

ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

ROSMARI WITTMANN VIEIRA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS INVASIVOS:
DIFERENTES VARIÁVEIS QUE PODEM INFLUIR NA TOMADA DE DECISÃO.

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

ROSMARI WITTMANN-VIEIRA

**PROCEDIMENTOS MÉDICOS INVASIVOS:
diferentes variáveis que podem influir na tomada de decisão.**

Porto Alegre

2018

ROSMARI WITTMANN VIEIRA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS INVASIVOS:

diferentes variáveis que podem influir na tomada de decisão.

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. José Roberto Goldim

Linha de Pesquisa: Aspectos socioculturais,
demográficos e bioéticos no envelhecimento

Porto Alegre

2018

Ficha Catalográfica

W832p Wittmann-Vieira, Rosmari

Procedimentos Médicos Invasivos : diferentes variáveis que podem influir na tomada de decisão / Rosmari Wittmann-Vieira .
– 2018.

131 p.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim.

1. Populações vulneráveis. 2. Tomada de decisão. 3. Bioética. 4. Idoso. 5. Coerção. I. Goldim, José Roberto. II. Título.

ROSMARI WITTMANN VIEIRA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS INVASIVOS: diferentes variáveis que podem influir na tomada de decisão.

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider - PUCRS

Prof. Dr. Renato Gorga de Mello - UFRGS

Profa. Dra. Roberta Rigo Dalacorte - UFRGS

Porto Alegre

2018

Dedico esta tese ao meu avô, Willibaldo Augusto Steffen, exemplo de serenidade, sabedoria e amor.

AGRADECIMENTOS

- À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES; bolsa de doutorado) e ao Fundo de Incentivo a Pesquisa - FIPE - HCPA
- Ao corpo de professores do PPG Gerontologia Biomédica – PUCRS, em especial à professora Carla Schwanke, pelo ombro amigo e aos professores Rodolfo Schneider e Janete Urbanetto, pelas excelentes sugestões na minha Banca de Qualificação;
- Ao professor Dr. José Roberto Goldim pela orientação, incentivo e oportunidade;
- Aos professores Rodolfo Schneider (PUCRS), Roberta Dalacorte (UFRGS) e Renato Mello (UFRGS), por aceitarem compor a Banca de Defesa de Tese;
- Aos colegas do Laboratório de Pesquisa em Ética e Bioética na Ciência (LAPEBEC/HCPA);
- Ao HCPA;
- Aos 300 pacientes que se disponibilizaram a participar desta pesquisa;
- Às minhas colegas de trabalho do 9º N pelo apoio;
- Às minhas amigas Leila Ambrosine, Márcia Nascimento, Rogéria Recondo e Ana Cattani pela paciência, ouvido e estímulo;
- À Confraria do Silêncio pelo ouvido e apoio em meio aos brindes;
- À minha grande família por entender as minhas ausências;
- À minha madrinha Rita Maria Steffen, por todos os colos, sopas e carinhos incondicionais. Fonte de energia, luz e estímulo;
- Aos que SEMPRE estiveram ao meu lado, me apoiando e incentivando a tornar este sonho possível, meus amores, César e Henrique;
- Ao meu anjinho Rodrigo;
- E ao restante da família, por entenderem minhas ausências.

PROCEDIMENTOS MÉDICOS INVASIVOS: diferentes variáveis que podem influir na tomada de decisão.

RESUMO

Introdução: A expectativa de vida da população vem aumentando, nos últimos anos. A melhora das condições sociais da população, associado ao desenvolvimento e acesso à novas tecnologias na área da saúde, provavelmente foram fatores que contribuíram neste processo. Desde Hipócrates, a base fundamental da prática da Medicina é agir visando o melhor interesse do paciente. Em uma sociedade justa, os indivíduos podem viver com dignidade e ter seus direitos respeitados, como voluntariedade e autonomia para decidir, livre de coerções e com segurança, sobre a realização de um procedimento médico invasivo. Objetivo: avaliar a capacidade de decisão e a percepção de coerção de pacientes adultos e idosos internados, submetidos a procedimentos médicos invasivos. Método: estudo transversal quantitativo, com uma amostra de 300 pacientes internados, com mais de 18 anos, que foram submetidos a procedimentos médicos invasivos. Foram utilizados, para avaliar a capacidade de tomada de decisão, o Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral, além da Escala de Percepção de Coerção. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas e inferenciais. Foram respeitadas as exigências regulatórias da Resolução CNS 466/12 e das demais diretrizes associadas à pesquisa envolvendo seres humanos. Resultados: Apenas dois participantes, não tiveram desenvolvimento psicológico-moral compatível com a capacidade para tomar decisões no seu melhor interesse, sendo um adulto e um idoso. Quanto a percepção de coerção, a maioria dos pacientes (82,7%) apresentou baixa percepção de coerção. Duas comparações foram estatisticamente significativas. Os pacientes adultos tiveram mais anos de estudo que os idosos ($P=0,0001$). Da mesma forma, os pacientes submetidos a procedimentos de urgência tiveram percepção de coerção estatisticamente superior aos submetidos a procedimentos eletivos ($p < 0,0001$). Nos procedimentos eletivos, todos os pacientes, independente do sexo ou faixa etária, tiveram baixo grau de percepção de coerção. Finalmente, foi possível constatar que a decisão envolveu familiares e a equipe de profissionais de saúde, além da própria participação ativa dos pacientes. Conclusão: Os resultados demonstraram que a

quase totalidade dos participantes desta pesquisa, possuem capacidade para tomar decisões pelo seu melhor interesse, independentemente da idade, sexo, ou anos de estudo. O fato de não ter sido identificada diferença significativa entre os grupos etários demonstra que a população idosa tem condições de tomar decisões sobre a sua vida e seu tratamento de saúde. Os resultados da percepção de coerção demonstraram que a maioria dos participantes se sentiu envolvida na decisão de realização do procedimento. Os pacientes submetidos à procedimentos médicos invasivos de urgência foram os únicos que apresentaram percepção de coerção de grau moderado ou alto.

Palavras-chave: Envelhecimento. Tomada de decisão. Bioética. Autonomia Pessoal. Segurança do paciente. Populações vulneráveis. Idoso. Geriatria. Enfermagem. Comunicação. Coerção.

INVASIVE MEDICAL PROCEDURES: different variables that can influence decision making.

ABSTRACT

Introduction: The population's life expectancy has been increased recently. The social conditions' improvement of the population associated with the development and access to new technologies in the health area were probably the factors that contributed in this process. Since Hippocrates, the fundamental basis of the practice of Medicine is to act in the best interest of the patient. In a fair society, individuals can live with dignity and have their rights respected, as a willingness and autonomy to decide, free of coercion and security, about performing an invasive medical procedure.

Objective: to evaluate the decision-making capacity and perceived coercion of hospitalized adult and elderly patients submitted to an invasive medical procedures.

Methods: A quantitative cross-sectional study included 300 hospitalized patients older than 18 years old, after having been submitted to an invasive medical procedures. The Psychological-Moral Development Instrument was used to evaluate the decision-making capacity, as well as the Coercion Perception Scale. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. The regulatory requirements of Resolution CNS 466/12 and the other guidelines related to research involving human beings were respected.

Results: Only two participants did not have psychological-moral development compatible with the ability to make decisions in their best interests, being one adult and one elderly. Regarding the perception of coercion, the majority of patients (82.7%) presented low perception of coercion. Two comparisons were statistically significant. Adult patients had more years of study than the elderly ($P = 0.0001$). Likewise, patients submitted to emergency procedures had a perception of coercion statistically superior to those submitted to elective procedures ($p < 0.0001$). In elective procedures, all patients, regardless of gender or age, had a low degree of perceived coercion. Finally, it was possible to verify that the decision involved family members and the team of health professionals, besides the active participation of patients.

Conclusion: The results showed that almost all the participants of this research have the capacity to make decisions for their best interest, regardless of age, sex, or years of study. The fact that no significant difference was identified between the age groups demonstrates that the elderly population is able to make decisions

about their life and health treatment. The results of perceived coercion demonstrated that most participants felt involved in the decision to perform the procedure. Patients undergoing urgent invasive medical procedures were the only ones to present moderate or high perceived coercion.

Keywords: Aging. Decision making. Bioethics. Personal Autonomy. Patient Safety. Vulnerable Populations. Aged. Geriatrics. Nursing. Communication. Coercion.

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS INVASIVOS: diferentes variables que pueden influir en la toma de decisión.

RESUMEN

Introducción: La expectativa de vida de la población ha aumentado en los últimos años. La mejora de las condiciones sociales de la población asociada al desarrollo y acceso a nuevas tecnologías en el área de la salud, probablemente fueron factores que contribuyeron en este proceso. Desde Hipócrates la base fundamental de la práctica de la Medicina es actuar para el mejor interés del paciente. En una sociedad justa, los individuos pueden vivir con dignidad y tener sus derechos respetados, como voluntariedad y autonomía para decidir, libre de coerciones y con seguridad, sobre la realización de un procedimiento médico invasivo. Objetivo: evaluar la capacidad de decisión y la percepción de la coerción de pacientes adultos y ancianos internados, sometidos a procedimientos médicos invasivos. Métodos: estudio transversal cuantitativo, con una muestra de 300 pacientes internados, con más de 18 años, que fueron sometidos a procedimientos médicos invasivos. Se utilizaron para evaluar la capacidad de toma de decisión del Instrumento de Desarrollo Psicológico-Moral, además de la Escala de Percepción de Coherencia. Los datos fueron analizados por medio de estadísticas descriptivas e inferenciales. Se respetaron las exigencias regulatorias de la Resolución CNS 466/12 y de las demás directrices asociadas a la investigación involucrando seres humanos. Resultados: Sólo dos participantes, no tuvieron desarrollo psicológico-moral compatible con la capacidad para tomar decisiones en su mejor interés, siendo un adulto y un anciano. En cuanto a la percepción de coerción, la mayoría de los pacientes (82,7%) presentó baja percepción de coerción. Dos comparaciones fueron estadísticamente significativas. Los pacientes adultos tuvieron más años de estudio que los ancianos ($P = 0,0001$). De la misma forma, los pacientes sometidos a procedimientos de urgencia tuvieron percepción de coerción estadísticamente superior a los sometidos a procedimientos electivos ($p < 0,0001$). En los procedimientos electivos, todos los pacientes, independientemente del sexo o grupo de edad, tuvieron un bajo grado de percepción de coerción. Finalmente, fue posible constatar que la decisión involucró a familiares y el equipo de profesionales de salud, además de la propia participación activa de los pacientes. Conclusión: Los resultados demostraron que la casi totalidad

de los participantes en esta investigación, tienen capacidad para tomar decisiones por su mejor interés, independientemente de la edad, sexo, o años de estudio. El hecho de que no se haya identificado diferencia significativa entre los grupos de edad demuestra que la población anciana tiene condiciones de tomar decisiones sobre su vida y su tratamiento de salud. Los resultados de la percepción de la coerción demostraron que la mayoría de los participantes se sintió involucrada en la decisión de realizar el procedimiento. Los pacientes sometidos a procedimientos médicos invasivos de urgencia fueron los únicos en presentar percepción de coerción de grado moderado o alto.

Palabras-chave: Envejecimiento. Toma de Decisiones. Bioética. Personal Autonomy. Seguridad del Paciente. Poblaciones Vulnerables. Anciano. Geriatria. Enfermería. Comunicación. Coerción.

LISTA DE SIGLAS:

ABA – Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DIMED - Divisão de Vigilância Sanitária de Medicamentos

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IAC – Instituição Acreditadora

IBES - Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPCA -Índice de Preços ao Consumidor Amplo

LAPEBEC - Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Pesquisa

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

IOM - Institute of Medicine

ISMP – Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices)

JCI – Joint Commission International

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

ONU - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

PACQS – Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde

PFR - Patient Rights and Family

PNH - Programa Nacional de Humanização

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PROFAPS – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

PROQUALIS – Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Quali-SUS-Rede - Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

RN - Resolução Normativa

SIPESQ - Sistema de Pesquisa da PUCRS

TCE –Termo de Consentimento Esclarecido

TCLE –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
	2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O INDIVÍDUO	20
	2.2 ÉTICA	25
	2.3 BIOÉTICA.....	27
	2.4 PRINCIPAIS MODELOS DE FUNDAMENTAÇÃO BIOÉTICA.....	28
	2.4.1 Modelo Principlista ou Moralidade Comum (" <i>common morality</i> ")	28
	2.4.2 Modelo Autonomista.....	29
	2.4.3 Modelo da Virtude.....	29
	2.4.4 Modelo Casuístico	30
	2.4.5 Modelo Contratualista.....	30
	2.4.6 Modelo da bioética complexa.....	31
	2.5 AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO	32
	2.5.1 Voluntariedade.....	35
	2.5.2 Avaliação do desenvolvimento psicológico moral	36
	2.5.3 Instrumento de avaliação do desenvolvimento psicológico moral	37
	2.5.4 Percepção de coerção.....	39
	2.5.5 Escala de Avaliação de Percepção de Coerção	41
	2.6 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR.....	44
	2.7 PROCEDIMENTOS MÉDICOS INVASIVOS E PROCESSO DE CONSENTIMENTO	47
	2.8 SEGURANÇA DO PACIENTE	52
	2.9 ENFERMEIROS DEFENDENDO OS DIREITOS DOS PACIENTES	54
3	OBJETIVOS	56
	3.1 GERAL	56
	3.2 ESPECÍFICOS	56
4	HIPÓTESES	57
5	MÉTODO.....	58
6	RESULTADOS	62
	6.1 ARTIGO I.....	63
	6.2 ARTIGO II.....	78
7	CONCLUSÃO.....	90
8	PERSPECTIVAS FUTURAS	91
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICE	115
	APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	116
	ANEXOS	119
	ANEXO A - APROVAÇÃO DO CEP/CEUA.....	120
	ANEXO B - SUBMISSÃO SIPESQ	127
	ANEXO C - INSTRUMENTO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL.....	129

ANEXO D - CLASSIFICAÇÃO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL	131
ANEXO E - ESCALA DE PERCEPÇÃO DE COERÇÃO.....	134

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos vem sendo constatado um aumento significativo na expectativa de vida da população mundial. Um dos fatores que pode ter contribuído neste processo foi o desenvolvimento exponencial de novas tecnologias na área da saúde, dentre outros associados à melhora das condições sociais da população.

O crescente uso destas novas tecnologias, na área da saúde, propiciou a realização de diversos procedimentos médicos Invasivos, para fins diagnósticos e terapêuticos, de forma progressivamente rotineira. Neste contexto, cabe aos profissionais de saúde, especialmente ao médico, fornecer informações sobre os riscos e benefícios associados ao procedimento, possibilitando assim que o paciente possa decidir sobre aceitar ou recusar a sua realização. Os hospitais estão padronizando que este processo seja documentado por meio 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.

É importante ressaltar, que o aumento da expectativa de vida populacional gera mais pessoas atingindo idades mais avançadas. Uma questão polêmica que pode ser destacada é sobre a capacidade do idoso decidir sobre questões relevantes de sua vida, como as que envolvem a realização de procedimentos médicos. É um preconceito destituir a capacidade de uma pessoa apenas pela sua idade. Muitos outros fatores podem contribuir positiva e negativamente para esta situação. Este tema suscita questões polêmicas e com diferentes entendimentos, que geram reflexões desde o ponto de vista Bioético.

Uma decisão para ser adequada, deve ser embasada em conhecimentos sobre o que está sendo ofertado como alternativa à situação atual. A vivência profissional da autora permitiu identificar, ao longo dos anos, que muitos pacientes adultos e idosos, não tinham adequado conhecimento sobre os procedimentos aos quais seriam submetidos. Nas pessoas idosas, muitas vezes, estas decisões foram tomadas pelos familiares, sem a participação do próprio paciente.

A presente tese de doutorado visa avaliar o processo de tomada decisão associado à realização de procedimentos médicos invasivos quanto à capacidade

para decidir, a coerção associada e as pessoas que mais influenciaram o paciente nas suas escolhas.

Os resultados obtidos estão apresentados na forma de dois artigos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O INDIVÍDUO

O envelhecimento populacional brasileiro vem sendo observado desde a década de 1940, inicialmente de forma lenta, imprimindo um ritmo mais acelerado na década de 1960, coincidindo com o declínio da fecundidade e com isso levando à redução do crescimento populacional (SIMÕES, 2016; MEDEIROS; COURA E FERREIRA, 2017).

O processo de envelhecimento é diferente para cada indivíduo, pois é afetado por diversos fatores como herança genética, sexo e estilo de vida. Sua apresentação pode ser lenta e gradual para uns e mais acelerada para outros (FIGUEIREDO et al., 2013; FECHINE E TROMPIERI, 2012; ANTUNES, 2015).

Autores (ANTUNES, 2015; LOPES et al., 2017; COSTA et al., 2016) descrevem que o envelhecimento entendido como normal ou senescência pode ser caracterizado por uma gradual e progressiva redução das capacidades da vida diária fazendo com que o indivíduo fique exposto a um período de crescente vulnerabilidade. Essa redução afeta tanto as funções biológicas quanto das psíquicas incluindo as funções cognitivas. Tem seu início na fase pós-reprodutiva e com efeito cumulativo (LOPES et al., 2017; COSTA et al., 2016; CANINEU, BASTOS E FLORINDO, 2002).

Antunes (2015) descreve que a capacidade mental, o nível intelectual, a personalidade, a saúde, a educação, os anos de estudo são alguns dos fatores que influenciam o declínio cognitivo.

Miranda, Mendes e Silva (2016) e Andrade et al. (2017) destacam a melhoria dos programas de saúde pública, a melhora do saneamento básico, o acesso à informação e à alimentação, bem como ao desenvolvimento e implantação de novas tecnologias na área da saúde como os principais responsáveis pelo envelhecimento populacional.

Um dos maiores desafios da humanidade, atualmente, é o envelhecimento de maior número de pessoas, com todas as suas consequências associadas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o critério etário, e o grau de desenvolvimento do país onde o indivíduo reside são utilizados para definir a idade

que o classifica como idoso. Esta classificação foi desenvolvida levando em consideração o *Viena International Plan of Action on Aging*, endossado pela I Assembleia Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU – Viena, 1982) sobre o envelhecimento populacional, que culminou na resolução 39/125 (BIEGER, et al.,2013). Ficou definido que em países desenvolvidos, são categorizados como idosos aqueles indivíduos com 65 anos ou mais, e nos países em desenvolvimento aqueles com 60 anos ou mais (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006).

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem sendo objeto de discussão em múltiplas áreas. No Brasil, o número de idosos vem apresentando crescimento considerável (DUARTE, 2014). Por exemplo, de 1960 a 2002 esta parcela da população passou de 3 milhões para 14 milhões de pessoas, ou seja, um aumento de 500% em quarenta anos (IBGE, 2010).

Resultados de levantamento feito pelo IBGE (2010) demonstraram que somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade não possuía doenças, já para aqueles com 75 anos ou mais, esta proporção cai para 19,7%. Estes mesmos dados demonstravam que 48,9% dos idosos com 60 anos ou mais apresentavam mais de uma doença crônica. No subgrupo de idosos com 75 anos ou mais, a proporção chegou a 54,0% (FERNANDES E GARCIA, 2010).

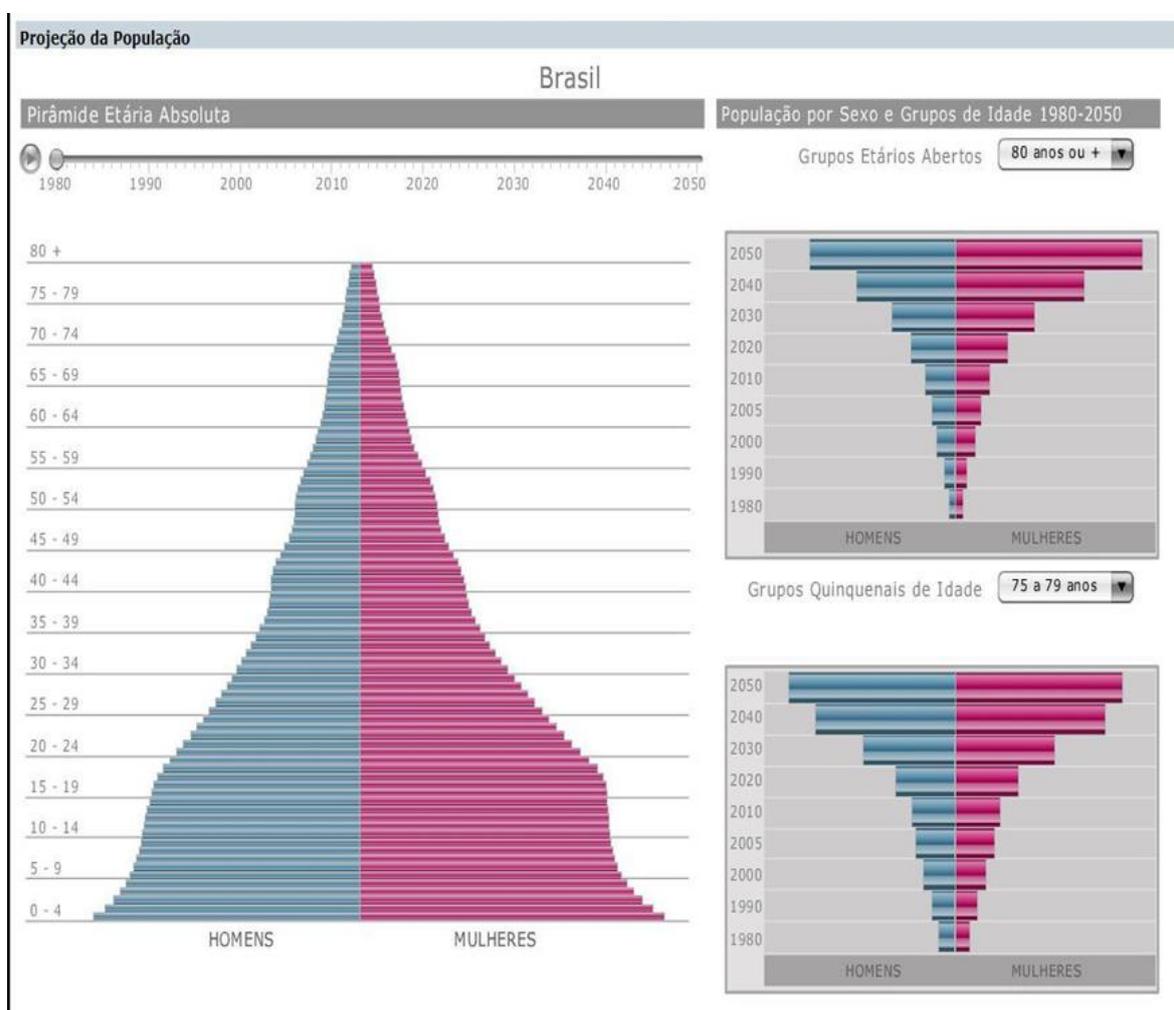
Por outro lado, em 2013 a população brasileira, com mais de 65 anos, era de 14,9 milhões e que este valor representava 7,4% da população total. E projetou que em 2060 chegará a 58,2 milhões de pessoas e representará 25,5% da população (IBGE, 2018). Estes dados apontam para uma enorme mudança no perfil da população e com isso a necessidade de adequação dos diferentes serviços atualmente oferecidos, tanto na quantidade de consultas, exames e leitos para internação ofertados, quanto a oferta de atendimento especializado, já que a modificação do perfil etário da população tem como consequência o aumento na incidência de várias doenças e problemas específicos deste grupo etário em detrimento de outras relacionados a outras faixas etárias (LIMA-COSTA, 2003).

