

Capacidade de tomada de decisão de pacientes submetidos a procedimento médico invasivo

Decision-making ability of patients undergoing invasive medical procedures
Capacidad de toma de decisión de pacientes sometidos a procedimiento médico invasivo

Rosmari Wittmann-Vieira¹
José Roberto Goldim¹

Descritores

Envelhecimento; Idoso; Autonomia pessoal; Tomada de decisões; Populações vulneráveis; Procedimentos cirúrgicos invasivos

Keywords

Aging; Aged; Personal autonomy; Decision making; Vulnerable populations; Invasive surgical procedures

Descriptors

Envejecimiento; Anciano; Autonomía personal; Toma de decisiones; Poblaciones vulnerables; Procedimientos quirúrgicos invasivos

Submetido

8 de Junho de 2018

Aceito

19 de Outubro de 2018

Resumo

Objetivo: Avaliar o processo de tomada de decisão em pacientes, adultos e idosos, que realizaram procedimentos médicos invasivos.

Métodos: Estudo transversal, quantitativo, realizado ao longo de 14 meses, incluiu 300 pacientes internados, com mais de 18 anos, divididos em adultos e idosos, e por sexo, submetidos a procedimentos médicos invasivos, foi utilizado o instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral para avaliar a capacidade de tomada de decisão.

Resultados: Houve diferença estatisticamente significativa nos anos de estudo dos adultos em relação aos idosos ($P=0,0001$), onde os adultos tiveram mais anos de estudo que os idosos. Apenas dois participantes, não demonstraram ter capacidade para tomar decisões no seu melhor interesse.

Conclusão: Os resultados demonstram a importância de envolver o paciente idoso na tomada de decisão sobre o seu tratamento médico. Portanto, é fundamental o desenvolvimento de estratégias que atendam adequadamente esta população permitindo a autonomia e autodeterminação também nesta fase de vida.

Abstract

Objective: To evaluate the decision-making process in patients, adults, and the elderly, who have undergone invasive medical procedures.

Methods: A cross-sectional, quantitative study, conducted over a period of 14 months, including 300 inpatients aged over 18 years old, divided into adults and elderly, and by sex, who had undergone invasive medical procedures. The Moral-Psychological Development tool was used to evaluate their decision-making capacity.

Results: A statistically significant difference was identified in the level of education of adults in relation to the elderly ($P=0.0001$), where adults had more years of study than the elderly. Only two participants did not demonstrate the ability to make decisions in their best interest.

Conclusion: The results demonstrate the importance of involving elderly patients in decision-making about their medical treatment. Therefore, it is fundamental to develop strategies that properly reach this population, enabling autonomy and also self-determination in this stage of life.

Resumen

Objetivo: Evaluar el proceso de toma de decisión en pacientes, adultos y ancianos a los que les realizaron procedimientos médicos invasivos.

Métodos: Estudio transversal, cuantitativo, realizado durante 14 meses, incluyó a 300 pacientes internados, sometidos a procedimientos médicos invasivos, con más de 18 años, divididos en adultos y ancianos, y por sexo. Se utilizó el instrumento de Desarrollo Psicológico-Moral para evaluar la capacidad de toma de decisiones.

Resultados: Hubo diferencia estadísticamente significativa en los años de estudio de los adultos en relación con los ancianos ($P = 0,0001$), donde los adultos tuvieron más años de estudio que los ancianos. Solo dos participantes no demostraron tener capacidad para tomar decisiones para su propio interés.

Conclusión: Los resultados demuestran la importancia de involucrar al paciente mayor en la toma de decisión sobre su tratamiento médico. Por lo tanto, es fundamental el desarrollo de estrategias que atiendan adecuadamente a esta población y que permitan la autonomía y autodeterminación también en esta fase de vida.

