pelo paciente, ou diretiva antecipada; sendo que qualquer um desses, deve proteger sua vontade e preferências.

Quando se constata inabilidade para tomada de decisão, não é necessário declarar a pessoa absoluta ou relativamente incapaz, apenas enunciar que a inabilidade para tomadas de decisão foi constatada por meio de parecer e que os suportes não se adequam ou se aplicam ao contexto, e que é portanto necessário, que uma outra pessoa resolva por esta (ALBUQUERQUE, 2016).

E assim, paciente que não possui capacidade decisional sobre sua assistência em saúde, poderá receber apoio direta ou indiretamente de uma outra pessoa que decida em relação ao seu tratamento, caso contrário, sua decisão deverá ser substituída pela Tomada de Decisão Substituta, ou curatela (ALBUQUERQUE, 2019).

Tomada de decisão apoiada (TDA)

No caso de pessoas com transtornos mentais, sua capacidade jurídica, não se vincula obrigatoriamente a autonomia pessoal; porém para que pratiquem esta autonomia é fundamental, que exista um suporte familiar ou social, e assim mesmo, é factível auxiliar na tomada de decisão em saúde, para que esta seja própria da pessoa e não de outra, que possivelmente irá decidir, baseando-se em si para presumir o desejo do paciente.

Quando não há perspectiva de uma Tomada de Decisão autônoma por qualquer motivo, temporária ou não, lançamos mão da Tomada de Decisão Apoiada (TODA), que segundo Albuquerque (2015), se apresenta como uma mediação entre as limitações sociais, familiares e relacionais dando voz ao paciente nas suas vontades e preferências.

A TDA combina a autonomia e o bem-estar subjetivo à proporção que favorece o respeito à vontade e preferências do paciente, promovendo autoestima, cidadania, empoderamento pessoal, autodeterminação, respeito às decisões, controle sobre a própria vida, confiança na tomada de decisão, melhora da rede de suporte,



Artigo

desenvolvimento da habilidade de tomada de decisão e incremento da confiança em seus direitos. O bem-estar subjetivo do paciente, é um ganho a mais a ser enumerado nas vantagens citadas. Albuquerque (2015) relata em sua obra, que este bem-estar resultante da TDA, é benéfico e vantajoso. Os dois conceitos enfim, TDA e Bem-estar, guardam uma semelhança entre seus resultados, tanto proporcionado pela TDA, quanto pela percepção de bem-estar.

A decisão de lançar mão da Tomada de Decisão com apoio deve ser contratado com o paciente e seu responsável pois, é voluntário, o apoio para a TDA. Não deve ser imposto; e pode ser delegado a outra pessoa, que não seu cuidador ou familiar. Necessita ser definida quem é a pessoa de confiança para atuar nessa situação decisória, que por si só já é delicada, para atuar junto ao paciente, com os três tipos de propósitos plausíveis ao idoso com vulnerabilidade acrescida; neste caso, fragilizado e com quadro de senilidade.

O primeiro tipo de suporte é, o apoio na formulação de objetivos e alternativas em relação a decisão de tratamento. O segundo propósito é de engajar o paciente no processo de tomada de decisão – dialogando francamente com a equipe multiprofissional sobre as possibilidades de cada decisão e concluir as definições. Seja favorável ou não, é necessário também, o devido apoio ao paciente para atuar conforme a decisão. Isto é, a tomada de decisão apoiada (TDA) é um processo que envolve o paciente, os profissionais de saúde e seu apoiador antes, durante e depois da tomada da decisão.

Como mecanismos de suporte e apoio, pode-se lançar mãos dos formais, quando envolvem decisões complexas, ou quando os suportes informais são insuficientes; e dos informais, quando familiares e amigos ocupam a posição de apoiadores, sem necessidade de um formal acionamento jurídico. Assim que se defina um apoiador para a tomada de decisão clínica, faz-se necessário que tanto este, quanto a equipe de saúde, construam entre si um eficaz canal de comunicação, onde possam prover informações que sejam compreensíveis. O apoiador deve ter a incumbência e responsabilidade, de interpretar os esclarecimentos, baseando-se no ponto de vista do paciente apoiado acatando seus projetos de vida, valores e preferências sempre com a abordagem centrada no paciente.