Estas mudanças podem ser facilmente entendidas ao compararmos as pirâmides populacionais brasileiras, de 2018 (Figura. 1) e a pirâmide que representa a projeção da população para 2050 (Figura. 2).

Ao observamos o que ocorria em 1980 (Figura. 1), a população com o maior número de indivíduos eram os recém-nascidos, sendo um total de 3.514.622

indivíduos. Destaca-se que nesta fase, o número de indivíduos do sexo masculino é maior que o feminino (Tabela. 1). Outra coisa que pode ser observada na Figura 1 é o perfeito formato de pirâmide, onde a base, representando a parte mais larga da pirâmide, simulando os nascimentos e as idades mais baixas, as linhas laterais vão afinando em direção ao topo da pirâmide, sinalizando que o número da população vai diminuindo gradualmente, com o avançar da idade da população, chegando a 124.923 idosos com 80 anos ou mais. Nesta fase, o número de indivíduos do sexo feminino é maior que o do sexo masculino, havendo uma inversão em relação ao de nascimentos por sexo. Esta inversão dos sexos aparece quando a população chega na faixa de 10 a 14 anos de idade (Tabela. 1).

FIGURA 1 - Pirâmide populacional brasileira de 1980 em termos de sexo e idade:



Fonte: IBGE, 2018 disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm>.

Tabela 1: Distribuição do número de recém-nascidos e de idosos, divididos por sexo nos anos de 1980 e projeção para 2050, na população Brasileira.

População	1980	2050
Sexo	Recém-Nascidos	
Masculino	1.779.355	888.161
Feminino	1.735.267	855.653
Total	3.514.622	1.743.814
Sexo	80 anos ou mais	
Masculino	53.275	664.823
Feminino	71.648	935.131
Total	124.923	1.599.954

A projeção para 2050 (Figura. 2), indica uma drástica mudança de padrão na pirâmide populacional brasileira, demonstrando o envelhecimento populacional. Inclusive o envelhecimento da própria população idosa, onde em 1980 a quantidade de indivíduos com mais de 80 representava cerca de 124.923 indivíduos, passando em 2050, conforme projeção do IBGE para 1.599.954 de pessoas com mais de 80 anos. Por outro lado, o número de recém-nascidos caiu para 1.743.814 indivíduos (Tabela. 1). A projeção sugere que o número de indivíduos do sexo masculino permanecerá maior que o feminino, desde o nascimento até os 45 anos de idade, quando o número de mulheres passa a ser maior que o dos homens (NASRI, 2008; IBGE 2018).

2.2 ÉTICA

“A Ética é a construção do sentido da vida humana desde o encontro com o outro”. (SOUZA, 2004)

A origem da palavra ética vem do grego “ethos” que significa caráter, hábito, costume. Zilles (2006) descreve que a sociedade se utiliza da ética como um modelo de conduta a ser seguido ou esperado pelos outros e classifica o agir humano, como ações e atitudes individuais e coletivas na perspectiva do bem e do mal.

Segundo Barbosa, Queiroz e Alves (2011), a ética nos orienta a antever diante de diferentes alternativas de conduta, suas possíveis consequências e avaliá-las para poder decidir qual delas é mais coerente com os nossos valores e mais adequada para atingir nossos objetivos. Portanto pode-se descrevê-la como um conjunto de normas que regem nossos atos, sendo aplicadas nas atitudes diárias, da vida familiar, profissional e social. No nosso cotidiano, a ética surge por meio de ações e atitudes, que são classificadas pela sociedade como “boas” ou “ruins”. E a partir deste olhar, propõe a aquisição de hábitos bons, reforçando a formação de um caráter nobre.

Clotet (1986) diz que a ética tem o objetivo de facilitar a realização das pessoas. Em uma perspectiva mais ampla, Souza (2004) descreve que a ética é a construção do sentido da vida humana desde o encontro com o outro. Em suma, Ética é a busca de justificativas para verificar a adequação ou não das ações humanas (VASQUES, 2000).

Os conceitos citados deixam clara a identidade da Ética como algo necessário para uma adequada relação interpessoal.

A Ética possui inúmeros referenciais teóricos, podendo ser destacados os: Princípios, entendidos como deveres *prima facie*; os Direitos Humanos, caracterizados como expectativas dos indivíduos ou das comunidades em relação aos outros; as Virtudes, como boas atitudes esperadas de cada indivíduo; e a Alteridade, que baseia as ações na perspectiva do outro. Qualquer um destes referenciais teóricos podem ser utilizados para justificar as ações humanas como sendo adequadas ou não.

O Belmont Report (1978) descreve que os Princípios se subdividem em: Princípios de Beneficência, Respeito às Pessoas e a Justiça. Eles devem orientar o raciocínio e facilitar a identificação de conflitos entre diferentes contextos que

envolvem direitos e deveres. Os Princípios, na perspectiva europeia, podem ser descritos com base na Dignidade, na Liberdade, na Integridade e na Vulnerabilidade (KEMP, 2004).

Os Direitos Humanos justificam ações realizadas no sentido de garantir o seu cumprimento, independente de serem individuais, coletivas ou transpessoais (BOBBIO, 1992).

As Virtudes se baseiam em atitudes esperadas, entendidas como adequadas, para o comportamento individual (ARISTÓTELES, 2014). A Virtude é um comportamento pessoal valorizado socialmente, pois gera boas ações (ABELARD, 1995).

A Alteridade introduz o entendimento de que a co-presença ética e a corresponsabilidade estão presentes nas ações humanas. (LÉVINAS, 2005).

A reflexão ética parte de um problema e se baseia em fatos, circunstâncias, alternativas e consequências previstas, possibilitando fazer uma avaliação da adequação de cada uma das ações possíveis com base nos diferentes referenciais teóricos possíveis. O foco desta avaliação é a verificação das justificativas de adequação para cada uma das alternativas (GOLDIM, 2006).

Desde Hipócrates até os dias de hoje a base fundamental da ética aplicada à medicina é agir visando o melhor interesse do paciente/doente ou pelo menos não o prejudicar (CUNHA, 2004). Porém com o tempo, as perspectivas utilizadas nas reflexões éticas, se tornaram insuficientes, exigindo ampliação dos elementos até então analisados. Foi inserida uma perspectiva interdisciplinar com o intuito de compreender a relação do ser humano com a sociedade, com a sua saúde, com a própria vida, neste contexto surgiu a Bioética.

2.3 BIOÉTICA

A Bioética difere da ética tradicional, por utilizar uma abordagem multi e interdisciplinar, servindo-se da colaboração e interação da diversidade das ciências biológicas, sociais e humanas. Segundo Fortes e Zoboli (2003) não há uma fundamentação ética comum a todas as correntes, pois a Bioética é intercultural, devendo respeitar a pluralidade das tendências éticas existentes na atualidade.

Segundo Goldim (2009), o primeiro registro da palavra “Bioética” ocorreu em 1926 em um artigo publicado por Fritz Jahr sobre as relações do conhecimento com a vida e a ética, e nele já estava incluído o Princípio Bioético que impõe o respeito a todas as formas de vida. Posteriormente, em 1927, em um artigo publicado no periódico científico *Kosmos*, na Alemanha, também escrito por Fritz Jahr, a palavra Bioética já estava incluída no título do artigo “Bio-ethik: Eine umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze” (“Bioética: um panorama sobre os deveres éticos dos seres humanos para com os animais e as plantas”) (SASS, 2007). Neste artigo, Jahr (1927) reiterou a sua argumentação de que os animais e as plantas geram deveres para os seres humanos, e propôs que a Bioética insere o ser humano nas relações com a sociedade, com a humanidade e com a biosfera como um todo (GOLDIM, 2009).

O segundo autor que utilizou o termo Bioética foi Potter (1970), no artigo “Bioética, a ciência da sobrevivência” (*Bioethics, the science of survival*), no periódico *Perspectives in biology and medicine*, em 1970. E depois quando escreveu: “Eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: o conhecimento biológico e os valores humanos.” Desde lá o termo, vem sendo empregado com este mesmo sentido, ou seja, de ampliar a discussão da ética para o conjunto de todos os seres vivos (POTTER, 1971).

A Bioética propõe a humanização das ações e dos serviços de saúde, a garantia da dignidade humana e o direito dos cidadãos enquanto usuários destes serviços (WITTMANN-VIEIRA e GOLDIM, 2010). Entendendo a dignidade humana como valor fundamental do imperativo categórico kantiano (KANT, 1964) e que o respeito à autonomia origina-se do valor incondicional de todas as pessoas.

2.4 PRINCIPAIS MODELOS DE FUNDAMENTAÇÃO BIOÉTICA

A Bioética pode ter vários modelos de fundamentação que permitem inúmeras abordagens diferentes e complementares às questões apresentadas pela realidade. Os principais modelos utilizados são: Modelo Principlista, Modelo Autonomista, Modelo da Virtude, Modelo Casuístico, Modelo Contratualista e Modelo da Bioética Complexa (NEVES, 1996):

2.4.1 Modelo Principlista ou Moralidade Comum ("*common morality*")

O Modelo Principlista, conhecido por Modelo de Moralidade Comum ("*common morality*") desde 1994 (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 1994), propõe que a fundamentação ética seja baseada em orientações teóricas que são aplicadas às situações práticas que serão abordadas. O modelo principlista de origem norte-americano utiliza quatro princípios: Beneficência; Não-maleficência; Justiça; Autonomia (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 1989).

Estes princípios se fundamentam na tradição da ética médica e na história da filosofia. Segundo Ross (1930) eles não obedecem a qualquer disposição hierárquica e são válidos *prima facie*, ou seja, em caso de conflito, o dilema e as suas circunstâncias definirão o que será recomendado e que será a prioridade.

O principal problema deste modelo é a denominação utilizada na descrição dos princípios. A autonomia, por exemplo, é a rigor autodeterminação, pois não visa avaliar as condições abstratas de ter ou não a capacidade de tomar decisões, mas sim o exercício da tomada de decisão, livre de coerções externas que limitem a liberdade de escolha (BAJOTTO E GOLDIM, 2011; CUNHA et al, 2012). Privilegiar a autonomia é estabelecer o primado do indivíduo sobre a sociedade, é não reconhecer a interdependência existente do indivíduo e da sociedade. Esta questão ficava deslocada para a discussão do princípio da justiça, entendido como justiça distributiva e não discriminação. Outra questão importante é considerar a beneficência e a não-maleficência como dois princípios separados. Na própria tradição filosófica norte-americana, a beneficência envolvia a busca do bem, tanto ao fazer o bem, quanto ao evitar o mal (FRANKENA, 1981).

2.4.2 Modelo Autonomista

O modelo autonomista possui vasta aplicação na prática clínica. Ele apresenta resultados muito positivos no que se refere ao respeito à autonomia do indivíduo. Engelhardt Jr (1986) propõe um modelo baseado na tradição político-filosófica do liberalismo norte-americano, o Modelo "libertário" que defende os direitos individuais, com destaque ao de propriedade. Esta patrimonialização se estende à própria vida do indivíduo. Este modelo define que as pessoas possuem consciência de si próprias. Os embriões e fetos, assim como os pacientes sem condições cognitivas ou biológicas de tomarem decisão, ficam excluídos do debate moral. Neste modelo as ações se justificam na demonstração de vontades, como na liberdade de fazer o que quiser consigo mesmo e com o seu corpo, entendido como uma propriedade do indivíduo (ENGELHARDT JÚNIOR, 1986; ENGELHARDT JÚNIOR, 2011). Estas características privilegiam apenas uma dimensão humana, sem estabelecer relações com outras perspectivas que também podem influenciar na tomada de decisão.

2.4.3 Modelo da Virtude

Este modelo, parte da referência de Aristóteles, que descreve virtude como uma disposição adquirida de fazer o bem, que podem ser aperfeiçoadas pelo hábito (ARISTÓTELES, 2014).

As principais virtudes discutidas são: Polidez; Fidelidade; Prudência; Temperança; Coragem; Justiça; Generosidade; Compaixão; Misericórdia; Gratidão; Humildade; Simplicidade; Tolerância; Pureza; Doçura; Boa-fé; Humor e Amor (COMTE-SPONVILLE, 1997).

A ética das virtudes foi fortemente questionada pela introdução do pensamento kantiano, que afirmava que os seus argumentos não eram válidos (KANT, 2005). Por outro lado, alguns autores da Bioética ressaltaram que um dos grandes desafios contemporâneos é despertar nos profissionais da saúde o valor das virtudes (PELLEGRINO e THOMASMA, 1988). O modelo das virtudes é muito adequado para a discussão de aspectos éticos envolvidos na formação profissional.

2.4.4 Modelo Casuístico

O modelo da casuística se baseia na constatação direta de situações concretas. A partir dos casos é que emerge a reflexão e a teorização sobre o que foi vivenciado. A utilização da casuística como modelo de fundamentação é questionada por inverter a ordem habitual, isto é, partir da teoria para buscar o enquadramento dos casos. Este modelo teve maior aceitação nos Estados Unidos e no Reino Unido por se adequar a tradição legal destes países que se utiliza da jurisprudência para estabelecer o marco regulatório da sociedade.

Desta forma, o caso deve ser examinado tomando em conta suas características e utilizando-se analogias para a realização desta apreciação. O conhecimento resultante desta avaliação é que orienta as ações frente ao caso em si (JONSEN E TOULMIN, 1988).

2.4.5 Modelo Contratualista

O modelo contratualista é outra expressão da influência da sociedade norte-americana no pensamento da Bioética. Ele propõe um repensar na forma de relacionamento existente entre médico-paciente, rompendo com a tradição supostamente paternalista, originária da escola hipocrática. Destaca a importância de um triplo contrato entre médicos, pacientes e sociedade. Esta relação resulta em um contrato mais amplo envolvendo os princípios orientadores da relação médico-paciente, que são a beneficência, a proibição de matar, dizer a verdade e manter as promessas (VEATCH, 1981).

Percebe-se que se trata mais de regras de conduta moral do que de um modelo teórico de fundamentação Bioética. O contratualismo não é a expressão de uma relação de vínculo efetivo entre médico e paciente, mas sim uma ligação contratual entre ambos, que pode inclusive estar destituída de aspectos éticos (NEVES, 1996).

2.4.6 Modelo da bioética complexa

O modelo da Bioética Complexa, proposto por Goldim (2006), surgiu da necessidade de integrar vários modelos já apresentados anteriormente. E propõe que a Bioética deve ser entendida como uma reflexão complexa, compartilhada, e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver. Os referenciais teóricos utilizados neste modelo, como elementos de fundamentação para as justificativas e argumentações, incluem os Princípios, os Direitos Humanos as Virtudes e a Alteridade, além da própria casuística (GOLDIM, 2006).

A Bioética Complexa se baseia nos três princípios da complexidade propostos por Morin (2001 e 2004): na emergência, onde “o todo é maior que a soma das partes”, na imposição onde “a parte é mais do que uma simples fração do todo” e na distinção entendida como a “indissociabilidade do todo”. Segundo Piaget (1973), para que o indivíduo possa tomar uma decisão necessita ter contato com a informação, ter compreensão dela, comprometer-se, para, enfim, tomar a ação de decidir.

Nesta perspectiva é possível conciliar diferentes propostas e conhecimentos com a finalidade de permitir uma melhor visão do todo. Se por um lado temos as responsabilidades e deveres do médico e demais profissionais da saúde, especialmente os Enfermeiros, por sua ação continuada junto aos pacientes, por outro lado, temos as expectativas, vontades, crenças e valores da pessoa doente. A Bioética Complexa possibilita uma abordagem abrangente dos problemas que serão objeto de reflexão.

É fundamental distinguir duas abordagens distintas, habitualmente consideradas como uma única: a Vida e o Viver. A vida refere-se às características biológicas do ser humano, enquanto que o viver caracteriza a biografia de uma pessoa. É neste contexto de complementaridade entre Vida e Viver que ocorrem as escolhas dos pacientes e dos profissionais de saúde. Estes conceitos foram resgatados por Agamben (AGAMBEN, 2004; AGAMBEN, 2010; LEITE, 2014) e redefiniram o olhar da Bioética contemporânea.

2.5 AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO

O entendimento e respeito à individualidade iniciado no Iluminismo, onde estabeleceu o reconhecimento de que pessoas diferentes podem pensar, agir e sentir, de formas diferentes, e que isso deve ser respeitado, ganhou força a partir de Descartes, Montesquieu, Rousseau e depois Kant (JÓLLUSKIN E TOLDY, 2011). Portanto, desde que a Revolução Francesa estabeleceu a “liberdade, igualdade e fraternidade” como os alicerces básicos a serem seguidos para a construção e manutenção de uma sociedade humana justa, este ideal vem sendo buscado.

Em uma sociedade justa, os indivíduos podem viver com dignidade e ter seus direitos respeitados. Para que isso ocorra, no momento do processo de tomada de decisão, o profissional de saúde precisa estar atento a formas sutis de pressão ou manipulação para que o paciente possa realmente definir pelo seu melhor interesse, pois a autonomia, só pode ser exercida com o conceito de autodeterminação, quando a pessoa possui “condições” de poder tomar decisões e se estiver livre de coerções externas (BAJOTTO e GOLDIM, 2011; CUNHA et al., 2012).

Immanuel Kant (1964), define o princípio da autonomia como sendo escolher sempre, de modo que as máximas de nossa escolha estejam compreendidas, ao mesmo tempo, como leis universais, no ato de querer.

“age de tal forma que sua ação possa ser considerada como norma universal”. (KANT, 1964.)

A autonomia é um tema de suma importância do ponto de vista Bioético, merecendo destaque dentro do Princípio do Respeito à Pessoa (THE BELMONT REPORT, 1978), também chamado por Princípio do Consentimento (ENGELHARDT JÚNIOR, 2011) ou Princípio da Autonomia (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 1994), que é composto por algumas características fundamentais, como a veracidade, a privacidade e a autonomia.

A utilização do termo “autonomia” vem sendo ampliado, incluindo o indivíduo, portanto pode apresentar diferentes significados, dentre eles estão o direito de liberdade, de privacidade, da escolha individual, da liberdade da vontade, de pertencer a si mesmo, entre outros (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2011; OLIVEIRA, 2016.).

De acordo com o artigo 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – DUBDH: “...*deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar*

decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais...” (ONU, 2005)

O princípio da autonomia pressupõe que o indivíduo se autogoverne e que seja autônomo, tanto em suas escolhas quanto em seus atos (CLOTET, 2003).

Do ponto de vista jurídico, segundo Bonamigo (2012):

Todo ser humano com idade adulta e plena consciência tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo, e o cirurgião que realiza uma operação sem o consentimento do paciente comete uma agressão, pela qual é responsável pelos danos, exceto nos casos de emergência onde o paciente está inconsciente, e quando é necessário operá-lo antes que o consentimento possa ser obtido.

Refletir sobre questões acerca da tomada de decisão e percepção de coerção de adultos e idosos em relação aos procedimentos médicos invasivos indicados a eles, pelo médico assistente, relaciona-se diretamente com o respeito ao indivíduo e sua autonomia, independente de sua faixa etária.

Do ponto de vista Bioético, a relação se faz com três personagens distintos: o profissional da saúde, o paciente e a sociedade. É necessário entender o significado moral específico de cada um deles: o paciente age guiado pelo princípio da “autonomia”, o profissional da saúde pelo da “beneficência” e a sociedade pelo da “justiça” (MAIA, 2017). Sendo assim, a “autonomia” corresponde, nesse sentido, ao princípio de liberdade, a “beneficência” ao de fraternidade e a “justiça” ao de igualdade.

Cabe aos profissionais de saúde garantir os direitos de cada paciente, independente de sua idade e livre de preconceitos.

Não basta estar inserido na sociedade para ter direito de deliberar de acordo com sua vontade. Para levantamentos do IBGE, a inserção do sujeito na sociedade se dá, efetivamente, após a emissão de sua certidão de nascimento (IBGE; 2010). Porém quando falamos de autonomia, a autodeterminação é o centro da discussão. Sabe-se que tanto o recém-nascido quanto a criança, são vulneráveis, por não possuírem discernimento suficiente para definir o que é melhor para si, e por isso dependem de um adulto, responsável por protegê-los e decidir por eles. Frequentemente observa-se que adultos tendem a ter a mesma atitude com os idosos, como se estes não possuíssem mais discernimento, pelo simples fato de terem mais

idade. Esta atitude é inadequada e a avaliação deste fato foi um dos focos desta pesquisa.

No Artigo 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da UNESCO, acordada em 2005, são apresentados o Princípio da Autonomia e a Responsabilidade Individual, e cita que estes devem ser respeitados por todos os países que fazem parte da ONU, destacando o respeito à tomada de decisão (UNESCO, 2005). Importante levar em conta que todos os Países que fazem parte da UNESCO aceitaram sem ressalvas todos os artigos que compõem esta Declaração, ficando evidente a importância do respeito à tomada de decisão do indivíduo.

Ressalta-se que, para que um indivíduo possa exercer sua autonomia, ele deve possuir o direito de decidir, entre mais de uma possibilidade e deve estar livre de pressões (GRACIA, 2012).

Caponero e Vieira (2006) descreveram que para se definir um indivíduo como autônomo ele tem de ser capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção de sua deliberação. (CAPONERO E VIEIRA, 2006). A autonomia de um paciente pressupõe que este tenha capacidade para decidir sobre o seu melhor interesse. (PESSINI, 2008). Este processo é extremamente importante no momento de decidir se submeter a um procedimento médico invasivo independente de ser para diagnóstico ou tratamento, pois o indivíduo precisa entender por que foi indicado, além dos benefícios, consequências e possíveis riscos. Só assim sua autonomia em relação às decisões estará sendo respeitada.

Diversos fatores são importantes no processo de tomada de decisão. Para que a tomada de decisão possa ocorrer é indispensável que o indivíduo tenha a informação e o conhecimento sobre o tema a ser decidido (ANGELONI, 2003; FLORES et al., 2010; OLIVEIRA E ALVES, 2010). Segundo Erlen (1994), a capacidade de decisão de uma pessoa baseia-se em diversas habilidades como a possibilidade de se envolver com o assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativa, se posicionar e comunicar a sua preferência. Destaca ainda que estas características não dependem somente da idade cronológica do indivíduo, entendendo que o fato de ter atingido determinada idade não garante que a pessoa tenha capacidade para tomar decisões. A validade do processo de consentimento tanto do ponto de vista moral quanto legal depende da capacidade do indivíduo para tomada de decisão (ERLEN, 1994).