Autor correspondente

Rosmari Wittmann-Vieira
<https://orcid.org/0000-0002-7347-1327>
E-mail: rvieira@hcpa.edu.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800070>



Como citar:

Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Capacidade de tomada de decisão de pacientes submetidos a procedimento médico invasivo. Acta Paul Enferm. 2018;31(5):497-503.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

O envelhecimento populacional vem sendo apontado como uma tendência mundial. Levantamentos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram uma inversão da pirâmide populacional, onde o número de idosos, em breve, será maior do que o número de nascimentos. No Brasil, o envelhecimento populacional, é observado desde a década de 1940, inicialmente de forma tímida, ganhando força na década de 1960, onde se observou declínio da fecundidade e consequente redução do crescimento populacional, paralelo ao aumento contínuo da população idosa.^(1,2)

Sabe-se que o processo de envelhecimento não é igual para todos os indivíduos, sendo afetado por variáveis como sexo, herança genética e estilo de vida e que sua apresentação pode ser de forma gradativa para uns e mais acelerada para outros.⁽³⁻⁵⁾ O envelhecimento normal ou senescência é caracterizado por uma gradual diminuição das capacidades da vida diária fazendo com que o indivíduo fique exposto a um período de crescente vulnerabilidade.⁽⁵⁻⁷⁾ Esse declínio é gradual e progressivo tanto das funções biológicas quanto das psíquicas incluindo as funções cognitivas, inicia na fase pós-reprodutiva e seu efeito é cumulativo.⁽⁶⁻⁸⁾ O declínio cognitivo, por sua vez, é influenciado por diversos fatores, destacando-se a saúde, a educação, a personalidade, o nível intelectual, os anos de estudo, a capacidade mental.⁽⁴⁾

A Organização Mundial da Saúde utiliza o critério etário e o grau de desenvolvimento do país, onde a pessoa reside, para definir a idade de classificação como idoso. Em países desenvolvidos, são entendidos como idosos aqueles indivíduos com 65 anos ou mais, e nos países em desenvolvimento aqueles com 60 anos ou mais.⁽⁹⁻¹¹⁾ Para facilitar o planejamento de políticas de saúde, a classificação cronológica pode ser subdividida, no caso de adultos e idosos em: “adulto jovem (18 até 39 anos)”, “adulto (ou meia-idade, de 40 até 59 anos)”, “idoso jovem (60 a 79 anos)” e “idoso longevo” (80 anos ou mais).⁽¹²⁾

Um dos fatores que pode ter contribuído para o crescente envelhecimento da população é o desenvolvimento exponencial de novas tecnologias na área da saúde, pois estes possibilitaram o diag-

nóstico e tratamento de problemas de saúde anteriormente não identificados e que poderiam levar o indivíduo à morte. Antes da realização de qualquer procedimento médico invasivo, cabe aos profissionais de saúde, especialmente ao médico, fornecer informações sobre os riscos e benefícios associados, possibilitando assim que o paciente possa decidir sobre aceitar ou recusar a sua realização. Os hospitais estão padronizando a documentação deste processo por meio da utilização de termos de consentimento específicos. Estes documentos, assinados pelo paciente e/ou responsável e pelo profissional que fez a orientação, buscam registrar todo este processo.⁽¹³⁾

Cabe ao enfermeiro esclarecer as dúvidas que surjam após a orientação inicial realizada pelo médico, além de prescrever o preparo necessário para sua realização. A equipe de enfermagem o executa, além de verificar a presença do termo de consentimento, devidamente preenchido, no prontuário do paciente, antes de levá-lo ao setor onde será realizado o procedimento.

O alinhamento da equipe interdisciplinar, em relação a manter a autonomia e a autodeterminação do indivíduo respeitadas, promove um atendimento individualizado e seguro ao paciente. Esse processo torna-se necessário para evitar a banalização na realização destes procedimentos devido ao grande número e a forma corriqueira com que são feitos atualmente. Vale salientar que muitas vezes é o enfermeiro que dá a efetiva orientação ao paciente, ou seja, que esclarece as informações técnicas que foram transmitidas, mas não adequadamente ou completamente compreendidas. Isto pode ser explicado, pelo menos em parte, pela própria relação de continuidade existente entre enfermeiro e paciente. A timidez dos pacientes pode ser um fator inibidor para a solicitação de esclarecimentos às equipes médicas.