Artigo

CONCLUSÃO

Além dos preconceitos sofridos pelos idosos, o que reflete em prejuízo de sua autonomia, quando há acréscimo de fatores que ainda mais reduzem sua capacidade geral, como associação de patologia física e mental, a situação fica por vezes incontornável, frente aos cuidadores e acompanhantes do idoso. Desta forma, abre-se a janela de oportunidade da atuação nesta área, visando mitigar a sensação de impotência, sentida pelo idoso com capacidade reduzida e isso podendo levar a outros quadros patológicos agravantes, que irão se associando e se sobrepondo, como exemplo a depressão. Sendo assim, a intervenção deve ser realizada de forma a compreender as necessidades e desejos do idoso, reconhecendo a sua dificuldade de compreensão, muitas vezes e tempo para que se familiarize com as novas situações de complicação de sua saúde. Portanto, é de grande necessidade, a paciência e tolerância com o idoso vulnerável, para aguardar seu tempo de resposta; e respeito para levar adiante seus desejos o mais fiel possível. Minimizando assim, o sofrimento da perda de autonomia, que por si, que já é superlativo.

Deixamos como proposta, a Tomada de Decisão Apoiada (TDA), que trará vantagens ao paciente, pois o mesmo terá sua vontade e preferências escutadas, respeitadas e acatadas e trará também vantagens para a equipe de saúde, por permitir a esta, poder centrar os cuidados no paciente com vulnerabilidade acrescida; e com ele compartilhar as decisões sobre seu tratamento e condutas decorrentes das patologias. A Tomada de Decisão Apoiada não é aplicada somente no âmbito da clínica, apesar de ter seu arcabouço teórico estruturado neste contexto, mas poderá ser expandido para outras situações nas quais onde a decisão do paciente seja essencial, como em participação de pesquisas na área de saúde e planejamento da vida (ALBUQUERQUE, 2015). Sugerimos que se envidem esforços, para realizarem mais estudos neste campo da Tomada de Decisão Apoiada (TDA) no Brasil.

Após o exposto, percebemos a complexidade do assunto, por ser interdisciplinar e a avaliação da capacidade de decidir não é somente jurídica, mas também envolve a psicologia, a medicina, além de outras áreas do conhecimento. Os apoios para permitirem a decisão do indivíduo também podem ser ou não jurídicos, como o PCP. Ademais, existem pontos bioéticos de grande importância, quando se trata de designar outra pessoa para tomar decisões pelo paciente e constituir diretivas antecipadas de vontade. As duas são apoios decisoriais indiretos e a protegem a vontade e preferências do paciente.



Artigo

Observando assuntos afetos à Bioética que envolvem pacientes idosos, verifica-se que esta tem importante papel na salvaguarda de seus direitos, existindo assim, ideias compartilhadas com os Direitos Humanos dos Pacientes, na proteção das condutas éticas básicas existentes nas relações de cuidado (PARANHOS, 2018).

Assegura-se que o âmbito da Bioética seja o campo mais apropriado para discutir sobre capacidade jurídica e da capacidade decisional, pela sua característica interdisciplinar. Ao se declarar uma pessoa incapaz, é mandatória a análise ética sobre essa repercussão, principalmente por se condicionar a autonomia do paciente, ao reconhecimento da sua capacidade de consentimento na prática (ALBUQUERQUE, 2019).

Os Direitos Humanos dos Pacientes, estão diretamente ligado a Bioética, reconhecida como conhecimento teórico e prático e que traz à reflexão, temas éticos pertinentes à medicina, às ciências da vida e às tecnologias, aplicadas aos seres humanos. Utilizamos aqui, as três dimensões da Bioética: teórica, institucional e normativa. Em sua dimensão teórica, foi desenvolvida academicamente, formada por reflexões de cunho teórico e expressa em publicações; na dimensão institucional referindo-se aos comitês e comissões de Bioética, julgam eticamente temas de protocolos de pesquisa, ética hospitalar e os conselhos nacionais de Bioética; e em sua terceira dimensão, a normativa, engloba normas produzidas internacional e nacionalmente, de conteúdo bioético, como a *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos* e *Genoma Humano*, de 1997.

Na dimensão teórica, a Bioética e os DHP partilham o princípio da dignidade humana, constituindo o princípio-matriz do Direito Internacional dos Direitos Humanos bem como da Bioética, como também o princípio da autonomia, essencial na Teoria Principlalista e nos cuidados em saúde dos pacientes. Ainda, ambos os campos de conhecimento, compartilham também a defesa da liberdade, da segurança e da justiça, procurando condições materiais de conquistá-las na seara dos cuidados dos pacientes (ALBUQUERQUE, 2015).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE A. Direitos Humanos dos Pacientes. Curitiba: Juruá; 2016 287 páginas. ISBN 97885362-5519-4.