Segundo Loevinger (1966), a capacidade ou o impedimento do indivíduo para tomar decisões de forma voluntária tem sido associado, direta ou indiretamente, ao grau de desenvolvimento psicológico-moral do indivíduo (HESS, QUEEN E ENNIS, 2013).

2.5.1 Voluntariedade

Segundo Rodrigues (2016) do ponto de vista jurídico, o pilar que estrutura a relação entre o paciente e os profissionais da saúde, é o conhecimento informado também chamado de consentimento informado. Neste contexto surgem dois elementos indispensáveis para que o paciente possa decidir: a razão e a liberdade. A razão envolve, necessariamente, a competência/legitimidade, tanto ativa quanto passiva, a comunicação/transmissão das informações, e compreensão/assimilação da informação transmitida. A liberdade por sua vez representa a voluntariedade, o livre arbítrio e consentimento assinado como expressão de sua vontade.

A voluntariedade, portanto, pode ser entendida como o que o indivíduo faz por vontade ou iniciativa própria. Autores como Kohlberg (1981), Loevinger (1970) e Souza (1968) afirmam que, com a internação, a voluntariedade pode ser afetada pela restrição parcial ou total da autodeterminação do paciente ou pela sua condição de membro de um grupo vulnerável, como no caso dos idosos. O que coincide com o que descreveram Bu e Jezewski (2007), O'CONNOR, Tom; KELLY (2005) e Tomaschewski-Barlem (2015), em seus artigos. As pessoas doentes ficam fragilizadas, especialmente ao se depararem com diagnósticos reservados, se tornando assim, mais facilmente manipuláveis, no momento do processo de tomada de decisão. Portanto a legitimidade da decisão depende da garantia de que não houve coerção durante o processo (KOHLBERG, 1981; LOEVINGER, 1970; SOUZA, 1968).

Segundo Bajotto e Goldim (2011) e Cunha et al (2012) 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 da própria vida de forma voluntária.

Diante deste panorama, é fundamental garantirmos o direito do paciente quanto a autonomia para a tomada de decisão frente ao seu problema de saúde.

2.5.2 Avaliação do desenvolvimento psicológico moral

É importante ressaltar, que o aumento da expectativa de vida populacional gera mais pessoas atingindo idades mais avançadas (IBGE, 2010; IBGE, 2018). Uma questão polêmica que pode ser destacada é sobre a capacidade do idoso de decidir sobre questões relevantes de sua vida, como as que envolvem a realização de procedimentos médicos. É um preconceito destituir a capacidade de uma pessoa apenas pela sua idade. Muitos outros fatores podem contribuir positiva e negativamente para esta situação, por exemplo, o fato de os idosos serem considerados grupo de pessoas vulneráveis (CELICH et al., 2010).

Vulneráveis são considerados os grupos onde as pessoas, pelo simples fato de serem seus integrantes, podem ter alguma restrição a sua voluntariedade. Esta classificação vale, para situações assistenciais, e de pesquisa, sendo indispensável ser levado em consideração, também, no momento do consentimento informado.

Segundo Gardner (1993), ser ou estar vulnerável é um estado que significa fragilidade. Vulnerabilidade pode ser entendida como aquilo que expõe ou não a pessoa à aquisição de um risco a sua saúde.

A importância de estudar a vulnerabilidade existe em virtude da ideia herdada que populações vulneráveis são frequentemente taxadas como incapazes no processo de tomada de decisão (GOLDIM, 1999). A vulnerabilidade é discutida no contexto da Bioética por expor o indivíduo ou comunidade a situações que o expõem, deixando-o suscetível.

Pesquisas apontam para o fato de que os idosos possuem capacidade de responder por seu melhor interesse, ou seja, são capazes de tomar decisões quando questionados (BAJOTTO, 2011), exceto em casos onde uma doença acomete a capacidade cognitiva do indivíduo, e isso ocorre independente da idade.

Bynum et al (2013) destacaram como característica comum nos idosos a não participação ativa de decisões relacionadas a sua saúde, como: cirurgia, medicamentos, procedimentos de diagnóstico, testes de rotina para cuidados preventivos. Dentro deste contexto sugeriram a existência de barreiras que podem ser modificadas, como a percepção de que não haviam opções a ser consideradas; baixo estímulo à participação do paciente; e problemas de comunicação entre o médico e o

paciente. Estes três aspectos são apontados como modificáveis através de mudança na forma de entrevista médica onde os valores, crenças, objetivos e preferências do idoso deveriam ser discutidos, além de apresentar as opções viáveis, seus riscos e benefícios possibilitando assim a decisão compartilhada (BYNUM et al., 2013).

A necessidade do entendimento de “o que é necessário para que o indivíduo tenha capacidade para tomada de decisão” tem sido debatido entre grandes pesquisadores, como Piaget (1977), Kohlberg (1981), Loevinger (1970) e Gilligan (1993). Eles propuseram diferentes abordagens com a intenção de caracterizar o desenvolvimento psicológico-moral das pessoas.

2.5.3 Instrumento de avaliação do desenvolvimento psicológico moral

Nesta pesquisa, a capacidade de tomar decisões pelo seu melhor interesse foi avaliada seguindo o referencial teórico para as diferentes fases do ego proposto por Loevinger (1966) e adaptado por Souza (1968), com o Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral. Este instrumento se propõe a avaliar o desenvolvimento psicológico moral do indivíduo, permitindo verificar sua capacidade para consentir, 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. (DEON E GOLDIM, 2016)

O instrumento possui trinta frases, divididas em 4 conjuntos de alternativas que deverão ser escolhidas pelo sujeito (SOUZA, 1968). Em cada conjunto, são apresentadas frases, valendo pontuações diferentes. No primeiro conjunto de frases, são apresentadas doze opções, onde a pessoa deverá eleger três que mais “correspondam ao seu gosto pessoal”. Nos outros três conjuntos, ele deverá marcar: “o que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo”, escolhendo duas

frases, em cada conjunto composto por seis opções. As respostas ao instrumento de coleta são analisadas da seguinte forma:

1º Realiza-se a soma dos valores atribuídos a cada uma das nove alternativas selecionadas;

2º Calcula-se a média dos resultados;

3º Verifica-se qual a classificação de desenvolvimento psicológico-moral que é atribuída ao resultado da média.

A pontuação pode variar de 1,1 a 7 pontos. De acordo com esta pontuação o indivíduo será classificado em um dos 7 (sete) diferentes estágios de desenvolvimento psicológico-moral. Cada estágio sugere a capacidade de tomada de decisão do indivíduo:

1. Pré-social (0,1 – 1,0 pontos) - Início do desenvolvimento, ainda pré-verbal corresponde ao entendimento de uma criança muito pequena, pois não consegue se comunicar, o foco do indivíduo está em satisfazer suas necessidades imediatas; Estes indivíduos não teriam capacidade de se comunicar, logo, entram no critério de exclusão.
2. Impulsivo (1,1 – 2,0 pontos) - O indivíduo toma decisões por impulso, baseado apenas em seu desejo, e em como as coisas o afetam, não considerando as informações. Pensamento simplista e dicotômico;
3. Oportunista (2,1 – 3,0 pontos) - É uma fase de autoproteção, onde o indivíduo supervaloriza seus desejos. Usa a consciência causa-efeito para conseguir o que quer dos outros. Tende a colocar a culpa nos outros quando algo corre mal;

4. Conformista (3,1 – 4,0 pontos) - Preocupam-se em demasia em pertencer e obter aprovação de pessoas ou grupos de referência. Sua avaliação pessoal e dos outros é pelo externo, como por exemplo: o que vestem ou o restaurante que frequentam e baseado nisso generalizam. As crenças do grupo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio;
5. Conscioso (4,1 – 5,0 pontos) - O indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, valorizando seus desejos e crenças, mas, ainda é passível de constrangimento, pois não tem a noção de regra introjetada;
6. Autônomo (5,1 – 6,0 pontos) - Há um respeito maior pela sua autonomia e pela dos outros, pois possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente;
7. Integrado (6,1 – 7,0 pontos) - O ego demonstra sabedoria e empatia tanto em relação a si como para com os outros. Tem uma noção clara de identidade. O indivíduo possui a noção da regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, com a compreensão da interdependência existente. (LOEVINGER, WESSLER E REDMORE, 1970; LOEVINGER, WESSLER E REDMORE, 1966; SOUZA, 1968; RAMOS, 2008).

2.5.4 Percepção de coerção

Segundo Protas (2007), o Processo de Consentimento Informado ocorre no contato entre médico e paciente, com o fornecimento de informações, possibilitando

ao paciente tomar a decisão em seu melhor interesse, de maneira voluntária, livre de quaisquer tipos de pressões externas.

Outra importante particularidade a ser considerada no processo de consentimento é a voluntariedade.

No caso dos pacientes, a voluntariedade se desenvolve ao longo do processo, após terem sido apresentadas, pelo médico, as possíveis alternativas de procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos, permitindo assim, que as decisões possam ser tomadas.

Quando o indivíduo tem sua voluntariedade preservada, suas decisões são baseadas em suas crenças, valores, conhecimentos anteriores, além das informações fornecidas e compreensão das mesmas. Porém, Protas (2007), ressalta a importância de se diferenciar quando a decisão for baseada em um valor ou crença pessoal de uma situação onde pode ter havido coerção por parte de terceiros e/ou por constrangimento no ato de optar por uma das alternativas.

Segundo Piaget (1928), coerção é “toda relação entre dois ou mais indivíduos na qual intervém um elemento de autoridade ou de prestígio”. Ainda de acordo com o mesmo autor (PIAGET, 1977), “a coerção “existe na medida em que é sofrida, independentemente do grau efetivo de reciprocidade existente”. Reforçando este entendimento, Raymundo (2007) destaca que o consentimento só é válido se não houve coerção durante o desenrolar do processo (PIAGET, 1977; CAVALCANTI, GOMES E GOLDIM, 2015).

Para investigar se o paciente se sentiu respeitado quanto a sua autonomia, Hoge et al (1998) realizaram um estudo para avaliar os preditores comportamentais da percepção de coerção com pacientes internados na psiquiatria. Para tanto aplicaram escalas, fizeram entrevistas e observações. Com isso, levantaram nove comportamentos referidos como coercitivos:

- 1) Persuasão;
- 2) Indução;
- 3) Ameaça;
- 4) Força física;
- 5) Força legal;
- 6) Força psíquica;

- 7) Perguntar a preferência do paciente;
- 8) Dar ordens e
- 9) Decepção.

Esses comportamentos foram divididos em:

- Símbolo de pressão positiva, composta por: persuasão, indução e perguntar a preferência dos pacientes; e
- Símbolo de pressão negativa: ameaça, força física, Força legal, força psíquica, decepção e dar ordens.

Concluíram que o uso da coerção em tratamento ainda é um assunto controverso, os comportamentos símbolo de pressão positiva foram percebidos pelos pacientes como sendo um auxílio na tomada de decisão mais correta, enquanto que os comportamentos símbolo de pressão negativa foram referidos como coercitivos. (HOGUE et al., 1998).

2.5.5 Escala de Avaliação de Percepção de Coerção

A Escala de Percepção de Coerção, utilizada neste estudo, é derivada de uma escala de percepção de coerção em internação psiquiátrica, a MacArthur Admission Experience Survey, composta por 16 questões (BERGK E FLAMMER E STEINERT, 2010; GARDNER, 1993; LIDZ et al., 1998), validada por Taborda, em 2002, para a língua portuguesa, e em 2007, revisada, adaptada e validada, por Protas, para uso na população, em geral (PROTAS, 2007; BERGK E FLAMMER E STEINERT, 2010, WITTMANN-VIEIRA E GOLDIM 2012).

A escala de percepção de coerção validada por Protas (2007), contém 5 afirmativas nas quais, o participante, deve optar se concorda ou discorda. Cada resposta que o participante assinala “discordo” é considerada um nível de percepção de coerção. A variação da percepção de coerção varia de 0 a 5 níveis, quanto maior o valor, maior a percepção de coerção. O instrumento pode ser autoaplicável e seu preenchimento dura em média 5 minutos (SOUZA, 1968).

Para análise dos resultados considera-se a quantidade de vezes que o participante da pesquisa assinalou “discordo”, conforme descrito a seguir:

- 0 Nenhum
- 1 Mínimo
- 2 Baixo
- 3 Médio
- 4 Moderado
- 5 Alto

A escala de percepção de coerção utilizada, foi adaptada ao cenário da pesquisa, composta por 5 afirmativas onde o participante optou por concordar ou discordar de cada uma dela e incluídas três perguntas abertas (ANEXO F). As adaptações realizadas estão entre aspas nas frases a seguir:

1. Senti-me livre para fazer o que quisesse “a respeito de fazer ou não o procedimento cirúrgico”.
2. Eu escolhi fazer “o procedimento cirúrgico”.
3. Foi minha a ideia de fazer “o procedimento cirúrgico”.
4. Tive bastante decisão em “fazer o procedimento cirúrgico”.
5. Tive mais influência do que qualquer outra pessoa “sobre fazer o procedimento cirúrgico”.
 - a) Você delegou ao médico (pediu para que o médico decidisse) sobre fazer ou não o procedimento?

- b) Quem ajudou ou mais influenciou você a decidir fazer o procedimento?

- c) Quem é a pessoa que você gostaria que fosse responsável por sua internação? Qual seu grau de parentesco e idade?

Diversos artigos têm sido publicados, com a utilização desta escala, para avaliar a percepção de coerção em diferentes grupos de pessoas, como por exemplo em pacientes em cuidados paliativos (WITTMANN-VIEIRA, 2012), em idosos (CAVALCANTI, GOMES E GOLDIM, 2015), com Diabetes Tipo II (GROSS, GROSS E GOLDIM, 2010), pacientes internados, com restrições alimentares (WETTSTEIN; ALVES E GOLDIM 2010), entre outros. Em todos eles a escala foi adaptada ao cenário específico da pesquisa.

2.6 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Diante do movimento da OMS em criar a Aliança Mundial de Segurança do Paciente, alguns hospitais brasileiros se preocuparam em implantar medidas que promovessem maior segurança aos pacientes, inicialmente revisando junto a suas equipes a implantação ou aprimoramento das seis metas internacionais propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2005 (ANVISA, 2016).

Atualmente os serviços de saúde estão sendo incentivados a implantarem sistemas que possibilitem alcançar os mais elevados padrões de qualidade assistenciais e assim receberem um selo de acreditação reconhecido internacionalmente, como, por exemplo o realizado pela *Joint Commission International* (JCI). A JCI (JCI, 2017) é uma empresa destinada a auxiliar os serviços de saúde a se tornarem locais seguros na prestação de atendimento do paciente. Ela realiza a avaliação dos protocolos já implantados e a necessidade de implantar melhorias para atingir os padrões internacionais de segurança aos pacientes.

Os Hospitais se beneficiam de diversas formas, ao receberem o selo de Acreditação Internacional: Segundo o Instituto Brasileiro de excelência em Saúde, os principais benefícios da acreditação para uma instituição é: Melhoria contínua da Segurança do paciente e dos resultados assistenciais; Diminuição de retrabalho e redução de custos; Integração entre os setores e processos; Controle dos processos e compromisso com o resultado; Visibilidade, reconhecimento e credibilidade no mercado; Identificação de riscos permitindo corrigi-lo antes que aconteçam; e Possibilidade de reajuste de tabela de IPCA (INSTITUTO BRASILEIRO PARA EXCELÊNCIA EM SAÚDE, 2017). Porém, não é necessário ter um selo de acreditação para que uma empresa receba o reajuste da tabela IPCA, basta comprovar a implantação de algumas medidas de segurança com indicadores.

Quando uma instituição é acreditada, ou certificada, que seria a melhor denominação em língua portuguesa, significa que a instituição recebeu o reconhecimento pela excelência de segurança e qualidade do cuidado prestado ao paciente (JCI, 2014), indo muito além de ter alguns indicadores.

O processo de acreditação, no Brasil, é feito de forma voluntária, ou seja, por interesse da própria instituição de saúde (GENRO E GOLDIM, 2012).

Em 1999 o Hospital Israelita Albert Einstein, foi o primeiro hospital, fora dos Estados Unidos, a certificar-se com o manual da *Joint Comission International* (Albert Einstein, 2009). A partir de então o número de instituições de saúde acreditados pela JCI vem aumentando no Brasil e no Mundo, em 2012, mais de 300 instituições de saúde já eram acreditadas ou certificadas pela metodologia da JCI, no mundo. Em 2014 já eram 560 instituições de saúde acreditadas pela JCI, dentre estas 26 eram brasileiras, sendo 21 instituições privadas (NERY, 2014). Em 2016 o número de instituições acreditadas pela JCI no mundo aproximou-se de 6 mil, sendo que no Brasil chegou a 52 instituições entre hospitais e clínicas.

No final de 2013, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) conquistou a Acreditação pela Joint Commission International (JCI). O HCPA foi o primeiro hospital universitário do Brasil e o terceiro na América do Sul a receber o selo de Acreditação Hospitalar (HCPA, 2017).

A segurança do paciente é um dos principais focos do processo de acreditação. Um importante fator de segurança é a comunicação com os pacientes que ocorre em diversos momentos, inclusive, quando se sugere a realização de um procedimento e no processo de consentimento deste. A comunicação efetiva com os pacientes e familiares passa pela adequação das próprias informações, de sua finalidade e propósito. O processo de tomada de decisão depende de uma série de fatores. Tendo como ponto de partida a comunicação efetiva e seu adequado registro. O termo de consentimento assinado pelo paciente ou seu responsável legal, assim como pelo médico ou outro profissional que realizou a sua obtenção, deve ser incluído no prontuário do paciente. A segurança do paciente leva em conta as questões éticas envolvidas neste processo (COFEN, 2017; CFM, 2009), como por exemplo o respeito à autonomia do paciente.

O respeito às peculiaridades de cada paciente é tão importante que existe um capítulo inteiro dentro do manual da JCI tratando dos direitos dos pacientes e familiares (Patient Rights and Family - PFR) (JCI, 2014; JCI, 2017), conforme excerto abaixo:

Cada paciente é único, com suas próprias necessidades, capacidades, valores e crenças. As instituições de saúde trabalham para estabelecer com os pacientes uma comunicação aberta e de confiança e para compreender e proteger os valores culturais, psicossociais e espirituais de cada paciente. Os resultados do cuidado melhoram

quando os pacientes e, quando apropriado, seus familiares ou aqueles que tomam decisões em seu nome são envolvidos nos processos e nas decisões sobre os cuidados, de acordo com suas expectativas culturais (JCI, 2010).

Trata também sobre o Consentimento Informado, onde ressalta: a importância de ser utilizada uma linguagem que o paciente possa compreender (PFR 6); que os pacientes e familiares devem receber informações adequadas sobre sua doença e tratamento(s) que estão sendo propostos, para poderem decidir (PFR 6.1); O consentimento informado deve ser obtido antes da realização de cirurgia, administração de hemoderivados, e procedimentos de risco (PFR 6.4) (JCI, 2010; JCI, 2014; JCI, 2017).

Muitos são os casos em que o paciente recebe as orientações do médico que irá realizar o procedimento, ele entrega o termo de consentimento e combina de pegar no dia seguinte. Porém o paciente não entende a linguagem técnica que foi utilizada nas orientações, ficando com dúvidas e inseguro para fazê-las ao médico. O paciente acaba perguntando ao enfermeiro sobre suas dúvidas, que na medida de seus conhecimentos científicos está apto para responder. Porém, quando é algo muito específico ou que necessita de uma combinação prévia, o enfermeiro faz um contato com o médico e o informa sobre as demandas do paciente, informando o que já foi esclarecido e o que mais o paciente necessita. Esta postura contempla algumas orientações do manual da JCI, no que se refere aos direitos do paciente e família.

2.7 PROCEDIMENTOS MÉDICOS INVASIVOS E PROCESSO DE CONSENTIMENTO

Um dos fatores que pode estar contribuindo para a inversão da pirâmide populacional é o desenvolvimento de novas tecnologias (IBGE, 2010). Este fato pode estar associado com as técnicas cirúrgicas mais aprimoradas e cada vez mais seguras, associadas ao fato de diversas delas serem disponibilizadas pelo Sistema único de Saúde – SUS. Exemplo disto é que, em 2017, foram realizadas 1.827.811 de cirurgias eletivas pelo SUS no Brasil. Sendo que, só no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foram realizados 35.747 procedimentos cirúrgicos pelo SUS, (HCPA, 2018) dos quais 29.939 (83,74%) foram eletivas e 5.808 (16,24%) de urgência.

Com o avanço destes conhecimentos, inúmeros Procedimentos Médicos Invasivos são realizados nos hospitais, de forma rotineira, para diagnóstico e/ou tratamento, sendo alguns extremamente complexos. Cabendo ao médico, após avaliação do paciente, indicar procedimentos necessários para o diagnóstico e/ou tratamento.

A trajetória de um paciente em busca de um atendimento em saúde tem inúmeras etapas e diferentes percursos alternativos. Inicialmente um indivíduo chega ao consultório médico, com uma queixa de saúde, que somadas à avaliação dos sinais e sintomas leva o médico a ter algumas hipóteses diagnósticas, que em alguns casos são inconclusivas, necessitando de mais exames, que podem ser invasivos ou não, porém, podem possibilitar que se chegue ao diagnóstico para então prescrever o tratamento mais adequado. Exame ou procedimento invasivo pode ser entendido como qualquer procedimento que ultrapasse as barreiras naturais do organismo, quando realizado por um médico pode-se chamá-lo de procedimento médico invasivo.

Em alguns casos são necessários mais de um procedimento médico invasivo para se chegar a um diagnóstico. Quando o diagnóstico é estabelecido o médico pode ou não indicar a realização de algum procedimento médico invasivo com finalidade terapêutica, por exemplo, uma cirurgia.

A realização do procedimento é uma prescrição do médico que deve sempre optar pelo exame avaliando os riscos e desconfortos para o paciente, relacionando-os aos resultados possíveis e desejados. É importante esclarecer estes pontos ao paciente, que, por sua vez, precisa aceitar sua realização. A decisão do paciente

afetará o percurso do atendimento. Pois, se recusar fazê-lo resultará em não ter um diagnóstico mais preciso e com isso permanecerá na incerteza. No caso de aceitar a realização do procedimento, voltam a existir duas possibilidades: a de se chegar a um diagnóstico, saindo assim da incerteza; ou ser inconclusivo e desta forma permanecendo sem diagnóstico e sem poder iniciar o tratamento.

Os procedimentos médicos invasivos com finalidades terapêuticas são indicados quando se tem um diagnóstico e um procedimento é necessário com a finalidade de tratamento ou cura. Neste caso o paciente tem duas escolhas, não aceitar o tratamento proposto, e com isso a doença seguirá seu curso natural, ou aceitar ser submetido ao procedimento. Ao aceitá-lo, novamente, terá duas possibilidades: a esperada cura ou não ter o efeito desejado.