Independente da idade, os pacientes apresentam sentimentos ambíguos, ao enfrentar um procedimento médico invasivo, tais como o medo relacionado aos possíveis riscos envolvidos, a incerteza de ocorrer algo errado ou de receber um diagnóstico ruim, mas principalmente pela esperança em relação à solução ou cura de seu problema, tornando-os mais vulneráveis a pressões externas. Outras importantes questões que podem contribuir com o

aumento da vulnerabilidade é possuir baixo nível de escolaridade, ou poucos anos de estudo, e limitado acesso aos serviços públicos de saúde.⁽¹⁴⁾ Somado ao fato de que populações vulneráveis são frequentemente taxadas como incapazes no processo de tomada de decisão.⁽¹⁵⁾

A internação, somada à necessidade de ser submetido a um procedimento médico invasivo, e às mudanças decorrentes do envelhecimento, podem afetar a capacidade para a tomada de decisão dos idosos, ou seja, a manutenção do controle das decisões sobre a sua própria vida.^(16,17) Por outro lado, os idosos, entendidos como população vulnerável,^(18,19) continuam tendo seus direitos pouco respeitados, inclusive por sua própria família. É comum observar familiares decidindo, em nome dos idosos, sobre o que é melhor para eles, sem envolvê-los na decisão. Esse tipo de comportamento cerceia o direito à autonomia do idoso.⁽²⁰⁾

O princípio da autonomia, pressupõe que o indivíduo se autogoverne e que seja autônomo, tanto em suas escolhas quanto em seus atos.⁽²¹⁻²⁴⁾ Do ponto de vista bioético, a relação médico-paciente possui três personagens distintos: o médico, o paciente e a sociedade, tendo cada um deles um significado moral específico: o paciente age guiado pelo princípio da autonomia, o médico pelo da beneficência (*primun, non nocere*) e a sociedade pelo da justiça. A autonomia corresponde, nesse sentido, ao princípio de liberdade, a beneficência ao de fraternidade e a justiça ao de igualdade.⁽²⁵⁾

Cabe aos profissionais de saúde garantir os direitos de cada paciente, livre de preconceitos independentemente de sua idade.⁽²⁶⁾ Ao cuidar de pessoas diariamente, estes profissionais se deparam com o desafio de compreender a existência – ou não – de diferenças quanto à idade e ao sexo dos pacientes, podendo estar associados ao processo de tomada de decisões. É sempre difícil estabelecer os limites da adequação deste processo.

Existem inúmeros estudos voltados ao entendimento do envelhecimento do ponto de vista físico e os problemas a ele relacionados. E há também os que analisam a capacidade de tomada de decisão de indivíduos em diferentes fases da vida, porém comparados com indivíduos de mesma faixa etária^(27,28) e em momentos

pouco estressores, por já estarem adaptados, como em ambulatoriais (onde normalmente fazem consultas de rotina), em instituições de longa permanência ou em locais de convivência.^(16,27) Entretanto, pouco se sabe sobre o desenvolvimento psicológico moral no que tange a avaliar o processo de tomada de decisão, associadas com as diferentes fases do envelhecimento, ainda mais quando associadas a um momento estressor.

Refletir sobre questões relacionadas à tomada de decisão de adultos e idosos em relação aos procedimentos médicos invasivos indicados a eles, pelo médico assistente, relaciona-se diretamente com o respeito à autonomia e à autodeterminação do indivíduo, independente de sua faixa etária. O objetivo deste estudo é avaliar o processo de tomada de decisão em pacientes internados, adultos e idosos, que realizaram procedimentos médicos invasivos.