TOMADA DE DECISÃO APOIADA EM PACIENTE IDOSO COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

DOI: [10.29327/213319.20.2-14](https://doi.org/10.29327/213319.20.2-14)

Páginas 251 a 266

Artigo

ALBUQUERQUE, A.; Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018, 284 páginas. ISBN 978-85362-5519-4.

ALBUQUERQUE, A. S., Tróccoli, B.T. Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo; Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, Mai-Ago 2004, Vol. 20 n. 2, pp. 153-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2.pdf>. (acesso em 18 out. 2019).

ALBUQUERQUE, A. S., Consentimento Informado do Paciente, Autonomia Pessoal e Capacidade Jurídica: uma temática bioética, Disponível em: <http://cvmed.com.br/2019/10/22/consentimentoinformadodo-paciente-autonomia-pessoal-e-capacidade-juridica-uma-tematica-bioetica/>. (acesso em 22 out. 2019).

Alguera-Lara, V., et al., Shared decision making in mental health: the importance for current clinical practice. *Australasian Psychiatry*, 2017. 25(6): p. 578-582.

DESA, U. N. World Population Prospects 2019: Highlights. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2> (acesso em 18 out. 2019).

<https://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-chegar-a-97-bilhoes-de-pessoas-em-2050-dizrelatorio-da-onu/>. (acesso em 23 de junho de 2019).

<https://population.un.org/wpp/> (acesso em 18 nov. 2019).

<https://www.dicio.com.br/autonomia/> 2016 (acesso em 02.nov.2019).

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. [cited 2019 Jun 23]. Available from:

https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/
Ivtzan, Itai, and Tim Lomas, eds. *Mindfulness in positive psychology: The science of meditation and wellbeing*. Routledge, 2016.

MARTINIS, Jonathan. *Supported Decision-Making: Change the Culture, Change the World!*. Disponível em:



Artigo

https://rwjms.rutgers.edu/boggscenter/dd_lecture/documents/DDLSMartinis5-17-18AMpacket.pdf. (acesso em 20 out. 2019).

PACICO, Juliana Cerentini; BASTIANELLO, Micheline Roat. As origens da psicologia positiva e os primeiros estudos brasileiros. Hutz, CS Avaliação em Psicologia Positiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. Capítulo 1, p. 13 a 20. Disponível em: https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_1_.pdf.

PARANHOS, D. G. A. M., Albuquerque A., Garrafa V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. Saúde soc. [Internet]. 2017 Dec. [cited 2019 June 29]; 26(4): 932-942. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902017000400932&lng=en.

PARANHOS, D.G.A.M. e Albuquerque, A. Resenha Direitos Humanos dos Pacientes

PARANHOS, D. G. A. M.; Direitos humanos dos pacientes idosos. 2018. Editora Lumen Juris. ISBN: 9788551909140.

PARANHOS, Denise GAM; ALBUQUERQUE, Aline. A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. Revista de Direito Sanitário, v. 19, n. 1, p. 32-49, 2018.

Peled-Raz M. Human rights in patient care and public health-a common ground. Public Health Ver. 2017;38(1):1-10.

SHEPHERD, A., O. Shorthouse, and L. Gask, Consultant psychiatrists' experiences of and attitudes towards shared decision making in antipsychotic prescribing, a qualitative study. BMC psychiatry, 2014. 14(1): p. 127.

Stoner CR 1. Psiquiatria / psicologia positiva para idosos: um movimento novo e importante, mas uma metodologia robusta é essencial. Int Psychogeriatr. 2019 fev; 31(2): 163-165. DOI: 10.1017/S1041610218002223.



Temas em Saúde

Volume 20, Número 2

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2020

Artigo

ZANCHETTA, J.; MACDONALD, S. Auditoria Regional da America Latina. Epidemiologia, custos e impacto da osteoporose em 2012. International Osteoporosis Foundation:
https://www.iofbonehealth.org/sites/default/files/media/PDFs/Regional%20Audits/2012-Latin_America_Audit-PT_0_0.pdf



TOMADA DE DECISÃO APOIADA EM PACIENTE IDOSO COM VULNERABILIDADE ACRESCIDA

DOI: 10.29327/213319.20.2-14

Páginas 251 a 266

266