Por outro lado, os procedimentos podem ter finalidade curativa ou paliativa. Entende-se por finalidade curativa quando o procedimento se propõe a resolver o problema de saúde associado, e paliativa aquela que reduz o desconforto do paciente, sem, no entanto, curá-lo da doença. Por exemplo, a realização de endoscopias, biópsias e cirurgias são exemplos de procedimentos curativos ou paliativos, mas ambos invasivos. A realização de ecografias, imobilização ou tração de membros são exemplos de meios curativos ou paliativos não invasivos.

O avanço da tecnologia pode intensificar os sentimentos e ansiedades dos pacientes, porém em alguns casos pode aproximar o médico da técnica e distanciá-lo da relação entre profissional e paciente e este avanço da ciência não tem relação com o respeito à liberdade humana (CAVALCANTI, GOMES E GOLDIM, 2015; CAMACHO E SANTOS, 2013). Infelizmente, existem casos onde são solicitados exames ou tratamentos que apenas colocam os pacientes em risco e que não trazem benefícios associados.

Também podem existir situações nas quais os profissionais não se preocupam prioritariamente com o paciente ou com a sua família, nem com a segurança ou a qualidade do atendimento prestado. O interesse está voltado para a ciência, preocupados em, talvez, chegar a um diagnóstico de algo raro ou simplesmente não conseguir aceitar que o paciente não chegou a tempo de ter chance de cura, ou qualquer outro motivo que não a preocupação com o paciente.

Brauner (2008) enfatiza que:

a reflexão proposta pela Bioética acentua o dever de priorizar o ser humano frente às pesquisas científicas e avanços tecnológicos que, por vezes, podem escravizar o homem à intervenção da técnica... e deve ter como meta melhorar a qualidade de vida, não se aceitando que esses conhecimentos possam ser utilizados contra o próprio ser humano, quer violentando seu corpo, quer pisoteando sua dignidade.

Sabe-se que independente da idade, ao enfrentar um procedimento médico invasivo, os pacientes apresentam sentimentos ambíguos, como “medo” relacionado aos possíveis riscos envolvidos, “incerteza” de talvez ocorrer algo errado ou de ter algo ruim, mas principalmente “esperança” em relação a solução ou cura de seu problema.

A própria caracterização meramente biológica da idade do paciente pode ser questionada. Segundo Kowdley et al (2012) ao sugerir um procedimento invasivo, deve-se levar em conta a idade fisiológica e não a cronológica, para com isso poder prever quais os riscos estarão envolvidos em um procedimento invasivo realizado em um idoso.

Antes da realização de qualquer procedimento médico invasivo, cabe aos profissionais de saúde, especialmente ao médico, fornecer informações sobre o porquê de sua indicação além de deixar claro quais os riscos e benefícios associados ao procedimento, sem criar falsas expectativas, possibilitando assim que o paciente tenha informação suficiente para decidir sobre aceitar ou recusar a sua realização (MEIRELES et al, 2010).

Segundo Chistóforo, Zagonel e Carvalho (2006) e Costa e Sampaio (2015) os pacientes ao se depararem com uma internação com vistas à realização de um procedimento chegam ansiosos e com diversas dúvidas sobre a realização do procedimento invasivo e o que virá depois. Parece existir uma relação entre a complexidade do procedimento e a ansiedade frente a ele vivida pelo paciente/ família o que torna, em muitos casos, o caminho entre a indicação e realização de um procedimento algo mais complexo do que descrito anteriormente, já que envolve uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

A equipe interdisciplinar de saúde trabalha em parceria, visando o rápido e adequado tratamento e recuperação dos pacientes, dentro de padrões de qualidade

e segurança. Desta forma, cada um assume atividades para que esse processo ocorra com tranquilidade e segurança. Cabe ao enfermeiro, desde o momento da internação, assegurar uma assistência integral e individualizada (FIGUEIRA et al., 2018), já que o primeiro contato do paciente, no momento da internação, é com a equipe de enfermagem, momento em que são medidos o peso e a altura e aferidos os sinais vitais pelo técnico de enfermagem e em seguida o enfermeiro realiza a anamnese e exame físico, levanta os Diagnósticos de enfermagem (CARPENITO, 2018), fornece as orientações quanto às rotinas do setor e já se inicia o esclarecimento de diversas dúvidas do paciente, realiza o planejamento e a primeira prescrição dos cuidados necessários para o atendimento integral deste paciente, podendo contemplar os cuidados necessários para a realização do procedimento (COPPETTI, STUMM E BENETTI, 2015). É neste momento que a enfermeira faz uma avaliação dos riscos que o paciente tem, por exemplo: Risco de queda (avaliação com uso da escala de Morse), ou de sangramento (caso use medicações antiplaquetárias), ou necessidades especiais (como por exemplo: se for diabético: solicita dieta para diabetes e avaliação de nutricionista e verifica o hemoglicoteste; ou se faz uso de diversas medicações: solicita acompanhamento de farmacêutico).

Outro momento muito importante é após a orientação inicial realizada pelo médico, ao paciente e seus familiares, onde surgem diversas dúvidas que em geral são esclarecidas pelo enfermeiro. O objetivo é tranquilizar o paciente, e, se necessário, acionar o médico para maiores esclarecimentos. Vale salientar em diversos casos, 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. O fato de a equipe de enfermagem estar vinte e quatro horas trabalhando diretamente com os pacientes promove uma aproximação e relação de confiança que facilitam a comunicação e esclarecimentos, na medida em que vão surgindo (CHISTÓFORO, ZAGONEL E CARVALHO, 2006). O respeito cultural existente na relação paciente-médico, somado ao linguajar técnico, utilizado pelo médico, associado à timidez dos pacientes, podem ser fatores inibidores para a solicitação de esclarecimentos junto às equipes médicas.

A equipe de enfermagem executa as prescrições médicas e de enfermagem, preparando-o para a realização do procedimento, verifica a presença do termo de consentimento, devidamente preenchido, no prontuário do paciente, para depois levá-lo ao setor onde será realizado.

Quando o alinhamento da equipe interdisciplinar, em relação a manter a autonomia e a autodeterminação dos pacientes é respeitado, promove um atendimento individualizado e seguro. Ou seja, este alinhamento é necessário para evitar a banalização na realização destes procedimentos, o que pode ocorrer devido ao grande número de procedimentos e a forma corriqueira como são feitos atualmente.

No Artigo 6º, inciso a, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005, que trata sobre o consentimento descreve:

“Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.” (ONU, 2005)

Os hospitais estão padronizando que este processo seja documentado por meio 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 (HAASE et al., 2007). Cabe destacar que antes de se falar em acreditação internacional e segurança do paciente, diversas instituições já apontavam para a necessidade de ter um documento chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelo médico e pelo paciente ou familiar. O documento representando a autorização de realização do procedimento além de conter os principais riscos associados a ele. Este documento deveria ficar arquivado no prontuário do paciente com a finalidade comprovação de adequação ética de todo o processo e isentar o médico e o hospital de um possível processo jurídico. Porém, Veríssimo e Silva em 2016, em um hospital universitário brasileiro, apontaram que apenas cerca de 12% dos prontuários de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos em um hospital universitário tinham o TCLE referente a este tratamento assistencial. Este dado contrariava os princípios éticos e legais preconizados pela própria instituição.

2.8 SEGURANÇA DO PACIENTE

Identifica-se preocupação com a “Segurança do Paciente” já em 1863, no livro *Notes on hospitals* de Florence Nightingale (NIGHTINGALE, 1983-1989). Porém só ganhou força nos anos de 1990, com a importante contribuição de James Reason para a compreensão de como os erros ocorrem, e que deveriam ser abordados como um todo, “de forma holística” (WACHTER 2010; CALDANA et al., 2015).

Em 1999, o relatório feito pelo *Institute of Medicine* (IOM), provocou enorme preocupação mundial ao apresentar estimativa de que ocorrem cerca de 44.000 a 98.000 mortes, por ano, decorrentes de erros na assistência ao paciente, apenas nos Estados Unidos (KOHN, CORRIGAN E DONALDSON, 2000). A comoção mundial, foi tanto pela tragédia humana em si, quanto pelo impacto financeiro que isso gera, tornando-se alvo de diversos estudos (CALDANA et al., 2015).

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) cria a Aliança Mundial de Segurança do Paciente, envolvendo diversos países, inclusive o Brasil (CAPUCHO E CASSIANI, 2013). E, em 2005 propôs seis metas internacionais a serem implantadas visando promover a segurança do paciente:

Meta 1 - Identificação Correta dos Pacientes;

Meta 2 - Comunicação Efetiva;

Meta 3 - Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância;

Meta 4 - Cirurgia Segura;

Meta 5 - Redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde;

Meta 6 - Prevenção de danos decorrentes de quedas (ANVISA, 2016; SIMAN E BRITO, 2016).

Todas elas são muito importantes. Dentro do contexto desta pesquisa, destaca-se a segunda meta: comunicação efetiva que aborda principalmente a comunicação entre os profissionais, pois erros nesta troca de informações podem causar danos aos pacientes (ANVISA, 2016; SIMAN E BRITO, 2016). Porém não se pode esquecer a comunicação dos profissionais com os pacientes e familiares, pois a falta de informação também pode acarretar danos físicos e psicológicos aos pacientes.

Em 2011 o Ministério da Saúde (BRASIL 2011), voltado a promover resultados melhores, lança a Portaria nº 396 que contempla o Projeto de Formação e Melhoria

da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais (Ministério da Saúde. Portaria nº 396, 2011), porém, segundo Capucho e Cassiani (2013), esta Portaria não contempla objetivos estratégicos relacionados com a segurança do paciente, mas oferece repasse de verba diferenciada, como uma espécie de “premiação” para as regiões que atingem níveis elevados de qualidade. Este foi um estímulo de caráter financeiro para a rede de atenção à saúde brasileira.

A preocupação, de uma rede de profissionais, em oferecer um sistema de saúde cada vez mais seguro fez com que surgisse a necessidade de se desenvolver formas de trabalho que promovessem um atendimento mais seguro e efetivo aos pacientes. Uma forma de fazer isso é analisando os erros e aprendendo com eles. Assim foi proposta em 2013 a criação do sistema nacional de notificações sobre incidentes em saúde (CAPUCHO E CASSIANI, 2013).

Em 2014 foi divulgada a Resolução Normativa nº 364, que “Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS...” de acordo com os resultados do Fator de Qualidade, onde o reajuste poderia ser de 85 a 105% (AGÊNCIA NACIONAL de SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014). Em 2015 a RN nº 364 foi alterada pela RN nº 391, onde define o prazo para o início da aplicação do Fator de Qualidade em até dois anos para todos os estabelecimentos da área da saúde (BRASIL, 2015). Estas normas serviram como estímulo para que diversos estabelecimentos de saúde se preocupassem em implantar melhorias na qualidade assistencial, de forma sistematizada. Sendo a acreditação hospitalar uma oportunidade.

2.9 ENFERMEIROS DEFENDENDO OS DIREITOS DOS PACIENTES

Atualmente, têm sido publicados inúmeros trabalhos destacando o enfermeiro como tendo uma atitude de proteção do paciente em momentos de maior vulnerabilidade. Em língua inglesa o termo utilizado para descrever esta postura é Advocacy.

Não há uma adequada tradução para a língua portuguesa do termo inglês Advocacy. Talvez a sua melhor interpretação seja defender os melhores interesses de alguém que pode estar em um estado de vulnerabilidade. Diversos estudos apontam para uma tendência do enfermeiro de defender os melhores interesses dos pacientes, em nome deles.

Bu e Jezewski (2007) e Tomaszewski-Barlem (2015) destacam que pacientes em estado vulnerável e com alterações clínicas, possuem papel importante na decisão dos enfermeiros para “advogar” em prol deles. De acordo com elas, se considera um paciente vulnerável aquele que não pode se representar plenamente e assim, proteger seus próprios direitos, interesses, necessidades, benefícios e desejos; e quando são incapazes de tomar decisões ou realizá-las.

Gardner (1993) entende que ser ou estar vulnerável é um estado que significa fragilidade, cita que vulnerabilidade pode ser entendida como aquilo que expõe ou não a pessoa à aquisição de um risco a sua saúde. Em muitos casos os pacientes se encontram em situações difíceis para expressarem plenamente suas opiniões e escolhas, como ocorre quando se associa a hospitalização a uma doença que necessite estar sujeito aos cuidados da equipe de saúde, mesmo que fora deste contexto não sejam considerados como indivíduos vulneráveis (PAZ; SANTOS E EIDT, 2006).

No caso de uma hospitalização, a vulnerabilidade dos pacientes pode estar associada a situações clínicas específicas, como a perda parcial ou total da consciência, alterações cognitivas, doenças mentais, doenças como o câncer, dor, ou, por falta de conhecimento suficiente para poder tomar uma decisão. A internação, associada ao conhecimento limitado, que os pacientes possuem, relacionado ao procedimento que será realizado e seus cuidados e o fato de estar sujeito a cuidados

que serão realizados por profissionais de saúde pode aumentar sua vulnerabilidade (BU, 2007; O'CONNOR E KELLY, 2005; TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2015).

MAHLIN (2010) destaca que na medida em que são utilizadas tecnologias, cada vez mais avançadas, em muitos casos inclusive ignorando a autonomia e os valores dos pacientes, a “advocacia” se consolida, como um propósito dos enfermeiros de se envolverem na resolução dos problemas tanto dos sistemas de saúde quanto nas possíveis disparidades decorrentes.

A vulnerabilidade é discutida no contexto da Bioética por expor o indivíduo ou comunidade a situações que o expõem, deixando-o suscetível. Segundo Goldim (1999) populações vulneráveis são frequentemente taxadas como incapazes no processo de tomada de decisão. O que poderia ser uma justificativa para a forma como o idoso é tratado em nossa sociedade, inclusive na área da saúde, onde os profissionais e familiares, diversas vezes, resumem as informações fornecidas ou até tomam decisões por ele, como se fosse uma pessoa cognitivamente incapaz, isso, pelo simples fato de ser idoso. Contudo, mesmo em situações de vulnerabilidade, como a dos idosos, são os pacientes que precisam determinar os seus desejos e interesses. O enfermeiro deve evitar fazer pelo paciente, evitando assim, atos paternalistas (ZOMORODI E FOLEY, 2009; TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2015).

A conduta adequada do ponto de vista Bioético é estimulá-lo, auxiliando-o a exercerem sua liberdade de escolha, de forma autônoma empoeirando-os do conhecimento necessário para que possa decidir de forma voluntária.

O atual estado da arte sobre os conhecimentos e atitudes associadas ao processo de tomada de decisão, ainda suscitam algumas questões, tais como as diferenças no processo de tomada de decisão que podem ser atribuídas a idade dos pacientes, ao seu desenvolvimento psicológico-moral e a existência de percepção de coerção associada a realização de procedimentos assistenciais.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar os diferentes aspectos que influenciam a tomada de decisão de adultos e idosos sobre a realização ou não de um procedimento médico invasivo.

3.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar a capacidade para tomada de decisão de pacientes adultos e idosos que foram submetidos a procedimento médico invasivo;
- Avaliar a percepção de coerção de pacientes adultos e idosos no momento da tomada de decisão sobre a realização do procedimento médico invasivo;

4 HIPÓTESES

H0: O processo de tomada de decisão de adultos e idosos não é influenciado pela capacidade e pela percepção de coerção.

H1: O processo de tomada de decisão de adultos e idosos é influenciado pela capacidade e pela percepção de coerção.

5 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, onde o fator em estudo foi o processo de tomada de decisão em seus aspectos de capacidade, informação e decisão propriamente dita, em pacientes adultos e idosos que realizaram um procedimento médico invasivo com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

Os sujeitos de pesquisa foram pacientes adultos e idosos, internados em unidades de internação cirúrgicas, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculadas ao Serviço de Enfermagem Cirúrgica, no período pós-realização do procedimento médico invasivo.

No HCPA, existem diferentes acomodações para os pacientes cirúrgicos adultos e idosos internados pelo SUS: nas Unidades da ala Norte no 9º e 8º andar, que são as duas maiores unidades cirúrgicas, com 45 leitos distribuídos em 15 quartos, cada um com três camas. Nestes andares, existem dois grandes banheiros, que ficam no corredor, disponibilizados exclusivamente aos pacientes, cada um possui diversos WCs e chuveiros individuais. Os dois banheiros ficam nos extremos opostos da unidade, sendo um para uso dos pacientes masculinos e outro para as pacientes do sexo feminino. Por este motivo, a distribuição de leitos fica sendo de 8 quartos para pacientes de um sexo e 7 para o outro sexo. Já nas Unidades da ala Sul cada unidade possui características diferentes, sendo o 9º com apenas 12 leitos adultos, todos com duas camas e banheiro no quarto que são destinados a cirurgias de alta rotatividade, podendo ser convertidos em quarto masculino ou feminino conforme demanda, a unidade 8º Sul possui 34 leitos onde se concentram principalmente pacientes transplantados, com baixa rotatividade, com 16 quartos, cada um com duas camas e banheiro e mais dois quartos de isolamento controlados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, todos podem ser convertidos em quarto masculino ou feminino conforme demanda.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa pela pesquisadora. No processo de obtenção do consentimento informado foram dadas todas as informações necessárias à compreensão dos objetivos do projeto. Após a autorização do paciente foram realizados os procedimentos de coleta de dados.

Foram considerados os procedimentos médicos invasivos com finalidade diagnóstica ou terapêutica, incluindo as cirurgias propriamente ditas.

O planejamento amostral, realizado por estatístico, foi estabelecido com base na estimativa de que nas unidades de internação cirúrgica fossem atendidos 216 pacientes-dia, utilizando a média de internação dos 6 meses anteriores. Neste cálculo também foram utilizados o tempo médio de internação, que é de 8,3 dias, e o período previsto de coleta de dados de 6 meses. A partir destes dados foi obtida uma previsão de amostra de 300 pacientes. As coletas de dados foram realizadas, de forma estocástica, no período de junho de 2016 a janeiro de 2017.

Os critérios de inclusão para o presente projeto foram: paciente internado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em unidades de internação cirúrgicas, no período pós-realização do procedimento médico invasivo; ter mais de 18 anos, e estar lúcido, orientado e consciente, de acordo com os registros em prontuário.

A caracterização do paciente em termos de estar lúcido, orientado e consciente se baseou nas informações fornecidas pela equipe de Enfermagem e registradas nos documentos utilizados para a transferência de cuidado nas passagens de plantão.

Os critérios de exclusão dos participantes foram: não terem condições clínicas que permitissem se comunicar adequadamente durante a coleta de dados; estarem instáveis clinicamente; estarem desorientados e apresentar alteração psiquiátrica aguda.

Foram utilizados neste estudo os seguintes instrumentos

- Instrumento 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 é baseado em seleção de frases.
- Escala de Percepção de Coerção em pesquisa avalia o nível de percepção de coerção.

Os dois instrumentos utilizados neste estudo, possuem a liberação de seus respectivos autores para a utilização dos pesquisadores associados ao Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Pesquisa (LAPEBEC) do HCPA. Os dois instrumentos são validados para uso a língua portuguesa do Brasil.

Os pacientes puderam optar por ler e responder sozinhos ou a pesquisadora ler as questões e escrever as respostas ditadas por eles. Nestes casos, após escrever a resposta, ela era lida, para que o participante confirmasse ou revisasse as suas respostas.

Na entrevista foram coletadas as informações referentes idade, sexo, escolaridade, anos de estudo e profissão do paciente.

Foram verificadas as informações contidas nos prontuários sobre a presença do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE devidamente preenchido e assinado pelo paciente ou responsável e pelo médico.

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.

Este projeto de pesquisa contemplou as exigências regulatórias da Resolução CNS 466/12 e das demais diretrizes associadas à pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes foram incluídos na pesquisa após a sua autorização voluntária documentada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Todos os dados de identificação pessoal dos participantes foram mantidos confidenciais. Na base de dados, os nomes dos participantes não foram vinculados diretamente aos resultados obtidos. (BRASIL, 2012)

Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, 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 do Qui-quadrado, Teste de Mann-Whitney, Teste de Kruskal-Wallis, Teste exato de Fisher e para suas variantes, a Análise de regressão e de Variância para verificar eventuais associações ou diferenças. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($P < 0,05$).

O projeto foi cadastrado no SIPESQ/PUCRS e submetido à avaliação da Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Faculdade de Medicina da PUCRS. Por ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi também submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA para avaliação dos aspectos éticos e metodológicos, tendo sido aprovado, em 2015, conforme CAAE 51660915.8.0000.5327.

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO I

The screenshot shows the Sucupira website interface. The main content area is titled 'Qualis Periódicos' and contains a search form with the following fields:

- Evento de Classificação:** CLASSIFICAÇÕES DE PERIÓDICOS QUADRIÊNIO 2013-2016
- Área de Avaliação:** INTERDISCIPLINAR
- ISSN:** (empty field)
- Título:** ACTA Paulista de Enfermagem
- Classificação:** -- SELECIONE --

Buttons for 'Consultar' and 'Cancelar' are visible below the search form. Below the search form is a table titled 'Periódicos' with the following data:

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
0193-2100	ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM	INTERDISCIPLINAR	B1
0193-2100	ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM	INTERDISCIPLINAR	B1
1982-0194	ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM (ONLINE)	INTERDISCIPLINAR	B1
0193-2100	ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM (UNIFESP: IMPRESSO)	INTERDISCIPLINAR	B1

Navigation buttons for 'Início', 'Anterior', '1', 'Próximo', and 'Fim' are located below the table. The page indicates '1 a 4 de 4 registro(s)'. The footer of the website includes logos for Sucupira, CAPES, UERN, RNP, and the Ministério da Educação.

Qualis B1 Interdiscilinar

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*. Geneva: 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.

Decision-making ability of patients undergoing invasive medical procedures

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

Capacidad de toma de decisión de pacientes sometidos a procedimiento médico invasivo

Rosmari Wittmann-Vieira¹

José Roberto Goldim¹

Keywords

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

Descritores

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

Descriptors

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

Submitted

June 8, 2018

Accepted

October 19, 2018

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.

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.

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.

Corresponding author

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>



How to cite:

Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Decision-making ability of patients undergoing invasive medical procedures. Acta Paul Enferm. 2018;31(5):497-503.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
 Conflicts of interest: There are no conflicts of interest to declare.