Métodos

Estudo transversal quantitativo, realizado em pacientes com mais de 18 anos, submetidos a procedimentos médicos invasivos, e internados em unidades cirúrgicas, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), ao longo de um período de 14 meses. Todos os pacientes foram convidados a participar do presente estudo e autorizaram sua participação por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para este estudo.

A amostra do estudo foi composta por 300 pacientes, que foi o valor estimado no cálculo do tamanho de amostra no planejamento do projeto. Foram coletadas informações demográficas, tais como: idade, sexo e anos de estudo, e aplicado o instrumento sobre a capacidade de tomada de decisão. A coleta de dados foi realizada, pela pesquisadora principal, durante a internação dos pacientes. Os participantes foram classificados como adultos, com idades variando de 18 a 59 anos e idosos, com 60 anos ou mais. Posteriormente, cada um destes grupos foi dividido em outros dois subgrupos, caracterizando, desta forma, quatro grupos etários distintos: adulto jovem (18 até 39 anos), adulto (40 até 59 anos), idoso (60 a 79 anos) e longevo (80 anos ou mais).

Os critérios de inclusão para o presente trabalho foram: estar internado em unidades cirúrgicas, no período pós-realização do procedimento médico invasivo; ter mais de 18 anos, estar lúcido e orientado, não possuir diagnóstico médico de alterações psíquicas, Alzheimer ou demência, por exemplo. Já o critério de exclusão utilizado foi ter alguma limitação de comunicação que impedisse a coleta de informações ou que não estivessem em condição clínica estável.

A capacidade de tomada de decisão foi avaliada com a utilização do Instrumento de Desenvolvimento Psicológico Moral.⁽²⁹⁾ O Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral permite verificar a capacidade para consentir de uma pessoa; baseada em diversas habilidades necessárias ao processo de tomada de decisão, como a possibilidade de envolver-se com o assunto, de compreender e avaliar o tipo de alternativas e a possibilidade de comunicar a sua preferência. O instrumento, já validado para uso em língua portuguesa falada no Brasil, possui quatro conjuntos de frases, dentre as quais o participante deve escolher as que melhor descrevam as suas características. O instrumento permite classificar os participantes nos sete diferentes estágios de desenvolvimento psicológico moral: Pré-social; Impulsivo; Oportunista; Conformista; Conscioso; Autônomo e Integrado. A pessoa é considerada como moralmente capaz de tomar decisões no seu melhor interesse quando classificada nos estágios: Conformista; Conscioso; Autônomo e Integrado.⁽³⁰⁾ O grupo de pesquisa possui liberação para a utilização do instrumento fornecida pelo seu autor.

Todas as informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados, sem identificação pessoal direta, desenvolvido no sistema EXCEL. As avaliações estatísticas foram realizadas no sistema SPSS, versão 18. Os dados estão descritos em suas medidas de tendência central e de variabilidade. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, incluindo média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil, de acordo com a distribuição verificada nas diferentes variáveis. As medidas estatísticas inferenciais foram utilizadas para verificar eventuais

associações ou diferenças, utilizando testes qui-quadrado, Teste exato de Fisher's e para suas variantes, a Análise de Variância. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($P < 0,05$).

O projeto de pesquisa contemplou todas as exigências regulatórias da Resolução 466/12 e das demais diretrizes associadas à pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CAAE: 51660915.8.0000.5327).

Resultados

Foram estudados 300 pacientes submetidos a procedimento médico invasivo, sendo 166 (55,3%) adultos e 134 (44,7%) idosos. Quanto ao sexo 117 (39%) eram do sexo masculino e 183 (61%) do sexo feminino. As distribuições das faixas etárias, subdivididas em dois grupos (adulto e idoso) ou quatro grupos (adulto jovem e adulto; idoso e longo), não apresentaram associações estatisticamente significativas, utilizando o teste do qui-quadrado, quanto ao sexo ($X^2=2,575$, para dois grupos etários; $X^2=2,636$, para quatro grupos etários; $p > 0,05$ - NS).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre o número e idades de homens e de mulheres independente de dividir em dois grupos (adulto e idoso) ou quatro grupos (adulto jovem e adulto; idoso e longo).

A escolaridade média, medida em anos de estudo, nos adultos foi de $8,78 \pm 3,74$ anos e nos idosos de $5,88 \pm 4,01$ anos. Em ambos os grupos foram verificadas pessoas que não tiveram educação formal, sendo um adulto e sete idosos. A diferença da escolaridade entre os dois grupos, medida pelo Teste de Kruskal-Wallis, apresentou uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,0001$), permitindo identificar que os adultos tiveram mais anos de estudo que os idosos.

Com base em respostas específicas sobre saber ler ou escrever, ou ainda fazer cálculos simples de adição ou subtração, foram identificadas sete pessoas, que não se enquadravam nesta categoria, sendo um adulto e seis idosos, predominantemente longevos.

Na avaliação do desenvolvimento psicológico-moral, foi verificado que apenas dois (0,66%) dos

300 participantes, um adulto e um idoso, não tinham capacidade para tomar decisões no seu melhor interesse. Ambos estavam classificados no estágio Oportunista. Os demais 298 indivíduos se distribuíram nos estágios: Conformista, com 8,7% (n=26); Conscioso, com 53% (n=160); Autônomo, com 33% (n=99); e Integrado, 4,3% (n=13). Desta forma, 99,34% dos participantes foram considerados capazes de tomar decisões desde o ponto de vista psicológico-moral.

Discussão

Entendendo que quando se fala do processo de envelhecimento a saúde pode ser avaliada mais pela condição de autonomia do idoso do que pela presença ou ausência de doença em si,^(26,30) se faz necessário compreender os fatores que podem prejudicar a capacidade de tomada de decisão do idoso, para, com isso, poder garantir seu direito à autonomia e autodeterminação.

Nesta pesquisa, apenas dois indivíduos não possuíam capacidade para decidir sobre seu melhor interesse, sendo um adulto e o outro idoso, todos os demais apresentaram plenas condições para decidir sobre seu melhor interesse. Estes resultados demonstram que a capacidade para tomada de decisão não está relacionada especificamente com o avanço da idade, sendo diferente para cada indivíduo. Portanto, não é possível definir uma idade limite para a perda da capacidade para tomada de decisão.⁽²⁷⁾

Os resultados desta pesquisa reforçam pesquisas realizadas anteriormente em situações corriqueiras na vida dos idosos (sem fatores estressores adicionais). Como por exemplo, na pesquisa realizada em 552 idosos avaliados, tanto os institucionalizados como os não institucionalizados, tinham níveis de Desenvolvimento Psicológico-Moral compatíveis com a capacidade para a tomada de decisão no seu melhor interesse.⁽²⁷⁾ E na realizada em 133 idosos que participavam de grupos socioterápicos.⁽¹⁶⁾

Apesar de não haver uma relação entre escolaridade e capacidade para tomada de decisão foi possível verificar uma escolaridade mais baixa na amostra de idosos. Este resultado também foi verificado

em outros estudos.⁽⁴⁾ Da mesma forma, a redução da escolaridade com o avanço da idade, verificada nesta mesma amostra, também tem relatos em outros estudos.⁽²⁷⁾

Esta pesquisa demonstrou não haver diferença significativa quanto a capacidade de decidir sobre seu melhor interesse dos adultos e idosos, e que o fato de estar passando por um momento estressor não impossibilita os adultos e idosos a decidir sobre seu melhor interesse. Vale destacar que apenas dois participantes, um adulto e um idoso, não possuíam capacidade para decidir sobre seu melhor interesse.