Introduction

Population aging has been revealed as a worldwide trend. Surveys conducted by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) show a reversal of the population pyramid, where the number of elderly will soon be higher than the number of births. Population aging in Brazil has been observed since the 1940s, initially with a mild increase in the 1960s, when a decline in fertility and a consequent reduction in population growth were detected, parallel to the continuous increase in the elderly population.^(1,2)

The aging process is not the same for all individuals, but is influenced by variables such as sex, genetic inheritance, and lifestyle and by the fact that its presentation can be gradual for some, and more accelerated for others.^(3,5) Normal aging, or senescence, is characterized by a gradual decrease in the ability to perform activities of daily life, exposing the individual to a period of increasing vulnerability.⁽⁵⁻⁷⁾ This decline is gradual and progressive, both of biological and psychic functions, including cognitive functions; it begins in the post-reproductive phase, and its effect is cumulative.⁽⁶⁻⁸⁾ Cognitive decline, in turn, is influenced by several factors, such as health, education, personality, intellectual level, years of education, and mental ability.⁽⁴⁾

The World Health Organization defines elderly persons by means of the age criterion and the degree of development of the country in which they live. For developed countries, individuals aged 65 or older are considered elderly, whereas in the developing world it is those aged 60 or older.⁽⁹⁻¹¹⁾ In order to facilitate the planning of health policies, the chronological classification can be subdivided into: young adult (18 to 39 years of age), adult (or middle-aged, 40 to 59 years of age), aged (60 to 70 years of age), and, very old (80 years or more).⁽¹²⁾

One of the factors that have contributed to the growing aging of the population is the exponential development of new technologies in the health area, as this enables diagnosis and treatment of previously unidentified health problems that could cause death. Before performing any invasive medical procedure, the health professionals, especially

the physician, should provide information on its associated risks and benefits, enabling the patient to decide whether to accept or refuse the intervention. Hospitals are standardizing the documentation of this process by using specific consent forms. These documents consolidate the process, and must be signed by the patient and/or responsible person, and by the professional who provided the information and addressed any concerns or questions.⁽¹³⁾

The nurse must clarify any doubts that result from the initial explanation made by the physician, specifying the preparation necessary for accomplishment of the procedure. The nursing team addresses concerns, in addition to verifying the presence of the completed consent form in the patient's record, before the patient is sent to the area where the procedure will be performed.

The autonomy and self-determination of the individual can be respected by alignment of the interdisciplinary team, which promotes individualized and safe care. This process is necessary to avoid trivialization in performing these procedures, caused by the large number and the usual manner in which they are currently completed. The nurse is frequently the professional who provides effective guidance to the patient, and clarifies the technical information that has been communicated, but which has not been adequately or completely understood; this can be explained, at least in part, by the relationship of continuity between nurses and patients. A lack of patient assertiveness may be an inhibiting factor in requesting clarification from medical staff.

Regardless of age, patients present ambiguous feelings when facing an invasive medical procedure, such as the fear related to the possible risks involved, the uncertainty of something going wrong, or fear of a bad diagnosis; however, primarily there is hope regarding the resolution or cure for their problem, making them more vulnerable to external pressures. Other important issues that may contribute to increased vulnerability include having a low level of education, or few years of education, and limited access to public health services.⁽¹⁴⁾ In addition, there is the fact that vulnerable populations are often categorized as incapacitated in terms of the decision-making process.⁽¹⁵⁾

Inpatient hospitalization, coupled with the need to undergo an invasive medical procedure and the changes resulting from aging, can affect the decision-making capacity of the elderly; that is, it effects their maintenance of control over decisions about their own lives.^(16,17) On the other hand, the elderly, understood as a vulnerable population,^(18,19) have their rights underrepresented, including by their own family members. Decision-making is commonly performed by family members, on behalf of the elderly and what is believed to be best for them, without involving them in the decision. This type of behavior impairs the right to autonomy of the elderly.⁽²⁰⁾

The principle of autonomy presupposes that the individual is self-governing and autonomous, both in his choices and in his actions.⁽²¹⁻²⁴⁾ From a bioethical point of view, the physician-patient relationship has three distinct characters: the physician, the patient and the society, each one with specific moral meaning: the patient is guided by the principle of autonomy, the physician by that of beneficence (*primun, non nocere*), and society by justice. Autonomy corresponds, in this sense, to the principle of freedom, beneficence to fraternity, and justice to equality.⁽²⁵⁾

Each health professional is required to guarantee the rights of each patient, free from prejudice, regardless of their age.⁽²⁶⁾ In caring for people on a daily basis, these professionals face the challenge of understanding the existence or nonexistence of differences regarding age and sex of these patients, which can be associated with the decision-making process. It is always difficult to establish limits for the adequacy of this process.

There are numerous studies focused on the understanding of aging from a physical point of view, and the problems related to it. There are also those which analyze the decision-making capacity of individuals at different stages of life, compared with individuals of the same age group,^(27,28) and at less stressful moments, such as when they have already adapted, such as in: outpatient clinics where they usually make routine visits, long-term care facilities, or elder living sites.^(16,27) However, little is known about moral psychological development in relation

to evaluating the decision-making process, associated with the different phases of aging, especially when associated with a stressful moment.

Reflecting on questions related to the decision-making of adults and elderly regarding invasive medical procedures suggested to them by the physician is directly related to the respect for autonomy and self-determination of the individual, regardless of his/her age. The objective of this study is to evaluate the decision-making process in hospitalized patients, adults and elderly, who have undergone invasive medical procedures.

Methods

This was a quantitative, cross-sectional study, conducted with patients over 18 years of age, who were undergoing invasive medical procedures, and hospitalized in surgical units of the Hospital de Clínicas of Porto Alegre (HCPA), over a period of 14 months. All patients were invited to participate in the study, and authorized their participation by means of signing a specific Terms of Informed Consent Form for this study.

The study sample consisted of 300 patients, which was the estimated number in the calculation of the sample size for the project planning. Demographic information was collected, such as: age, sex, and years of education; the instrument on decision-making ability was administered. Data collection was performed by the principal investigator during the patient's hospitalization. The participants were classified as adults, ranging in age from 18 to 59 years, and the elderly, aged 60 years or older. Subsequently, each of these groups was divided into two other subgroups, characterizing four distinct age groups: young adult (18 to 39 years), adult (40 to 59 years), aged (60 to 79 years), and very old (80 years or more).

The inclusion criteria for the present study were: being hospitalized in surgical units, in the period after undergoing the invasive medical procedure; being older than 18 years of age, being lucid and oriented, not having a medical diagnosis suggesting psychological changes, such as Alzheimer's disease

or dementia, for example. The exclusion criterion used was presenting some communication limitation that would prevent the collection of information, or any unstable clinical condition.

Decision-making capacity was assessed using the Moral-Psychological Development Tool (MPDT).²⁹⁾ The MPDT enables the verification of a person's ability to consent; based on several skills necessary for the decision-making process, such as the possibility to get involved in the subject, to understand and evaluate the alternatives, and the possibility to communicate his/her preference. The instrument, already validated for use in Brazilian Portuguese, has four sets of sentences, from which the participant must choose the one that best describe his/her characteristics. The instrument enables the classification of the participants within the seven different stages of moral psychological development: pre-social; impulsive; opportunist; conformist; conscientious; autonomous; and integrated. The person is considered as being morally able to make decisions in his/her best interests when classified into the stages of conformist, conscientious, autonomous, or integrated.⁽³⁰⁾ The research group received permission to use the instrument from its author.

All the information collected was gathered in a database, without direct personal identification, developed in the Microsoft Excel software. Statistical evaluations were performed using the SPSS system, version 18. The data are described in their measures of central tendency and variability. Descriptive statistical analyses were performed, including mean, median, standard deviation, and interquartile range, according to the distribution verified in the different variables. Inferential statistical measures were used to verify eventual associations or differences, using chi-square tests, Fisher's exact test, and Analysis of Variance for variants. The level of significance was established at 5% ($P < 0.05$).

The research project met all the regulatory requirements of Resolution 466/12 and the other guidelines associated with research involving human beings, and was approved by the HCPA Research Ethics Committee (CAAE: 51660915.8.0000.5327).

Results

Three hundred patients who were undergoing invasive medical procedures were included, 166 (55.3%) were adults and 134 (44.7%) were elderly. Regarding sex, 117 (39%) were males and 183 (61%) were females. The distribution of the age groups, segmented into two groups (adult and elderly) or four groups (young adult and adult, aged and very old) did not present statistically significant associations using the chi-square test for sex ($X^2 = 2.575$, for the two age groups; $X^2 = 2.636$, for the four age groups, $p > 0.05$ -NS).

No statistically significant difference was identified between the number and age of men and women, independent of being split into two groups (adult and elderly) or four groups (young adult and adult, aged and very old).

The mean level of education, measured in years of study, in adults was 8.78 ± 3.74 years, and in the elderly was 5.88 ± 4.01 years. In both groups people who had no formal education were verified; one adult and seven elderly, respectively. The difference in education between the two groups, measured by the Kruskal-Wallis test, showed a statistically significant difference ($p = 0.0001$), allowing the recognition that adults had more years of study than the elderly.

Specific answers on reading, writing, and making simple calculations such as addition or subtraction, found seven people that did not meet both requirement, one adult and six elderly were illiterate, predominantly among the very old.

The evaluation of moral-psychological development showed that only two (0.66%) of the 300 participants, one adult and one elderly person, did not have the capacity to make decisions that were in their best interest. Both were classified in the opportunist stage. The remaining 298 individuals were distributed in the stages: conformist, with 8.7% ($n = 26$); conscientious, with 53% ($n = 160$); autonomous, with 33% ($n = 99$); and integrated, 4.3% ($n = 13$). Consequently, 99.34% of the participants were considered capable of making decisions from the psychological-moral point of view.

Discussion

When talking about the aging process, health can be evaluated more by elderly autonomy than by the presence or absence of disease itself; ^(26,30) it is necessary to understand the factors that may impair the ability of the elderly for decision-making, in order to guarantee their right to autonomy and self-determination.

In this study, only two individuals did not have the ability to make decisions in their best interest, one adult and one elderly; all others presented with a complete ability to make decisions in their best interest. These results demonstrate that decision-making is not specifically related to the advancement of age, which is different for each individual. Therefore, it is not possible to define an age limit for the loss of decision-making capacity.⁽²⁷⁾

The results of this research strengthen previously conducted studies about common situations in the life of the elderly (without additional stressors). In a study conducted with 552 elderly people, both the institutionalized and the non-institutionalized elders presented levels of moral-psychological development compatible with the ability to make decisions in their best interest.⁽²⁷⁾ Another study performed with 133 elderly people who participated in socio-therapeutic groups, showed similar findings.⁽¹⁶⁾

Although there was no relationship between education and decision-making ability, a lower educational level was identified in the elderly sample. This result was also verified in other studies.⁽⁴⁾ Similarly, the decreased level of education with the advancement of age, verified in this sample, has also been reported in other studies.⁽²⁷⁾

This study showed that there is no significant difference in the ability of adults and elderly to make decisions in their best interest, and that being in a stressful situation does not make it impossible for adults and the elderly to make decisions in their best interests. Only two participants, one adult and one elderly person, did not have the ability to decide in their best interests.

Some studies highlight which factors may be associated with the increased fragility of the elderly,

such as limited access to public services, low level of education, socioeconomic status, and living in environments of greater vulnerability.^(14,15,18-20)

In the present study, elderly people with low socioeconomic and low educational levels were included, and these factors did not influence the patients' decision-making ability. The issue of access to public services and living in vulnerable environments was not assessed. Therefore, the static vulnerability of study participants was not evidenced. The situation of decision-making in the face of an invasive procedure could generate a dynamic or situational vulnerability that could generate a need for greater patient support. This situation was not evaluated in this study. This can be an excellent objective for future studies in the area of decision-making: that is, to evaluate the relationships between static and dynamic vulnerability, and their influence in this process.

The results of this study emphasize the need to develop a relationship with the elderly, free of prejudiced perspectives. This will enable the elderly to take control of their own lives, autonomously.

Conclusion

Based on the data collected and on the results obtained, it is possible to verify that almost all adult and elderly patients who were hospitalized in a general hospital, and who were undergoing invasive medical procedures, were able to make decisions in their best interest. The patients' age, sex, and level of education did not have significant associations with their ability to make decisions. These results demonstrate the importance of involving the elderly patient in the decision-making about their treatment, especially by the nurse, who keeps continuous contact with these individuals. The aging process is normal and expected, and even with the gradual decline inherent in this process, the ability to decide remains. Therefore, it is fundamental to develop strategies that adequately reach this population, allowing autonomy and self-determination in this stage

of life. Health professionals must recognize this characteristic and incorporate it into their daily actions when caring for these patients.

Acknowledgements

Thanks to the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, doctorate scholarship); to the professors of the Institute of Geriatrics and Gerontology PUCRS IGG PUCRS; to the Research Laboratory on Ethics and Bioethics in Science (LAPEBEC/HCPA); to the Hospital of Clinics of Porto Alegre (HCPA), and to the 300 patients who participate in this research.

Collaborations

Wittmann-Vieira R, Goldim JR contributed to the study design, analysis, data interpretation, article writing, and final approval of the version to be published.

References

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. Fechine 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.

Percepção de coerção de pacientes submetidos a procedimento médico invasivo

Rosmari Wittmann-Vieira ¹, José Roberto Goldim ²

Resumo

Objetivo: avaliar a percepção de coerção em adultos e idosos internados submetidos a procedimento médico invasivo. **Método:** estudo transversal quantitativo, com 300 pacientes internados, pós realização do procedimento médico invasivo. Utilizada a Escala de Percepção de Coerção e comparadas as proporções e possíveis associações entre grupos, gêneros, procedimentos eletivos, de urgência e grau de complexidade. Realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. **Resultados:** A maioria dos pacientes (82,7%) apresentou baixa percepção de coerção, independente do grau de complexidade dos procedimentos. Porém, a percepção aumenta quando relacionado aos procedimentos de urgência comparados aos eletivos, independentemente da idade ($p < 0,0001$). **Conclusão:** a percepção de coerção, de um modo geral, foi baixa, pois a maioria dos participantes sentiu-se envolvida na decisão de realização do procedimento. A decisão foi compartilhada entre Paciente, Família e Médico, resultado adequado do ponto de vista bioético. Verificou-se respeito à autonomia dos pacientes. **Palavras-chave:** Envelhecimento. Tomada de decisão. Bioética. Autonomia pessoal. Segurança do paciente. Comunicação. Coerção. Procedimentos cirúrgicos operatórios.

Resumen

Percepción de coerción de pacientes sometidos a procedimiento médico invasivo

Objetivo: evaluar la percepción de coerción en adultos y ancianos internados sometidos a procedimiento médico invasivo. **Método:** Estudio transversal cuantitativo, con 300 pacientes internados, post realización del procedimiento médico invasivo. Utilizada la Escala de Percepción de Coherencia y comparadas las proporciones y posibles asociaciones entre grupos, géneros, procedimientos electivos, de urgencia y grado de complejidad. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales. **Resultados:** La mayoría de los pacientes (82,7%) presentó baja percepción de coerción, independientemente del grado de complejidad de los procedimientos. Sin embargo, la percepción aumenta cuando se refiere a los procedimientos de urgencia comparados a los electivos, independientemente de la edad ($p < 0,0001$). **Conclusión:** la percepción de coerción, en general, fue baja, pues la mayoría de los participantes se sintió involucrada en la decisión de realizar el procedimiento. La decisión fue compartida entre Paciente, Familia y Médico, resultado adecuado desde el punto de vista bioético. Se verificó respecto a la autonomía de los pacientes.

Palabras clave: Envejecimiento. Toma de decisiones. Bioética. Personal autonomy. Seguridad del paciente. Comunicación. Coerción. Procedimientos quirúrgicos operativos.

Abstract

Perception of coercion of patients submitted to invasive medical procedure

Objective: to evaluate the perception of coercion in hospitalized adults and elderly patients submitted to an invasive medical procedure. **Method:** a quantitative cross-sectional study with 300 hospitalized patients, after the invasive medical procedure. The Perception of Coercion Scale was used and the proportions and possible associations between groups, genders, elective procedures, urgency and degree of complexity were compared. Descriptive and inferential statistical analyzes were carried out. **Results:** The majority of patients (82.7%) had low perception of coercion, regardless of the degree of complexity of the procedures. However, the perception increases when related to emergency procedures compared to electives, regardless of age ($p < 0.0001$). **Conclusion:** The perception of coercion, in general, was low, since most of the participants felt involved in the decision to perform the procedure. The decision was shared between Patient, Family and Physician, a suitable result from the bioethical point of view. Patient autonomy was observed.

Keywords: Aging. Decision making. Bioethics. Personal autonomy. Patient safety. Communication. Coercion. Surgical procedures, operative.

Aprovação CEP - Hospital de Clínicas de Porto Alegre CAAE 51660915.8.0000.5327

1. Doutoranda rvieira@hcpa.edu.br – Programa de Pós Graduação de Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) **2. Doutor** jgoldim@hcpa.edu.br – Programa de Pós-Graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia (PUC/RS), Porto Alegre/RS, Brasil.

Correspondência

Rosmari Wittmann-Vieira – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rua Ramiro Barcelos, 2.350 CEP 90035-903, Porto Alegre/RS, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

O envelhecimento da população mundial é uma realidade ¹. Diversos fatores são apontados como responsáveis pela ampliação da sobrevivência dos indivíduos, dentre eles destacam-se a melhoria do saneamento básico, o acesso à informação, à alimentação e aos programas de saúde pública, bem como ao desenvolvimento e implantação de novas tecnologias na área da saúde ^{2,3}.

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs seis metas internacionais a serem implantadas visando à promoção da segurança do paciente. A segunda delas é melhorar a comunicação efetiva entre profissionais da assistência, pois erros de comunicação entre profissionais podem causar danos aos pacientes ⁴.

Além disso, o acesso à informação trouxe grande desafio aos profissionais, pois o volume de informações se renova com grande velocidade. Estes novos desafios e a implantação destas metas internacionais acarretaram a busca dos hospitais por sistemas de acreditação reconhecidos internacionalmente, como o realizado pela *Joint Commission International (JCI)*. Este processo avalia os protocolos já implantados e a necessidade de outras melhorias para atingir os padrões internacionais de segurança aos pacientes ⁵.

Um importante fator de segurança e comunicação com os pacientes é a realização do processo de consentimento. A comunicação efetiva com os pacientes e familiares passa pela adequação das próprias informações, de sua finalidade e propósito. O processo de tomada de decisão inicia com a comunicação efetiva e seu adequado registro. O termo de consentimento assinado pelo paciente ou seu responsável legal, assim como pelo médico ou outro profissional que realizou a sua obtenção, deve ser incluído no prontuário. A segurança do paciente leva em conta as questões éticas envolvidas neste processo, como o respeito à autonomia do paciente ⁶⁻⁸.

Ser autônomo diz respeito a ter liberdade de pensamento, a ser livre de coações internas ou externas para optar entre as alternativas que lhe são apresentadas. Autonomia pode ser entendida como a capacidade de se autogovernar ⁸. O direito à autonomia é assegurado pela Constituição Brasileira, e indicado pelos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), porém, mesmo assim, nem sempre é respeitado. Isso pode ser evidenciado no grande número de pesquisas relacionadas ao tema. Estes dados pioram quando se relaciona a autonomia com grupos vulneráveis, como por exemplo, os idosos ⁹.

A OMS utiliza a idade cronológica e o grau de desenvolvimento do país onde o indivíduo reside como critérios para definir a população idosa, determinando que nos países desenvolvidos, o indivíduo é entendido como idoso quando possui idade igual ou superior a 65 anos e nos em desenvolvimento igual ou superior a 60 anos ¹⁰⁻¹⁶. Os idosos são apontados como população vulnerável pela suscetibilidade ao agravo, ligado diretamente à qualidade da informação de certo problema bem como a possibilidade de enfrentá-lo ⁹⁻¹¹. Para definir um indivíduo como vulnerável, alguns fatores são considerados, como acesso à informação, escolaridade, alguns relacionados a fatores biológicos e comportamentais, crenças e valores ^{2,12}.

A bioética é uma área de reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação de assuntos que envolvem a vida e o viver ¹⁷. No cotidiano hospitalar, a bioética destina um olhar apurado sobre o paciente, tanto do ponto de vista da relação dos profissionais de saúde para com o paciente, quanto aos riscos e consequências dos procedimentos médicos para o indivíduo, sua família e para a sociedade. Um dos temas de

destaque na bioética são os procedimentos relacionados aos termos de consentimento que visam fornecer informações ao paciente, possibilitando-lhe tomar a decisão quanto a aceitar ou não ser submetido a determinado procedimento, de maneira voluntária, livre de pressão externa ¹⁸.

O aumento progressivo da população idosa, associado ao fato de serem taxados como população vulnerável, tem suscitado questionamentos sobre terem participação na decisão de realização ou não de procedimentos médicos invasivos, ou se este fato vem sendo banalizado pelo excessivo número de procedimentos realizados atualmente.

Neste contexto é importante poder diferenciar escolhas pessoais de decisões realizadas mediante coerção de terceiros, desencadeada pelo constrangimento no ato de decidir ¹⁹⁻²¹. A voluntariedade pode ser afetada pela restrição parcial ou total da autonomia ou por ser membro de um grupo vulnerável. As pessoas doentes, por estarem fragilizadas, especialmente as idosas, são mais facilmente manipuláveis no processo de obtenção de um consentimento informado ²². Existe o entendimento, por parte de alguns profissionais, de que os idosos, se tornam frágeis com a aproximação da morte o que poderia também influenciar o aumento de sua vulnerabilidade e fácil manipulação na obtenção de uma autorização. Piaget define coerção como *toda relação entre dois ou mais indivíduos na qual intervém um elemento de autoridade ou de prestígio* ²³. Ainda de acordo com o autor, a coerção existe na medida em que é sofrida, (...) independentemente do grau efetivo de reciprocidade existente ²⁴. Diante deste cenário entende-se que o termo de consentimento só é válido se não houve coerção durante sua obtenção ²⁵. Quando lidamos com o envelhecimento, precisamos entender se existem ou não diferenças associadas à percepção de coerção das pessoas, nas diferentes idades e se a variável gênero interfere nos resultados.

Várias pesquisas evidenciam que o idoso é, em muitos casos, vítima de algum tipo de abuso, tanto por estranhos como por seus familiares, seja no ponto de vista financeiro, físico, sexual, emocional ou simplesmente não sendo respeitado seu posicionamento, por exemplo, diante de uma situação que envolva sua saúde ²⁶⁻²⁸. Na perspectiva da Humanização e da Integralidade do cuidado, respeitar a vontade do paciente independente da idade cronológica em que ele se encontre é uma das principais prerrogativas ao se buscar cuidados individualizados ²⁹.

Diversos artigos têm sido publicados, com a utilização da escala que avalia a percepção de coerção em diferentes grupos de pessoas, como por exemplo, em pacientes internados em cuidados paliativos ¹⁸, em idosos participantes de pesquisa sobre diagnóstico da disfunção temporomandibular ²⁰, pacientes com Diabetes Tipo II ³⁰, pacientes internados com restrições alimentares ³¹, entre outros. Em todos eles a escala foi adaptada ao cenário específico da pesquisa.

Os estudos relacionados à percepção de coerção em idosos apresentam lacunas, pois analisam a percepção de coerção de idosos comparando-os com outros idosos e não com diferentes faixas etárias. Por outro lado, não foram encontrados estudos demonstrando o quanto os idosos percebem sua participação na decisão sobre situações relacionadas à sua saúde ²⁰.

Uma dúvida que persiste é se os pacientes idosos têm a mesma liberdade para tomar decisões comparativamente a pacientes adultos, ou se outras variáveis, como sexo e escolaridade, também podem

influenciar o processo de tomada de decisão. Outra questão é a se a pressão de uma situação de urgência para a realização de um procedimento invasivo altera a percepção de coerção nos pacientes. O objetivo deste estudo é avaliar a percepção de coerção de pacientes adultos e idosos quanto à realização de procedimentos médicos invasivos.