Alguns estudos destacam quais fatores podem estar associados ao aumento da fragilidade de idosos, tais como o limitado acesso aos serviços públicos, possuir baixa escolaridade, o status sócio-econômico e morar em contextos de maior vulnerabilidade.^(14,15,18-20)

No presente estudo foram incluídos idosos com os níveis sócio-econômico e escolaridade baixos e esses fatores não influenciaram a capacidade de tomada de decisão dos pacientes. A questão do acesso aos serviços públicos, e da moradia em ambientes vulneráveis não foram avaliadas. Portanto, a vulnerabilidade estática dos participantes do estudo não foi evidenciada. A situação de ter que tomar decisão frente a um procedimento invasivo poderia gerar uma vulnerabilidade dinâmica, ou situacional, que poderia gerar uma necessidade de maior apoio aos pacientes. Esta situação não foi avaliada no presente estudo. Este pode ser um excelente objetivo para futuros estudos na área de tomada de decisão, ou seja, avaliar as relações entre vulnerabilidade estática e dinâmica e a sua influência neste processo.

Cabe destacar que diante dos resultados destas pesquisas, enfatiza-se a necessidade de construir uma relação, com os idosos, livre de perspectivas preconceituosas. O que possibilitará que o idoso possa assumir o controle de sua própria vida, de forma autônoma.

Conclusão

Com base nos dados coletados e nos resultados obtidos é possível verificar que a quase totalidade dos pacientes adultos e idosos, que estavam internados

em um hospital geral e realizaram procedimentos médicos invasivos, tinham condições de tomar decisões no seu melhor interesse. A idade, o sexo e a escolaridade dos pacientes não tiveram associações significativas com a capacidade para tomar decisões. Estes resultados demonstram a importância de envolver o paciente idoso na tomada de decisão sobre o seu tratamento, especialmente pelos profissionais de Enfermagem que têm contínuo contato com estas pessoas. O processo de envelhecimento é normal e esperado, e, mesmo com o declínio gradual inerente a este processo, a capacidade de decidir permanece. Portanto, é fundamental o desenvolvimento de estratégias que atendam adequadamente esta população permitindo a autonomia e autodeterminação também nesta fase de vida. Cabe aos profissionais de saúde reconhecer esta característica e incorporá-la nas suas ações diárias ao lidar com os pacientes.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de doutorado). Ao corpo de professores do Instituto de Geriatria e Gerontologia PUCRS IGG PUCRS. Ao Laboratório de Pesquisa em Ética e Bioética na Ciência (LAPEBEC/HCPA). Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Aos 300 pacientes que se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

Colaborações

Wittmann-Vieira R, Goldim JR declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Simões CC. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população [Internet]. Brasília (DF) IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2016. p.5-119. [citado 2018 Mar 10]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298579>.
2. Medeiros KK, Coura AS, Ferreira RT. [The increase in the elderly population in Brazil and its effect on primary health care: a literature review]. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2017;21(3):201-7. Portuguese.
3. Figueiredo VF, Pereira LS, Ferreira PH, Pereira AL, de Amorim JS. [Functional disability, depressive symptoms and low back pain in elderly]. *Fisioter Mov*. 2013;26(3):549-57. Portuguese.
4. Fachine BR, Trompieri N. [The aging process: the main changes that happen to the elderly with the over the years]. *InterSciencePlace*. 2012;1:106-32. Portuguese.
5. Antunes MC. [Educate for successful aging: reflections and proposals for action]. *Teor Educ*. 2015;27(2):185-201. Spanish.
6. Lopes AA, Lima LD, Godoi VH, Barbosa ZC, Moura GC. [Evaluation of dementia symptoms in elderly]. *Cad Grad Ciênc Hum Soc*. 2017;4(2):63-76. Portuguese.
7. Costa NP, Polaro SH, Vahl EA, Gonçalves LH. [Storytelling: a care technology in continuing education for active ageing]. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1132-9. Portuguese.
8. Canineu PR, Bastos A. Transtorno cognitivo leve. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FA, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 128-32.
9. World Health Organization (WHO). *World report on ageing and health; WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. Geneve: WHO; 2015.
10. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política nacional do idoso [Internet]. Brasília (DF) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2016. p. 379-96. [citado 2018 Mai 18]. Disponível em: http://www.mppe.mp.br/caravanadapessoaidosa/wpcontent/uploads/2017/02/161006_livro_politica_nacional_idosos.pdf.
11. Mato Grosso do Sul (Estado) Defensoria Pública. Direitos da pessoa idosa [Internet]. Mato Grosso do Sul: Defensoria Pública-Geral do Estado; 2017. P.1-23. [citado 2018 Mai 18]. Disponível em: http://www.defensoria.ms.def.br/images/conteudo/outros/2016_Direitos_Pessoa_Idosa.pdf.
12. Navarro JH, Andrade FP, Paiva TS, Silva DO, Gessinger CF, Bós AJ. [The perception of the young and long-lived elderly 'Gauchos' (from the State of Rio Grande do Sul, Brazil) about the public spaces they live]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(2):461-70. Portuguese.
13. Haase VG, Pinheiro-Chagas P, Rothe-Neves R. [Neuropsychology and decision-making autonomy: implications for informed consent]. *Rev Bioética*. 2007 15(1):117-32. Portuguese.
14. Zazzetta MS, Gomes GA, Orlandi FS, Gratão AC, Vasilceac FA, Gramani-Say K. Identifying frailty levels and associated factors in a population living in the context of poverty and social vulnerability. *J Frailty Aging*. 2017; 6(1):29-32.
15. Maxwell CA, Dietrich MS, Minnick AF, Mion LC. Preinjury physical function and frailty in injured older adults: self- versus proxy responses]. *J Am Geriatr Soc*. 2015; 63(7):1443-7.
16. Bajotto AP, Goldim JR. [Evaluation of the quality of life and decision-making capacity in elderly participating in sociotherapeutic groups in Arroio do Meio city, Brazil] *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(4):753-61. Portuguese.
17. Cunha JX, Oliveira JB, Nery VA, Sena EL, Boery RN, Yarid SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde Debate*. 2012; 36(95): 657-64.
18. Machado IT, Santos-Orlandi AA, Grazziano ES, Zazzetta MS. Frailty of the socially vulnerable elderly. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(6):614-20.

19. Bajotto AP, Garcia LF, Goldim JR. What is vulnerability?" A qualitative study about the perception of vulnerability in adults and older adults. *J Clin Res Bioethics*. 2017;8(2):1-5.
20. Saquetto M, Schettino L, Pinheiro P, Sena EL, Yarid SD, Gomes Filho DL. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Rev Bioét*. 2013; 21 (3); 518-24.
21. Souza DA, Reis IA, Cortez DN, Afonso GS, Torres HC. Evaluation of home visits for the empowerment of diabetes self-care. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(4):350-7.
22. Clotet J. Bioética uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.
23. Portugal. Comissão Nacional da UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura [Internet]. UNESCO; 2005. [cited 2018 Jan 17]. Available from: <http://bit.ly/1TRJFa9>.
24. Coimbra VS, Silva RM, Joaquim FL, Pereira ER. Gerontological contributions to the care of elderly people in long-term care facilities. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):967-75.
25. Marques CL, Tavares NR, Lucena MI, Soriano EP. Interrelação entre o princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido. *Derecho y Cambio Social*. 2014;35;1-11.
26. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. [Bioethics and palliative care: decision making and quality of life]. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):334-9. Portuguese.
27. Deon RG, Goldim JR. Capacidade para tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2016;21(1):123-33.
28. Crippa A, Gomes I, Terra NL. Assessment of the decision-making capacity of elderly individuals diagnosed with major depression. *Sci Med*. 2017;27(3):1-10;.
29. Souza EL. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. *Bol Soc Psicol RS*. 1968; 3(7):5-16.
30. Loevinger J, Wessler R. Measuring ego development. San Francisco: Jossey-Bass; 1970.