Método

Estudo transversal quantitativo, com pacientes adultos, submetidos a procedimentos médicos invasivos, internados em unidades cirúrgicas, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta ocorreu de novembro/2016 a dezembro/2017. Os pacientes foram convidados a participar deste estudo, os que aceitaram demonstraram sua autorização de participação por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) específico para este estudo.

No HCPA, existem diferentes acomodações para os pacientes cirúrgicos adultos, internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS): nas unidades da ala Norte no 9º e 8º andar encontram-se as duas maiores, com 45 leitos distribuídos em 15 quartos, a distribuição de leitos é de oito quartos para pacientes de um sexo e sete para o outro. Já nas Unidades da ala Sul as características são diferentes, os quartos possuem duas camas e banheiro, portanto, podendo ser convertidos em quarto masculino ou feminino conforme demanda.

A amostra foi composta por 300 pacientes, por seleção estocástica. Sempre iniciando pelas alas norte, por possuírem o maior número de leitos. Foram coletadas informações demográficas, tais como: anos de estudo, sexo e idade, e aplicado o instrumento sobre a percepção de coerção. Os participantes foram classificados em dois grupos: adultos, com idades entre 18 a 59 anos e idosos, com 60 anos ou mais. Os pacientes puderam optar por ler e responder sozinhos ou a pesquisadora ler as questões e escrever as respostas ditadas por eles.

Critérios de inclusão: estar internado, pelo SUS, em unidades cirúrgicas, até 5 dias pós-realização do procedimento médico invasivo; ser adulto, estar lúcido e orientado, ser capaz de se comunicar, estar estável clinicamente e não possuir diagnóstico médico de alterações psíquicas, doença de Alzheimer ou outros tipos de demência, por exemplo. A caracterização do paciente em termos de estar lúcido, orientado e consciente se baseou nas informações fornecidas pela equipe de Enfermagem e registradas nos documentos utilizados para a transferência de cuidado nas passagens de plantão.

O instrumento sobre Percepção de Coerção foi utilizado para avaliar a capacidade de consentir do paciente, em termos de voluntariedade. Ele foi desenvolvido a partir da escala *Admission Experience Survey* criada, pelo grupo de trabalho *MacArthur Research Network on Mental Health and Law*, para avaliar coerção em internação psiquiátrica^{32,33}. Posteriormente validada para uso na língua portuguesa e para pacientes clínicos e cirúrgicos, por Taborda, em 2002³⁴. A última adaptação da escala de percepção de coerção, foi em 2010, por Protas. Esta versão contém cinco afirmativas, onde, em cada uma, o participante deve selecionar se concorda ou discorda^{19,35}. Cada resposta que o participante assinala “discordo” é avaliada como um nível de percepção de coerção. A variação do nível de percepção de coerção é de zero e cinco, quanto maior o valor, maior a percepção de coerção. Para chegar ao grau de coerção percebido soma-se a quantidade de respostas “discordo”, se o

resultado der zero: corresponde a sem percepção de coerção; um: equivale a mínima percepção de coerção; dois: baixa percepção de coerção; três: média percepção de coerção; quatro: moderada percepção de coerção; e cinco: alta percepção de coerção. O grupo de pesquisa possui autorização do autor para a utilização do instrumento. Além das cinco perguntas em que o participante assinala concordo ou discordo, foram incluídas duas questões abertas:

1. Você delegou ao médico (pediu para que o médico decidisse) sobre fazer ou não o procedimento?;
2. Quem ajudou ou mais influenciou você a decidir fazer o procedimento?

Os procedimentos médicos invasivos aos quais os pacientes foram submetidos foram classificados quanto ao grau de complexidade: baixo, médio ou alto. Esta classificação foi utilizada para avaliar uma provável associação entre esta classificação e a percepção de coerção.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados, sem identificação pessoal direta, desenvolvido no sistema Excel. As avaliações estatísticas foram realizadas no sistema SPSS, versão 18. As descrições dos dados estão apresentadas 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 visando verificar eventuais associações ou diferenças, utilizando testes qui-quadrado e de Mann-Whitney. Para desfechos dicotômicos com função de ligação logito, usando como referência a categoria (resposta) “discordo”, foram comparadas as proporções dos grupos (adultos e idosos), sexo (feminino e masculino); grupos (adultos e idosos), procedimento (eletivo e urgência); e do sexo (feminino e masculino), procedimento (eletivo e urgência). O nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$).

O projeto contemplou todas as exigências regulatórias do Conselho Nacional de Saúde na Resolução CNS 466/12 e as demais diretrizes associadas à pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Dos 300 pacientes pesquisados 117 (39%) eram do sexo masculino e 183 (61%) do sexo feminino. As faixas etárias foram divididas em dois grupos: 166 (55,3%) adultos, destes 58 (35%) eram do sexo masculino e 108 (65%) do sexo feminino e 134 (44,7%) idosos, destes 59 (44%) eram do sexo masculino e 75 (56%) do sexo feminino. Não foi verificada associação entre os dois grupos etários e a distribuição de sexo.

Em relação aos anos de estudo: no grupo dos adultos a variação de tempo de estudo foi de zero a 17 anos, no grupo dos idosos a variação foi de zero a 23 anos. Porém ao fazer a média de anos de estudo, nos adultos foi de $8,78 \pm 3,74$ anos e nos idosos de $5,88 \pm 4,01$ anos, o teste de Kruskal-Wallis demonstrou que esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,0001$). Não houve associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e os sexos, independente de dividir em grupo de adultos e idosos ou não.

A percepção de coerção geral foi baixa, representando 82,70% dos participantes desta pesquisa. Sendo que, dentre estes, 39,7% não perceberam qualquer grau de coerção, 28% mínimo grau de coerção e somente 15% respondeu ter baixo grau de percepção de coerção.

Foi verificado o número e o percentual de respostas “concordo” de cada uma das cinco frases que compõem a Escala de Percepção de Coerção, separando em dois grupos: adultos e idosos, e verificada correlação entre os grupos. Não houve resultados estatisticamente significativos (Tabela 1). Não houve relação significativa entre a percepção de coerção e a idade, comparando por faixa etária, ou o sexo.

Tabela 1. Distribuição do grau de percepção de coerção de 300 pacientes, divididos em adultos e idosos, submetidos a procedimento médico invasivo, no HCPA-Porto Alegre (Brasil)

Soma	Grau de Percepção de Coerção	Adultos	%	Idosos	%	Geral	%
0	Sem percepção de coerção	62	37,3	57	42,5	119	39,7
1	Mínima	53	31,9	31	23,1	84	28,0
2	Baixa	25	15,1	20	14,9	45	15,0
3	Média	11	6,6	12	9,0	23	7,7
4	Moderada	10	6,0	6	4,5	16	5,3
5	Alta percepção de coerção	5	3,0	8	6,0	13	4,3

A avaliação das respostas dadas a cada uma das cinco frases da escala de Percepção de Coerção demonstra que a liberdade para tomar decisão obteve a maior concordância, com 89,2% dos adultos e 88,1% dos idosos participantes. Em contrapartida, o item com menor número de respostas concordantes, com frequência de 44,0% dos adultos e 51,5% dos idosos, foi o relativo a ter tido a ideia de realizar o procedimento (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das respostas “concordo” às questões da Escala de Percepção de Coerção, e o grau de significância desta relação, separados em adultos e idosos, aplicada em 300 pacientes, submetidos a procedimento médico invasivo, HCPA- Porto Alegre (Brasil)

Variável	Adultos	%	Idosos	%	p
Senti-me livre para fazer o que quisesse a respeito de fazer ou não o procedimento médico invasivo	148	89,2	118	88,1	0,909
Eu escolhi fazer o procedimento médico invasivo	147	88,6	115	85,8	0,594
Foi minha a ideia de fazer o procedimento médico invasivo	73	44,0	69	51,5	0,238
Tive bastante decisão em fazer o procedimento médico invasivo	141	84,9	114	85,1	1,000
Tive mais influência do que qualquer outra pessoa sobre fazer o procedimento médico invasivo	120	72,3	83	61,9	0,075
Média	125,8	75,8	99,8	74,5	0,875

Observou-se que 24,2% dos pacientes adultos e 25,5% dos idosos afirmaram que outras pessoas tiveram maior influência do que eles sobre fazer o procedimento. As perguntas: “*Você delegou ao médico (pediu para que o médico decidisse) sobre fazer ou não o procedimento?*” e “*Quem ajudou ou mais influenciou você a decidir fazer o procedimento?*” visava elucidar melhor esta questão.

As respostas obtidas foram agrupadas em três grupos de pessoas: o próprio paciente, os médicos e membros da família. A resposta de que foram os próprios pacientes que tiveram mais influência, dada por 60% dos participantes, corrobora as respostas encontradas anteriormente na escala. Nos demais pacientes, 33,3% responderam que a maior influência foi dos médicos e 6,7% responderam que foram os membros de sua família.

Cabe destacar que 18,8% dos pacientes disseram ter optado por delegar ao médico a responsabilidade de decidir qual seria a melhor escolha de procedimento para o seu caso, em função de dois aspectos: pela

gravidade de seu quadro de saúde e por reconhecerem não ter conhecimento suficiente para decidir o que seria melhor. Quanto ao tipo de procedimentos médicos, 223 (74,33%) foram eletivos e 77 (25,66%) de urgência. Quanto ao grau de complexidade dos procedimentos médicos invasivos, 34 (11,3 %) eram procedimentos de baixo grau, 206 (68,7%) de médio grau e 60 (20 %) de alto grau de complexidade (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do grau de percepção de coerção de 300 pacientes submetidos a procedimento médico invasivo, separados por grau de complexidade do procedimento, realizado no HCPA-Porto Alegre (Brasil)

Soma	Grau de Percepção de Coerção	Baixa	%	Média	%	Alta	%	Geral	%
0	Sem percepção de coerção	10	29,4	90	43,7	19	31,7	119	39,7
1	Mínima	10	29,4	60	29,1	14	23,3	84	28,0
2	Baixa	6	17,6	28	13,6	11	18,3	45	15,0
3	Média	4	11,7	9	4,4	10	16,7	23	7,7
4	Moderada	2	5,9	10	4,8	4	6,7	16	5,3
5	Alta percepção de coerção	2	5,9	9	4,4	2	3,3	13	4,3
	Total	34	11,3	206	68,7	60	20	300	100

Quanto ao grau de complexidade dos procedimentos, observou-se que a distribuição da percepção de coerção foi equivalente nos três grupos, independente do grau de complexidade. Não foi verificada uma associação estatisticamente significativa entre a percepção de coerção e o grau de complexidade do procedimento médico invasivo realizado ($\chi^2=2,71$; $p=0,2574$ – NS).

Os termos de consentimento estavam presentes em todos os 300 prontuários dos participantes desta pesquisa.

Ao avaliar a relação entre a percepção de coerção e a cirurgia ter sido eletiva ou de urgência foi realizado o teste de U de Mann-Whitney. Foi verificada uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,0001$), sendo que a mediana da percepção de coerção em procedimentos eletivos ($Md=1,0$) foi menor que verificada nos procedimentos de urgência ($Md=2,0$). Esta relação não foi influenciada pela idade dos participantes e nem pelo grau de complexidade do procedimento. Vale destacar que os pacientes submetidos a procedimentos de urgência foram os únicos a terem percepção de coerção moderada ou alta.

Discussão

A prevalência do sexo feminino ocorreu nos dois grupos, porém em proporções menores do que o esperado, pois não foi encontrada diferença significativa, como na literatura existente, na qual a maioria da população adulta e idosa é feminina². Este achado possivelmente esteja relacionado com a forma como os leitos são distribuídos nas duas maiores unidades de internação cirúrgica do hospital onde ocorreu a maioria das coletas.

Chamou a atenção que o indivíduo que apresentou mais anos de estudo (23 anos) era um idoso, enquanto o adulto com mais anos de estudo foi com 17 anos, isso não alterou o fato de os idosos pesquisados terem apresentado a média dos anos de estudo menor, dado estatisticamente significativo, comparando com os adultos, independente do sexo. Esta constatação reforça informações da literatura². Porém o menor número de anos de estudo dos idosos não alterou a percepção de coerção dos mesmos, diferindo do estudo realizado com idosos de Paraíba que apresentou relação direta com os anos de estudo e a percepção de coerção²⁰.

O fato de 100% dos pacientes, participantes desta pesquisa terem seus termos de consentimento presentes nos prontuários sugere que houve respeito ao direito à informação e não discriminação como orientam os Direitos Humanos e que a comunicação entre profissional e paciente/família foi efetiva, além de demonstrar o comprometimento da equipe de saúde na realização de suas atividades assistenciais, dentro dos padrões de qualidade e segurança internacionais preconizados pela instituição. Lembrando que em situações onde o paciente corre risco de morte, em geral situações de urgência e emergência o médico deve realizar os procedimentos necessários, sendo dispensado o consentimento formal, mesmo assim, todos os pacientes, tinham o termo de consentimento presente no prontuário. Tal achado difere da pesquisa realizada em 2016, em um hospital universitário brasileiro onde apenas 16% dos prontuários dos pacientes submetidos a procedimentos tinham o TCLE presente ³⁶.

A baixa percepção de coerção nos dois grupos sugere que os pacientes se sentiram respeitados por terem sua voluntariedade preservada, independente da idade. Isso é reforçado pelo fato de a grande maioria dos participantes terem concordado que *“se sentiram livres para fazer o que quisessem a respeito da decisão de realizar ou não o procedimento”*.

O fato de 44% dos adultos e 51,5 % dos idosos terem informado *“ter sido sua ideia a realização do procedimento”*, superou as expectativas, pois, em geral a ideia e sugestão de realização de procedimentos médicos parte dos profissionais de saúde e não dos pacientes, exceto quando a necessidade do procedimento está relacionada com alívio da dor ou com procedimentos estéticos. Outro dado interessante, que nos surpreendeu positivamente, foi o fato do grau de complexidade do procedimento não ter apresentado relação com a percepção de coerção. Estes resultados possibilitam inferir que o médico após ter feito o diagnóstico, explicou as alternativas possíveis e o paciente se sentiu confortável em decidir por realizar, ou não, o procedimento de forma autônoma, livre de pressões externas a ponto de informar ter sido sua a ideia. Entende-se que o fato de o paciente ter delegado ao médico a responsabilidade de decidir sobre seu procedimento é uma forma de decisão, que demonstra a percepção do paciente quanto ao respeito à sua autonomia para decidir ou não sobre seu procedimento. De fato, o que o paciente fez, foi delegar autonomamente a sua autodeterminação para o médico. Ele fez uma decisão autônoma de não decidir, mas de confiar na decisão do médico ao reconhecer a sua qualificação profissional. Isto também pode ser entendido como não ter havido banalização por parte dos profissionais em relação à orientação e ao respeito da autonomia do paciente sobre os procedimentos em si.

O reagrupamento das respostas à pergunta sobre *“quem foram as pessoas que mais influenciaram...”*, em três grupos deixa clara a percepção da maioria dos pacientes em relação a terem se sentido envolvidos na decisão sobre seu procedimento. Vale destacar que a percepção de coerção foi significativamente maior nas cirurgias de urgência do que nas eletivas, independente da idade. Resultado adequado e esperado, pois se o procedimento é de urgência o tempo entre o contato com o problema e a proposta de intervenção é muito curto, dando pouco tempo ao paciente para assimilar as informações. Isso possibilita deduzir que a pressão da urgência, como fator estressor, influencia a percepção de coerção, já que todos os pacientes que tiveram resultados de percepção de coerção moderada ou alta foram submetidos a procedimentos médicos invasivos de urgência.

Os resultados permitem inferir que o tratamento pessoal entre o profissional, o paciente e os familiares foi realizado de maneira segura, respeitosa e as orientações foram dadas de forma clara, possibilitando que os pacientes pudessem decidir sobre o seu tratamento, independente de sua idade. Esta postura permitiu que os indivíduos, mesmo os idosos, pudessem assumir o controle de suas próprias vidas, de forma autônoma.

Considerações finais

Este estudo evidenciou que os idosos participaram ativamente dos processos de tomada de decisão sobre sua saúde. A pesquisa possibilitou identificar que em grande parte dos procedimentos realizados, independente do grau de complexidade, houve decisão compartilhada entre paciente, família e profissionais, em relação à decisão de realização ou não do procedimento, alcançando um resultado adequado desde o ponto de vista da bioética.

Ficou evidente que os pacientes eletivos receberam as orientações referentes ao procedimento e optaram por sua realização. Já nos casos de urgência nem sempre houve participação dos pacientes na decisão, ficando a cargo da família ou do médico a responsabilidade de decidir sobre qual seria a conduta adequada, fato que é adequado e esperado, em situações de urgência, este possivelmente tenha sido o fator responsável pelo aumento na percepção de coerção. De modo geral houve respeito à autonomia dos pacientes e familiares. Este estudo apresenta limitações em função de ser realizado em um único hospital de nível terciário, de ser uma amostra estocástica e de ter sido realizado ao longo de um ano. Outros estudos serão realizados no sentido de verificar a reproducibilidade destes achados.

Referências

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2013. [Internet]. United Nations publication [acesso 20 dez 2017];348. Disponível: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. [Internet]. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016 jul-set [acesso 12 maio 2018];19(3):507-19. Disponível: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403846785012.pdf>
3. Andrade J, Ayres JA, Alencar RA, Duarte MTC, Parada CMGL. Vulnerability of the elderly to sexually transmitted infections. [Internet]. Acta paul enferm. 2017 jan [acesso 18 jun 2018];30(1):8-15. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100008&lng=en
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2016. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).
5. Joint Commission International. Accreditation standards for hospitals. including standards for academic medical center hospitals. JCI [Internet]. Joint Commission International. 2017 jul [acesso 10 maio 2018] 6th ed. Disponível: <https://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-6th-edition>
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 0564/2017. Novo Código de Ética de Enfermagem. [Internet]. Portal Cofen; 2017. [acesso 22 ago 2018]. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº1.931/2009 do Código de Ética Médica. [Internet]. Portal médico; 2009. [acesso 20 ago 2018]. Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>
8. Gracia D. The many faces of autonomy. [Internet]. Theor Med Bioeth. 2012 fev [acesso 5 abr 2018];33(1):57-64. Disponível: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11017-012-9208-2>
9. Saquetto S, Schettino L, Pinheiro P, Sena ELS, Yarid SD, Gomes Filho DL. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. [Internet] Rev. bioét. (Impr.). 2013 [acesso 8 ago 2018];21(3):518-24. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1983-1447201500020002800013&lng=en
10. World Health Organization. World report on ageing and health. [Internet]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. WHO; 2015 [acesso 22 maio 2018];27-39. Disponível: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

11. Barletta FR. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso. [Internet]. Rev direito sanit. 2014 [acesso 8 jan 2018];15(1):119-36. Disponível: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-730088>
12. Moraes JCO, Brito FM, Costa EO, Barros EO, Costa IP. O idoso e seus direitos em saúde: Uma compreensão sobre o tema na realidade atual. [Internet]. Rev bras ciênc saúde. 2014 [acesso 3 fev 2018];18(3):255-60. Disponível: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-780237>
13. Ayres JR, Paiva V, Júnior IF. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos. Curitiba: Ed Juruá; 2012. p. 71-94.
14. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política nacional do idoso. [Internet]. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ipea; 2016 [acesso 15 maio 2018];379-96. Disponível: http://www.mppe.mp.br/caravanadapessoaidosa/wp-content/uploads/2017/02/161006_livro_politica_nacional_idosos.pdf
15. Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul. Direitos da pessoa idosa. [Internet]. Defensoria pública-geral do estado. 2017 [acesso 18 maio 2018] 01-23. Disponível: http://www.defensoria.ms.def.br/images/conteudo/outros/2016_Direitos_Pessoa_Idosa.pdf
16. Navarro JHN, Andrade FP, Paiva TS, Silva DO, Gessinger CF, Bós AJG. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. [Internet]. Ciênc Saude Colet. 2015 fev [acesso 18 mar 2018];20(2):461-70. Disponível: www.scielo.org/article/csc/2015.v20n2/461-470
17. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA. 2006 [acesso 18 out 2018]; 26(2):86-92. Disponível: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164730/001021503.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioethics and palliative care: decision making and quality of life. [Internet]. Acta Paul Enferm. 2012 [acesso 10 jul 2018];25(3):334-9. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000300003&script=sci_arttext&tlng=en
19. Protas JS, Bittencourt VC, Wollmann L, Moreira CA, Fernandes CF, Fernandes MS et al. Avaliação da percepção de coerção no processo de consentimento. [Internet]. Rev HCPA. 2007 [acesso 5 jul 2018];27(1):272. Disponível: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12262/000616893.pdf?sequence=1>
20. Cavalcanti MOA, Gomes I, Goldim JR. Perceived coercion of noninstitutionalized elderly patients undergoing research for the diagnosis of temporomandibular joint dysfunction. [Internet]. Rev Gaúcha Enferm. 2015 jun [acesso 2 abr 2018];36(2):28-34. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200028
21. Erlen JA. Informed consent: the information component. [Internet]. Orthop Nurs. 1994 mar-abr [acesso 2 jun 2018];13(2):75-8. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1983-1447201500020002800016&lng=en
22. Portela BAL, Quintana AM, Aquino CVMT, Goldim JR, Faccio WLA, Schöffel SA. Informed consent and evaluation of the degree of expression in enforcement assistance. [Internet]. Rev Bioética y Derecho. 2014 [acesso 1º jul 2018]; 31:81-9. Disponível: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872014000200007&lng=es
23. Piaget J. Les trois systèmes de la pensée de l'enfant; étude sur les rapports de la pensée rationnelle et de l'intelligence motrice. Bull Soc Fr Philos. 1928:121-2 [acesso 2 jun 2018]; XXVII. Tradução livre dos autores. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1983-1447201500020002800009&lng=en
24. Piaget J. Études sociologiques. [Internet]. 3ª ed. Genève: Groz; 1977:225 [acesso 2 jun 2018], tradução livre dos autores. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1983-1447201500020002800010&lng=en
25. Ugarte ON, Acioly MAO princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... [Internet]. Rev Col Bras Cir. 2014 [acesso 3 jul 2018];41(5):274-7. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt_0100-6991-rcbc-41-05-00374.pdf
26. Peterson JC, Burnes DP, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR Jr, Wells MT et al. Financial exploitation of older adults: a population-based prevalence study. [Internet]. J Gen Intern Med. 2014;29(12): 1615-23. PubMed PMID: 25103121.
27. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. [Internet]. Gerontologist. 2016 abr [acesso 22 ago 2018];56(2):194-205. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291158/>
28. Estebansari F, Dastoorpoor M, Mostafaei D, Khanjani N, Khalifehkandi ZR, Foroushani AR et al. Design and implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial. Clin Interv Aging [Internet]. 2018 abr [acesso 12 set 2018];13: 669-79. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5909776/>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso 20 set 2018];72p. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150614.pdf>
30. Gross CC, Gross JL, Goldim JR. Problemas emocionais e percepção de coerção em pacientes com diabetes tipo 2: um estudo observacional. [Internet]. Rev HCPA 2010 [acesso 22 out 2018];30(4):431-5. Disponível: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/17802>
31. Wettstein MF, Alves LF, Goldim JR. Restrição alimentar por motivação religiosa e coerção: dados preliminares. [Internet]. Clinical & Biomedical Research. 2010 set [acesso 22 out 2018]; 30(3): 290-3. Disponível: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/15479/9848>

32. Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP, et al. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. *Arch Gen Psychiatry*. 1995[acesso 20 out 2018];52(12):1034-9. Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492255>
33. Wittmann-Vieira R. Bioética, cuidados paliativos e qualidade de vida: a importância do processo de tomada de decisão. [Internet]. [dissertação] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Médicas; 2010 [acesso 24 ago 2018];112. Disponível: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26140/000757154.pdf?sequence=1>
34. Tabora JGV, Baptista JP, Gomes DAR, Nogueira L, Chaves MLF. Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2004 [acesso 2018 jul 7];27(2):179–92. Disponível: <https://psycnet.apa.org/record/2004-13655-006>
35. Protas JS. Adaptação da escala de percepção de coerção em pesquisa e da escala de expressão de coerção para procedimentos assistenciais em saúde. Dissertação. 2010 (Acesso em: 09/03/2019). Ciências Médicas. UFRGS. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/25121/000752071.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Veríssimo EJ, Silva MF. Real x legal: cotidiano do consentimento informado na realização de procedimentos cirúrgicos. *Diversitates International Journal*. 2016 dez [acesso 22 ago 2018];8(1). Disponível: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/134>
-

Participação dos autores

Rosmari Wittmann-Vieira realizou a coleta de dados e levantamento bibliográfico, participou da concepção, análise e interpretação dos dados, redação, formatação e revisão do texto final. José Roberto Goldim participou da concepção, análise e interpretação dos dados, redação, e revisão do texto final.

7 CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos na presente amostra e condições do estudo foi possível verificar que:

- os pacientes adultos tiveram mais anos de estudo que os idosos ($P=0,0001$), sem que isto afetasse outras variáveis estudadas;
- apenas dois participantes, não tiveram desenvolvimento psicológico-moral compatível com a capacidade para tomar decisões no seu melhor interesse, sendo um adulto e um idoso;
- os pacientes submetidos a procedimentos médicos invasivos de urgência foram os únicos a apresentar percepção de coerção de grau moderado ou alto;
- quanto a percepção de coerção, a maioria dos pacientes (82,7%) apresentou baixa percepção de coerção;
- os pacientes submetidos a procedimentos de urgência tiveram percepção de coerção estatisticamente superior aos submetidos a procedimentos eletivos ($p < 0,0001$);
- todos os pacientes submetidos a procedimentos eletivos, independente do sexo ou faixa etária, tiveram baixo grau de percepção de coerção;
- foi possível constatar que a decisão envolveu familiares e a equipe de profissionais de saúde, além da própria participação ativa dos pacientes.

Os resultados obtidos permitem demonstrar que a quase totalidade dos participantes desta pesquisa, possuíam capacidade para tomar decisões em seu melhor interesse, independente da idade, sexo, ou anos de estudo. O fato de não ter sido identificada diferença significativa entre os grupos etários demonstra que a população idosa tem condições de tomar decisões sobre a sua vida e seu tratamento de saúde.

8 PERSPECTIVAS FUTURAS

Com base nas informações já coletadas e na proposta metodológica do projeto já aprovado, ainda poderão ser produzidos novos artigos visando caracterizar os procedimentos como sendo diagnósticos ou terapêuticos, grau de complexidade e finalidade curativa ou paliativa; verificar se existe relação entre percepção de coerção e especialidade médica e entre a história clínica dos pacientes, em termos da cirurgia ser decorrente de um processo agudo ou crônico, e o processo de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

ABELARD, Peter. Ethical Writings: “Ethics” and “Dialogue Between a Philosopher, a Jew and a Christian.” Indianapolis: Hackett, 1995.

AGAMBEN, Giorgio. **Estado de exceção**. Tradução de Iraci D. Poleti. São Paulo: Boitempo, 2004. 144p.

_____. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. Tradução de Henrique Burigo. Belo horizonte: UFMG, 2007. 184 p. Disponível: <<https://petdireito.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/05/AGAMBEN-G.-Homo-Sacer-o-poder-soberano-e-a-vida-nua.pdf>>. Acesso em: 18 Jun. 2018.

_____. **Resolução Normativa - RN nº 364**, de 11 de dezembro de 2014 que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg1OA==>>. Acesso em: 20 set. 2018.

ALBERT EINSTEIN. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Notícias de Saúde: **10 anos de acreditação Joint Commission International**. 2009. Disponível em: <<https://www.einstein.br/noticias/noticia/10-anos-acreditacao-joint-commission-international>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

ALMEIDA, Leonor Duarte de. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. **rev. Bioética**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 537-548, 2010.

ANDRADE, Juliane. et al. Vulnerability of the elderly to sexually transmitted infections. [Internet]. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30 n.1, p. 8-15, jan./fev. 2017. Disponível: _____ <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100008&lng=en>. Acesso em: 16 Jul. 2018.

ANGELONI, Maria Terezinha. Elementos intervenientes na tomada de decisão. **Ciência da Informação**. Brasília, v. 32, n.1, p. 17-22, jan./abr. 2003. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-19652003000100002&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Resolução Normativa - RN nº 391**, de 4 de dezembro de 2015 que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela agência Nacional de Saúde Suplementar Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE0Nw==>>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. **ANS divulga os Critérios do modelo de remuneração do Fator de Qualidade**. Marketing IBES. 05 de nov. 2016. Disponível em: <<http://www.ibes.med.br/ans-divulga-os-criterios-do-modelo-de-remuneracao-do-fator-de-qualidade/>>. Acesso em 26 out. 2018.

ANTUNES, Maria Conceição Pinto. Educar para un envejecimiento exitoso: reflexiones y propuestas de acción. España: **Teoría de La Educación. Revista Interuniversitaria**, Ediciones Universidad de Salamanca, v. 27, n.2, p. 185-201. 2015. Disponível em: <<https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/127661>>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

ANVISA (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. 4.ed. Tradução Edson Bini. São Paulo: Edipro, 2014. 392p.

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. **Hospital 9 de Julho é reacreditado pela JCI** . jun. 2015. Disponível em: <http://anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/hospital-9-de-julho-e-reacreditado-pela-jci>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

BAJOTTO, Aletheia Peters; GOLDIM, José Roberto. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 753-761, out./dez. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n4/a14v14n4.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

BARBOSA, Carmem Bassi; QUEIROZ, José J; ALVES, Julia Falivene. **Núcleo básico: ética profissional e cidadania organizacional**. São Paulo: Fundação Padre Anchieta, Manual técnico Centro Paula Souza, Coleção Técnica Interativa, v. 4, 2011. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/100505282/NUCLEO-BASICO-VOL-4-ETICA-PROFISSIONAL-E-CIDADANIA-ORGANIZACIONAL>>. Acesso em: 13 set. 2017.

BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS James F. **Principles of biomedical ethics**. 3rd.ed. New York: Oxford University Press, 1989.

_____. **Principles of Biomedical Ethics**. 4ed. New York: Oxford, 1994:260.

_____. **Princípios de ética biomédica**. Loyola: São Paulo; 2011.

BERGK, Jan; FLAMMER, Erich; STEINERT, Tilman. **“Coercion Experience Scale” (CES): validation of a questionnaire on coercive measures**. **B.M.C. Psychiatry**, v. 10, p. 5, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-5>>. Acesso em: 27 out. 2018.

BIEGER, Jessica, et al. **O Envelhecimento (como) expressão da Questão Social e algumas considerações pertinentes ao Exercício Profissional.** Congresso Catarinense de assistentes sociais. 22- 24/ago/2013. Disponível em: <<http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/O-envelhecimento-como-express%C3%A3o-da-quest%C3%A3o-social.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos.** Rio de Janeiro: Campus; 1992.

BONAMIGO, Elcio Luiz. **Manual de Bioética,** Teoria e Prática. São Paulo: All Print Editora, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 283, de 26 de setembro 2005. Aprova o regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. 26 set. 2005, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.528, de 01 de outubro 2006. Aprova a política nacional da pessoa idosa. 1 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 396, de 4 de março de 2011. Institui o projeto de formação e melhoria da qualidade de rede de saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. Diário Oficial União . 9 mar 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. “Sobre o direito de viver dignamente sua morte.” In: MÖLLER, Leticia Ludwig. **Direito à Morte com Dignidade e Autonomia.** Curitiba: Ed. Juruá, 2008. Prefácio.

BU, Xiaoyan; JEZEWSKI, Mary Ann. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. USA: **J Adv Nurs**. v. 57, n. 1, p. 101-110, 2007. PMID: 17184379.

BYNUM, Julie. et al. Participation of very old adults in health care decisions. **Medical Decision Making**. First Published October 8, 2013.

CALDANA, Graziela, et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-11 Jul./Set. 2015.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal; SANTOS, Renata Costa. Revisión integrativa sobre las cuestiones Bioéticas relacionadas con el anciano: aspectos relevantes para la enfermería. **Enferm. Global**, Espanha, Múrcia: vol. 12, n. 31, p. 387-387, jul. 2013. Disponível em: [<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt_revision5.pdf>](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt_revision5.pdf) Acesso em: 15 set. 2018.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v15n1/18.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v15n1/18.pdf). Acesso em: 22 mai. 2017.

CAMPANA, Gustavo Aguiar. et al. Fatores competitivos de produção em medicina diagnóstica: da área técnica ao mercado. **J Bras Patol Med Lab.**, v. 45, n. 4, p. 295-303, 2009. Disponível em: [<https://www.researchgate.net/publication/244928850_Fatores_competitivos_de_producao_em_medicina_diagnostica_da_area_tecnica_ao_mercado>](https://www.researchgate.net/publication/244928850_Fatores_competitivos_de_producao_em_medicina_diagnostica_da_area_tecnica_ao_mercado). Acesso em: 17 set. 2017.

CANINEU, Paulo Renato; BASTOS, Adriana Samara; FLORINDO, Stela. Transtorno Cognitivo Leve. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 128-32. Disponível em:

<<https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/freitas-py-issuu/22>>.

Acesso em: 27 out. 2018.

CAPONERO, Ricardo; VIEIRA, Daniele Evaristo. Urgências em Cuidados Paliativos. In: Pimenta, Cibele Andrucio de Mattos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. (Org.), **Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia**. Barueri: Manole. 2006. p.301-316.

CAPUCHO, Helaine Carneiro; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública** v. 47, n. 4, ago. 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/rsp/2013.v47n4/791-798/>>. Acesso em: 22 out. 2018.

CARPENITO, Lynda Juall. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 15 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

CAVALCANTI, Maria de Oliveira Alves; GOMES, Irineo; GOLDIM, José Roberto. Avaliação da percepção de coerção em idosos não institucionalizados submetidos à pesquisa para diagnóstico da disfunção temporomandibular. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre. v. 36, n. 2, p. 28-34, 2015.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade. Porto Alegre: PUCRS, 2008.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez. et al. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 226-232, abr./jun. 2010.

CHISTÓFORO, Berendina Elsin Bouwman; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; CARVALHO, Denise S. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enferm.** UFPR, v. 11, n. 1, p. 55-60, jan./abr. 2006. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/5977/4277>>.

Acesso em: 25 jun. 2018.

CLOTET, Joaquim. **Una introduccion al tema de la ética.** Psico. v. 12, n. 1, 1986. p.84-92.

_____. **Bioética uma aproximação.** Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.

COMTE-SPONVILLE, André. **Pequeno Tratado das Grandes Virtudes.** São Paulo: Martins Fontes, 1997.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0564/2017-novo Código de Ética de Enfermagem.** Portal COFEn. 2017. Disponível: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em 22 mar. 2018.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº1931/2009 do Código de Ética Médica.** Portal médico. 2009. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em 22 mar. 2018.

COPPETTI, Larissa de Carli; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; BENETTI, Eliane Raquel Rieth. Considerações de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca referentes às orientações recebidas do enfermeiro. **Rev. Mineira de Enf. reme.** v. 19, n. 1, 2015.

COSTA, Nadia Pinheiro da. et al. Contação de história: tecnologia cuidativa na educação permanente para o envelhecimento ativo. **Rev. Bras. Enferm.** v. 69 n. 6, p. 1132-1139, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1132>>. Acesso em: 02 mai. 2018.

COSTA, Thays Macedo Nascimento; SAMPAIO, Carlos Eduardo Peres. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 260- 265, mar./abr. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a19.pdf>>. Acesso em: 5 set.2018.

CUNHA, Jorge Manuel Alves da. **A autonomia e a tomada de decisão no fim da vida**. [dissertação] Faculdade de Medicina do Porto- Portugal Março de 2004. disponível:< http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/3/5506_TM_01_P.pdf acesso em 10/04/2010>. Acesso em: 26 fev. 2018.

CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro da. et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out./dez. 2012.

DEON, Rúbia Garcia; GOLDIM, José Roberto. Capacidade de tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev. Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, vol. 21, n. 1, p. 123-133, 2016.

DUARTE, Lidiane Mendes Nazareno. O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: espaço como lugar? **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 201-217, abr. 2014.

ENGELHARDT JÚNIOR, Hugo Tristam. **Foundations of Bioethics**. New York: Oxford, 1986.

_____. **Fundamentos da Bioética**. Loyola: São Paulo; 2011.

ERLEN, Judith A. Informed Consent: The information component. **Orthop Nurs**, v. 13, n.2, p. 75-78, 1994.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. The aging process: the main changes that happen to the elderly with the over the years. **InterSciencePlace**. v. 1, n. 20 p. 106-132, 2012. Disponível em: <<http://ftp.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Loreley Gomes. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 771-783, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/05.pdf> >. Acesso em: 14 jun. 2018.

FIGUEIRA, Aline Belletti. et al. Advocacia em saúde por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: barreiras e facilitadores. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 57-64, Feb. 2018 Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0119>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

FIGUEIREDO, Vânia Ferreira de. et al. Functional disability, depressive symptoms and low back pain in elderly. **Fisioterapia em Movimento**. v. 26, n. 3, p. 549-557, 2013. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000300008> >. Acesso em: 6 fev. 2018.

FLORES, Gisela Cataldi. et al. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. Porto Alegre: **rev. Gaúcha de Enferm.** v. 31, n. 3, p. 467-474, set. 2010. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12255>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (org.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2ª ed., 2003. 167 p.

FRANKENA, William Klaas. **Ética**. 3rd ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.p. 61-73.

GARDNER, William. Two scales for measuring patients perceptions for coercion during mental hospital admission. **Behavior Sci. Law.** v. 11, n. 3, p. 307-321, 1993. PMID: 10150233.

GRACIA, Diego. The many faces of autonomy. **Theor. Med. Bioeth.** v. 33, n 1 p. 57-64, fev. 2012. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11017-012-9208-2>>. Acesso em mar. 2018.

GENRO, Bruna Pasqualini; GOLDIM, José Roberto. Acreditação hospitalar e o processo de consentimento informado. **Revista HCPA.** v. 32, n.4, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/36919/23944>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

GILLIGAN, Carol. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge: Harvard University Press, 1993. 184 p.

GOLDIM, José Roberto. **O consentimento informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos**. 1999. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

_____. Revisiting the Beginning of Bioethics: The Contribution of Fritz Jahr (1927). **Perspectives in Biology and Medicine**. v. 52, n. 3, Summer 2009.

Disponível em:

<http://muse.jhu.edu/journals/perspectives_in_biology_and_medicine/summary/v052/52.3.goldim.html>. Acesso em: 20 de fev. 2017.

_____. Bioética, Origens e Complexidade. **Revista HCPA**. v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/255636988_Bioetica_Origens_e_complexidade>. Acesso em: 12 dez. 2017.

GROSS, Carolina Campos; GROSS, Jorge Luiz; GOLDIM, José Roberto. Problemas emocionais e percepção de coerção em pacientes com diabetes tipo 2: um estudo observacional. **Revista HCPA**. v. 30 n. 4, p. 431-435, 2010. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/17802>>. Acesso em: 26 out. 2018.

HAASE, Vitor Geraldi, et al. Neuropsicologia e autonomia decisória: implicações para o consentimento informado. **Rev. Bioética**. v. 15, n. 1, p. 117-132, 2007. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/35/38>.

Acesso em: 27 out. 2018.

HOGUE, Steven. et al. Family, Clinician, and Patients Perceptions coercion in Mental Hospital Admission. **Intern. J. of Law and Psychiatry.**, v. 21, n. 2, p. 131–46, Spring 1998. PMID: 9612714.

HCPA. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, **Principais números da Produção Assistencial nos anos de 2016 e 2017**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao>>. Acesso em: 15 out. 2018.

_____. **Acreditação Internacional**. 2017. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-acreditacao-internacional>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

HESS, Thomas; QUEEN, Tara; ENNIS, Gilda. Age and self-relevance effects on information search during decision making. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**. Washington, v. 68, n. 5, p. 703-711, Sept. 2013. PMID: 23197342

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

_____. **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. Agência IBGE de Notícias. 25/07/2018 | Última Atualização: 01/08/2018 14:52:25. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 26 out. 2018.

_____. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE. 2015. 156 p.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA EXCELÊNCIA EM SAÚDE – IBES. **Quais são os benefícios da Acreditação?** marketing IBES. 31 de mar. 2017. Disponível em: <<http://www.ibes.med.br/quais-sao-beneficios-da-acreditacao/>>. Acesso em 26 out. 2018.

JAHN, Paul Max Fritz. Wissenschaft von Leben und Sittenlehre. Die Mittelschule Zeitschrift für das gesamte mittlere Schulwesen. v. 40, 1926. 604p.

_____. Bio-ethik. Eine umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze” Kosmos, Gesellschaft der Naturfreunde, Stuttgart. Alemanha. v. 24, n. 2, 1927.

JCI. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Accreditation Standards for Hospitals. Including Standards for Academic Medical Center Hospitals.** 6th ed. jul. 2017. Disponível em: <<https://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-6th-edition>>. Acesso em: 10 maio 2018.

_____. **Accreditation Standards for Hospitals. Including Standards for Academic Medical Center Hospitals.** 5th ed. 2014. Disponível em: <https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

_____. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais.** 4th ed. 2011. Rio de Janeiro: CBA. SEÇÃO I: DIREITOS DOS PACIENTES E FAMILIARES (PFR). Disponível em: <<https://www.jointcommissioninternational.org/>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

JÓLLUSKIN, Gloria; TOLDY, Teresa. Autonomia e Consentimento Informado: Um Exercício de Cidadania? **Revista Antropológicas.** n.12, p. 44-51, 2011. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article/view/1036>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

JONSEN, Albert; TOULMIN, Stephen. **The Abuse of Casuistry: a history of moral reasoning**. Berkeley: University of California Press, 1988.

_____. **The birth of Bioethics**. New York: Oxford University Press, 1998.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Companhia Editorial Nacional; 1964.

_____. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: 70; 2005.

KEMP, Peter. **The globalization of the world**. Philosophical Problems Today. Berlin: Springer. v. 3, 2004.

KOHLBERG, Lawrence. **Essays on moral development**. New York: Harper and Row. 1981.

KOHN, Linda; CORRIGAN, Janet; DONALDSON, Molla (editors). Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; To err is human: building a safer health system. Washington (DC): **National Academies Press (US)**. 2000. PMID: 25077248.

KOWDLEY, Gopal Chandru. et al. Cancer surgery in the elderly. **The Scientific World Journal**. v. 2012, 2012: 303852. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3259553/pdf/TSWJ2012-303852.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2018.

LEITE, Tiago. A vida nua e o vida loka: reflexões a partir do pensamento de Giorgio Agamben. **Arquivos do CMD**. v. 2, n.1, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/CMD/article/view/25003>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

LEOPOLD, Aldo. **Sand County Almanac and sketches here and there**. New York: Oxford; 1989. (1948).

LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós: ensaios sobre a alteridade**. 2ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

LIDZ, Charles. et al. Factual Sources of Psychiatric Patients' Perceptions of Coercion in the Hospital Admission Process. **The American Journal of Psychiatry**. v. 155 n. 9, p. 1254-1260. 1998. Disponível em: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.155.9.1254>>. Acesso em 14 jul. 2017.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300001>. Acesso em: 07 set. 2018.

LOEVINGER, Jane; WESSLER, Ruth; REDMORE, Carolyn. **Measuring Ego Development**. San Francisco: Jossey-Bass.; v. 2, p. 457, 1970.

_____. The meaning and measurement of ego development. **American Psychologist**. v. 21 n. 3, p. 195-206, mar. 1966. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/h0023376>>. Acesso em 03 ago. 2018.

_____. Measuring ego development. In: Raymundo Márcia Mocellin. Avaliação da diversidade no processo de obtenção da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa em crianças e idosos. [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007. 79p.

LOPES, Adriano Alve; et al. Evaluation of dementia symptoms in elderly. **Cadernos de Graduação Ciências Humanas e Sociais**. v. 4, n. 2, p. 63-76, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/4176/2578>>. Acesso em: 06 maio 2018.

MAHLIN, Margaret. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. **Nurs Ethics**. v. 17, n. 2, p. 247-54, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0969733009351949>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

MAIA, Lorena Duarte Lopes. Os princípios da Bioética. **Revista Âmbito Jurídico - Biodireito**. n.158. ano XX. MAR. 2017. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=18566&revista_caderno=6>. Acesso em: 20 dez. 2017.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva; COURA, Alexsandro Silva; FERREIRA, Rayanne Tavares. The increase in the elderly population in Brazil and its effect on primary health care: a literature review. **Arq. Ciências da Saúde**. UNIPAR. v. 21, n. 3, p. 201-207, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/6034/3500>. Acesso em: 12 abr. 2018.

MEIRELES, Viviani Camboin et al. Autonomía y derecho a la información: contribuciones para la gestión del cuidado de ancianos hospitalizados. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 16, n. 2, p. 59-68, agosto 2010.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. vol. 19, n. 3, p. 507-19, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403846785012.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2017.

MORIN, Edgar. **La Méthode V** - L'Humanité de l'Humanité. Paris: Seuil, 2001 p.155.

_____. **La méthode VI** - Ethique, Paris, Seuil, 2004 p.63.

NASRI, Fabio. **O envelhecimento populacional no Brasil**. São Paulo: Demografia e epidemiologia do envelhecimento: Einstein. v. 6, supl. 1, 2008.

Disponível em:

[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46617649/envelhecimento_opu.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1540949107&Signature=WgTUPAuDSlgweZD74oTszLamgcY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDemografia e epidemiologia do envelhecimento.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46617649/envelhecimento_opu.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1540949107&Signature=WgTUPAuDSlgweZD74oTszLamgcY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDemografia+e+epidemiologia+do+envelhecimento.pdf) >. Acesso em: 15 maio 2018.

NERY, Carmen. **País tem 26 centros de excelência global**. PPTA Saúde. Logística em Saúde. Jun. 2014. Disponível em:

<<http://www.pptasaude.com.br/site/artigos.php?id=1087&m=existem-560-instituicoes-acreditadas-em-todo-o-mundo-pela-joint-commission-international>>.

Acesso em: 26 jan. 2017.

NEVES. Maria do Céu Patrão. A Fundamentação Antropológica da Bioética. **Revista Bioética**. v.4, n.1 1996. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Maria_Patrao_Neves/publication/310594110_A_Fundamentacao_Antropologica_da_Bioetica/links/5832519208ae138f1c07a6c7/A-Fundamentacao-Antropologica-da-Bioetica.pdf >. Acesso em: 09 abr. 2018.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução: Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez. 1989. (1863)

O'CONNOR, Tom; KELLY, Billy. Bridging the Gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. **Nurs Ethics**. v. 12, n. 5, p. 453-67, 2005.

Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0969733005ne814oa>>. Acesso em: 24 out. 2018.

OLIVEIRA, Geraldine Gollo de. Autonomia e consentimento do paciente frente a tratamentos de saúde. **Revista do Curso de Direito da FSG**. v.11, n.20, p. 78–89, 2016. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/index.php/direito/article/view/2369>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

OLIVEIRA, Iglair Regis de; ALVES, Vicente Paulo. A pessoa idosa no contexto da Bioética: sua autonomia e capacidade de decidir sobre si mesma. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 91-98, nov. 2010.

PAZ, Adriana Aparecida; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos; EIDT, Olga Rosaria. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul. Enf.** v. 19, n. 3, p. 338-42, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300014&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 05 fev. 2018.

PELLEGRINO, Edmund; THOMASMA, David. **For the patient's good: the restoration of beneficence in health care**. New York: Oxford University Press, 1988.

PESSINI, Leo. Bioética: **Um grito por dignidade de viver**. 3 ed. São Paulo: Paulinas, 2008. 254p.

PIAGET Jean. **Les troissystèmes de la pensée de l'enfant**; étude sur les rapports de la pensée rationnelle et de l'intelligence motrice. **Bull. Soc. Fr. Philos.**, p. xxviii: 121-122, 1928.

_____. **Biologia e conhecimento**. Petrópolis: Vozes; p. 14-15, 1973 (1967).

_____. **Études sociologiques**. 3. ed. Genève: Groz; 1977. 225p.

PIZZI Jovino. Ética e éticas aplicadas: a reconfiguração do âmbito moral. Porto Alegre: EDIPURS, p. 53-54, 2006.

POTTER, Van Rensselaer. Bioethics, the science of survival. Perspectives in biology and medicine. v. 14 p. 127-153, 1970.

_____. **Bioethics, a bridge to the future.** New Jersey: Prentice-Hall, 1971.

PROTAS Julia. et al. Avaliação da percepção de coerção no processo de consentimento. **Rev. HCPA.** v. 27, supl. 1, p. 272, 2007. [Apresentado na 27ª Semana Científica de Porto Alegre], 2007, Porto Alegre.

_____. Avaliação da percepção de coerção no processo de consentimento. **Revista HCPA,** Porto Alegre, v. 27, supl. 1, p. 272, 2007.

RAMOS, Luciana Junqueira et al. Ethical and nutrition issues in a sample of institutionalized and non-institutionalized elderly. **Revista HCPA,** Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 223-226, 2012.

_____. [Mestrado] Variação do estado nutricional, da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS / Luciana Junqueira Ramos; orient. José Roberto Goldim. Porto Alegre: PUCRS, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3652/1/000403021-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

RAYMUNDO, Marcia Mocellin; GOLDIM, José Roberto. **Do consentimento por procuração à autorização por representação.** **Rev. Bioética,** v. 15, n. 1, p. 83-99, 2007. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/33>. Acesso em: 02 jan. 2018.

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS. 2013. 132p. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/images/publicacoes/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

REIS, Eliete dos; LÖBLER, Mauri Leodir. O processo decisório descrito pelo indivíduo e representado nos sistemas de apoio à decisão. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 397-417, maio/jun. 2012.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Breve história da anestesia geral. In: **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Unifesp, 2009. p. 103-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-11.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

RODRIGUES, Ricardo Alexandre Cardoso. A (R)evolução (Bio)tecnológica e a (Nova) Condição do Ser Global: Vias e reflexões. Mendoza: **Revista Internacional de Derechos Humanos**. n. 6, 2016. Disponível em: <<http://www.revistaidh.org/ojs/index.php/ridh/article/view/74/64>>. Acesso em: 7 mar. 2018.

ROSS, William David. **The right and the good**. Oxford: Clarendon; 1930.

SASS, Hans-Martin. *Fritz Jahr's 1927 Concept of Bioethics*. **Kennedy Institute of Ethics Journal** – v. 17, n. 4, pp. 279-295. E-ISSN: 1086-3249 Print ISSN: 1054-6863 - DOI: 10.1353/ken.2008.0006.Dec. 2007,

SAQUETTO, Micheli et al. Aspectos Bioéticos da autonomia do idoso. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 518-524, set/dez. 2013.

SCHUMACHER, Aluísio Almeida; PUTTINI, Rodolfo Franco; NOJIMOTO, Toshio. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 281-293, abr./jun. 2013.

SCHWEITZER, Albert. **The Ethics of Reverence for Life**. Christendom. v. 1, p. 225-39, 1936.

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-62, mar. 2012.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.** v.37 (esp): e68271. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68271.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2016. 113p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298579>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

SOUZA, Edela Lanzer Pereira de. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. **Boletim da SPRGS**. v. 3, n. 7, p. 05-16, 1968.

SOUZA Ricardo Timm de. **Razões Plurais**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

VALÊNCIO, Luis Felipe Siqueira, DOMINGOS, Claudia Regina Bonini. O processo de consentimento livre e esclarecido nas pesquisas em doença falciforme. **Revista Bioética**. v. 24, n. 3, p. 469-77, 2016. disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243146>>. Acesso em 11/01/2017.

TABORDA, José Geraldo Vernet. **Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados**. [tese]. Porto Alegre: Faculdade de medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Percep%C3%A7%C3%A3o+de+coer%C3%A7%C3%A3o+em+pacientes+psiqui%C3%A1tricos,+cir%C3%BArgicos+e+cl%C3%ADnicos+hospitalizados&author=Taborda+JGV&publication_year=2002>. Acesso em: 15 jan. 2018.

TAHAN, Jennifer; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde e Sociedade**, Paulo, v. 19, n. 4, p. 878-888, out/dez. 2010.

The BELMONT REPORT. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. **J Am Coll Dent**. v. 81, n. 3, p. 4-13, Summer 2014. PMID: 25951677.

The BELMONT REPORT: **Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects**. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri. et al. Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**. v. 49, n. 5, p. 811-818, 2015.

VASQUES, Adolfo Sanches. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.63, 2000.

VEATCH Robert. **A theory of medical ethics**. New York: Basic, 1981.

VERÍSSIMO, Elizana Júnia; SILVA, Maristela Freitas. Real x legal: cotidiano do consentimento informado na realização de procedimentos cirúrgicos. **Diversitates International Journal**, v.8, n. 1, dez 2016.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320p.

WELIE, Jozef Victor Marie. The face of suffering: prolegomena to a philosophical foundation of clinical ethics. Nijmegen, 1974. 351 p.

WETTSTEIN, Marília Fernandes; ALVES Lia Vieira Branco Nunes Ferreira; GOLDIM, José Roberto. Restrição alimentar por motivação religiosa e coerção: dados preliminares. **Clinical & Biomedical Research**, v. 30, n. 3, p. 290-293, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/15479/9848>>. Acesso em: 22 set. 2018.

WITTMANN-VIEIRA, Rosmari; GOLDIM, José Roberto. Bioethics and palliative care: decision making and quality of life. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 334-9, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000300003&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 25 out. 2018.

ZILLES, Urbano. **O que é Ética**. Porto Alegre: EST, 2006. 32p.

ZOMORODI, Meg; FOLEY, Barbara Jo. The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the 'thin line'. **J Adv Nurs**. v. 65, n. 8 p. 1746- 1752. 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do CAAE: 51660915.8.0000.5327

Título do Projeto: Bioética, Gerontologia e Procedimentos Médicos Invasivos: diferentes variáveis que podem influir na tomada de decisão.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre variáveis que podem influir na tomada de decisão sobre a autorização de um procedimento médico invasivo, realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esta pesquisa está sendo realizada pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do HCPA.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

A sua participação será através de apenas uma entrevista gravada e com a utilização de alguns questionários. Serão perguntadas questões sobre a sua decisão de realizar ou não o procedimento médico proposto, além de outros temas relacionados ao procedimento. Esta coleta de dados poderá ser realizada a cada novo procedimento médico invasivo proposto nesta internação. Todas as vezes que iremos coletar dados será solicitada uma nova autorização. Os demais dados que necessitamos para a pesquisa constam em seu prontuário. Portanto, gostaríamos de sua autorização para realizar este acesso. Todas as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos e a sua identidade será preservada, inclusive em todos os bancos de dados.

O único risco associado a esta pesquisa, é o eventual desconforto de responder a questões sobre diferentes aspectos de sua vida. Você tem liberdade de interromper a sua participação quando tiver vontade.

Não existem benefícios diretos aos participantes decorrentes desta pesquisa, salvo o melhor entendimento deste processo de tomada de decisões.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar

seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Página 1 de
2 CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 05/11/2015)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. José Roberto Goldim, pelo telefone 33597615, com a pesquisadora Rosmari Wittmann Vieira, pelo telefone 33598368 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome e assinatura do pesquisador que aplicou o Termo

Porto Alegre ____ / ____ / 201__.

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO CEP/CEUA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Bioética, Gerontologia e Procedimentos Médicos Invasivos: diferentes variáveis que podem influir na tomada de decisão.

Pesquisador: José Roberto Goldim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51660915.8.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.554.124

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto acadêmico como parte de doutorado.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira pode ser atribuído, dentre outras coisas, ao desenvolvimento de novas tecnologias, como a criação de diversos procedimentos médicos invasivos realizados atualmente, de forma rotineira, tanto para diagnóstico como tratamento. Dentro deste contexto, cabe ao médico fornecer informações sobre os riscos e benefícios do procedimento, possibilitando assim que o paciente possa decidir sobre aceitar ou recusar se submeter a ele. As etapas de fornecimento de informações e do aceite do paciente ficam registradas, no prontuário, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa se propõe a avaliar os diferentes aspectos que influenciam a tomada de decisão de adultos e idosos internados em unidades cirúrgicas, sobre a realização ou não de um procedimento médico invasivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar os diferentes aspectos que influenciam a tomada de decisão de adultos e idosos sobre a realização ou não de um procedimento médico invasivo.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 1.554.124

Objetivo Secundário:

- Avaliar a capacidade para tomada de decisão de pacientes adultos e idosos que tem indicação de realização de procedimento médico invasivo;
- Avaliar se o paciente se sentiu adequadamente informado para tomar a decisão com base nos dados fornecidos pelo médico;
- Avaliar a percepção de coerção no momento da tomada de decisão sobre a realização do procedimento médico invasivo;
- Avaliar quais as pessoas que influenciaram o processo de tomada de decisão e qual o tipo de relacionamento que tinham com o paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe o risco de eventual desconforto por parte do paciente ao responder aos instrumentos de coleta de dados e na entrevista pessoal. Os participantes tem a liberdade de interromper a sua participação a qualquer momento, sem ter que justificar o motivo associado.

Benefícios:

Não existem benefícios diretos aos participantes decorrentes desta pesquisa, salvo o melhor entendimento deste processo de tomada de decisões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem qualitativa e quantitativa, onde o fator em estudo é o processo de tomada de decisão em seus aspectos de capacidade, informação e decisão propriamente dita, em pacientes adultos e idosos com indicação de realização de procedimento médico invasivo com finalidade diagnóstica ou terapêutica. Os participantes da pesquisa são pacientes adultos e idosos, internados em unidades de internação cirúrgicas, do HCPA, no período pós-realização do procedimento médico invasivo. Os potenciais participantes da pesquisa serão convidados a participar por membros da equipe de pesquisa especialmente treinados para esta atividade. No processo de obtenção do consentimento informado serão dadas todas as informações necessárias à compreensão dos objetivos do projeto. Após a autorização do paciente serão realizados os procedimentos de coleta de dados. As

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA / UFRGS



Continuação do Parecer: 1.554.124

unidades de internação cirúrgica consideradas neste projeto são as vinculadas ao Serviço de Enfermagem Cirúrgica: 3º Sul; 3º Norte; 7º Sul; 8º Sul; 8º Norte; 9º Sul e 9º Norte, exceto o Núcleo de Cuidados Paliativos. Serão considerados os procedimentos médicos invasivos com finalidade diagnóstica ou terapêutica, incluindo as cirurgias propriamente ditas. Após a coleta de dados, com base nos resultados obtidos, estes procedimentos serão caracterizados, além do fato de serem diagnósticos ou terapêuticos, pelo seu grau de complexidade e invasão. Serão incluídos os 216 pacientes-dia internados nestas unidades no período de dezembro de 2015 a maio de 2016. Serão avaliados 300 pacientes aleatoriamente nestas unidades, perfazendo 5% do total de pacientes do período. Serão utilizados neste estudo os seguintes instrumentos de coleta de dados: a escala de Desenvolvimento Psicológico-Moral, a escala de Percepção de Coerção e um instrumento especificamente desenvolvido para o presente projeto, na forma de um inventário de entrevista. O grupo de pesquisa já possui liberação para a utilização dos instrumentos padronizados fornecida pelos seus respectivos autores. Na entrevista serão coletadas as informações referentes idade, sexo, escolaridade, anos de estudo e profissão de todas as pessoas envolvidas no processo de tomada de decisão, inclusive o próprio paciente. Serão verificadas as informações contidas nos prontuários sobre o processo de tomada de decisão envolvendo o procedimento médico invasivo, especialmente quanto às suas características e especialidades envolvidas. Caso haja autorização por parte do paciente, a entrevista será gravada em áudio. As gravações serão destruídas após a transcrição das informações. Escala de Desenvolvimento Psicológico-Moral: escala que avalia o desenvolvimento psicológico moral que 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 possui 4 conjuntos de alternativas que deverão ser escolhida pelo sujeito. O tempo de duração do preenchimento da escala é de aproximadamente 5 minutos, e a escala é autoaplicável. Escala de Percepção de Coerção: é derivada de uma escala de percepção de coerção em internação psiquiátrica composta por 16 questões. A escala de percepção de coerção em pesquisa contém 5 afirmativas nas quais o participante deve optar se concorda ou discorda, sendo que cada resposta que o participante opta em assinalar a alternativa “discordo” é considerada um nível de

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 1.554.124

percepção de coerção. O instrumento pode ser autoaplicável e seu preenchimento dura em média 5 minutos.

Hipótese:

H0 – Existe diferença quanto à capacidade de tomada de decisão em adultos e idosos sobre a realização ou não de um procedimento médico invasivo.

Metodologia de Análise de Dados:

As informações coletadas serão armazenadas em um banco de dados sem identificação pessoal direta desenvolvido no sistema EXCEL. As avaliações estatísticas serão realizadas no sistema SPSS, versão 18. Serão 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 serão

utilizadas para verificar eventuais associações ou diferenças, utilizando testes do qui-quadrado, e suas variantes, e Análise de Variância. O nível de significância estabelecido é de 5% ($P < 0,05$).

As avaliações qualitativas serão realizadas com o sistema NVIVO. Será utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin.

Desfecho Primário:

Estima-se que esta pesquisa mostre o processo de tomada de decisão de adultos e idosos quanto à realização ou não de um procedimento médico invasivo. Acredita-se que ela poderá servir como referencial para o desenvolvimento de novas formas de comunicação entre profissionais no momento de propor um novo procedimento médico invasivo, ou na forma de fornecer informações e esclarecimentos aos pacientes adultos e idosos.

Tamanho da Amostra no Brasil: 300

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.404.495 foram parcialmente atendidas pelos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.554.124

pesquisadores de acordo com a carta de respostas adicionada em 05/05/2016. O TCLE incluído ainda não contemplava todos os itens de acordo com as normativas vigentes.

Visando contemplar as adequações necessárias, foi adicionada pelo CEP nova versão aprovada do TCLE em 20/05/2016, que apresenta as seguintes alterações:

Foi utilizado o modelo de TCLE do HCPA;

Incluída autorização para acesso ao prontuário do participante;

Incluída frase referente aos benefícios.

Deverá ser utilizada a versão de TCLE aprovada pelo CEP de 20/05/2016.

O projeto não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 05/05/2016, TCLE aprovado pelo CEP de 20/05/2016 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aprovado_51660915800005327.pdf	20/05/2016 16:39:11	Gabriella Rejane dos Santos Dalmolin	Aceito
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	05/05/2016		Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.554.124

Básicas do Projeto	ETO_606522.pdf	22:18:28		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_aos_avaliadores.pdf	05/05/2016 22:17:57	Rosmari Wittmann Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_TCLE_P_Brasil_II.pdf	05/05/2016 22:17:38	Rosmari Wittmann Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_sem_anexos_P_Brasil_II.pdf	05/05/2016 22:16:29	Rosmari Wittmann Vieira	Aceito
Cronograma	Cronograma_P_Brasil_II.pdf	05/05/2016 22:12:34	Rosmari Wittmann Vieira	Aceito
Outros	Formulario_de_delegacao_de_funcoes.pdf	23/11/2015 20:32:39	José Roberto Goldim	Aceito
Outros	ANEXOS.pdf	25/10/2015 14:18:06	José Roberto Goldim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_C_Termodeconsentimento.pdf	25/10/2015 14:12:29	José Roberto Goldim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.pdf	25/10/2015 14:12:17	José Roberto Goldim	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/10/2015 14:11:54	José Roberto Goldim	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/10/2015 14:11:09	José Roberto Goldim	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.PDF	25/10/2015 13:48:21	José Roberto Goldim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Maio de 2016

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO SIPESQ



SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 8164

Porto Alegre, 2 de agosto de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Bioética, Gerontologia e Procedimentos Médicos Invasivos: diferentes variáveis que podem influir na tomada de decisão". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

ANEXO C - INSTRUMENTO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL

Nome: _____

Sexo: () M () F Idade: ____anos PONTUÁRIO: _____

PROFISSÃO: _____Escolaridade: ____anos de escola

- () NÃO ALFABETIZADO
- () ENSINO FUNDAMENTAL (PRIMÁRIO/ 1o GRAU)
- () ENSINO MÉDIO (GINÁSIO/ 2o GRAU)
- () ENSINO SUPERIOR (FACULDADE)
- () PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO/ DOUTORADO)

Procedimento _____

Data: __/__/__ Equipe _____ () Eletivo ()

Urgência

TCLE no Prontuário preenchido e assinado pelo médico e paciente ou responsável: () S () N

Assinale 3 afirmações que correspondam ao seu gosto pessoal:

- () Poder contar com amigos que me ajudam.
- () Realizar um trabalho bem feito.
- () Estar numa posição de dar ordens.
- () Fazer o que é moralmente certo.
- () Não alimentar preconceitos.
- () Ser coerente com o que digo e faço.
- () Ter amigos protetores.
- () Retribuir os favores que me fazem.
- () Estar em harmonia comigo mesmo.
- () Ter relações influentes.
- () Não se deixar influenciar por convenções sociais.
- () Ser generoso para com os outros.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

- Compromissos assumidos.
- Não ser dominado pelos outros.
- Aprimoramento pessoal.
- Desejos sexuais.
- Estar bem trajado.
- Harmonia interior.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

- Prestígio.
- Coerência.
- Autonomia.
- Autocrítica exagerada.
- Competição.
- Impulsividade.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

- Medo à vingança.
- Boa reputação.
- Conflito de necessidades.
- Independência.
- Ter um rendimento ótimo.
- Obter vantagens.

ANEXO D - CLASSIFICAÇÃO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL

Classificação das Respostas de acordo com o Nível de Desenvolvimento

Assinale 3 afirmações que correspondam ao seu gosto pessoal:

Poder contar com amigos que me ajudam – **nível 2**

Realizar um trabalho bem feito – **nível 5**

Estar numa posição de dar ordens – **nível 3**

Fazer o que é moralmente certo – **nível 4**

Não alimentar preconceitos – **nível 6**

Ser coerente com o que digo e faço – **nível 7**

Ter amigos protetores – **nível 2**

Retribuir os favores que me fazem – **nível 4**

Estar em harmonia comigo mesmo – **nível 7**

Ter relações influentes – **nível 3**

Não se deixar influenciar por convenções sociais – **nível 6**

Ser generoso para com os outros – **nível 5**

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

Compromissos assumidos – **nível 5**

Não ser dominado pelos outros – **nível 3**

Aprimoramento pessoal – **nível 6**

Desejos sexuais – **nível 2**

Estar bem trajado – **nível 4**

Harmonia interior – **nível 7**

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

Prestígio – **nível 4**

Coerência – **nível 7**

Autonomia – **nível 6**

Autocrítica exagerada – **nível 5**

Competição – **nível 3**

Impulsividade – **nível 2**

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

Medo à vingança – **nível 2**

Boa reputação – **nível 4**

Conflito de necessidades – **nível 6**

Independência – **nível 7**

Ter um rendimento ótimo – **nível 5**

Obter vantagens – **nível 3**

Classificação das fases de desenvolvimento psicológico-moral de acordo com a média dos valores obtidos utilizando o instrumento de Souza

Fases do desenvolvimento Psicológico-moral	Pontuação	Características
1) Pré-social	(0,1 – 1,0)	Início do desenvolvimento, ainda pré-verbal.
2) Impulsiva	(1,1 – 2,0)	O indivíduo toma decisões por impulso, baseado apenas em seu desejo, não considerando as informações.
3) Oportunista	(2,1 – 3,0)	Supervalorização dos desejos e a valorização das informações para atingi-los.
4) Conformista	(3,1 – 4,0)	As crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio.
5) Conscienciosa	(4,1 – 5,0)	O indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas, ainda é passível de constrangimento, pois não tem a noção de regra introjetada.
6) Autônoma	(5,1 – 6,0)	O indivíduo já possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente.
7) Integrada	(6,1 – 7,0)	O indivíduo possui a noção da regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, com a compreensão da interdependência existente.

Fonte:

1. Loevinger J. The meaning and the measurement of ego development. The American Psychologist. 1966;21(3).
2. Souza ELP. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. Boletim da SPRGS. 1968; 3(7):5-16.

ANEXO E - ESCALA DE PERCEPÇÃO DE COERÇÃO

Concorda ou discorda da afirmação:	Concordo	Discordo
Senti-me livre para fazer o que quisesse a respeito de fazer ou não o procedimento cirúrgico.		
Eu escolhi fazer o procedimento cirúrgico.		
Foi minha a ideia de fazer o procedimento cirúrgico.		
Tive bastante decisão em fazer o procedimento cirúrgico.		
Tive mais influência do que qualquer outra pessoa sobre fazer o procedimento cirúrgico.		

Você delegou ao médico (pediu para que o médico decidisse) sobre fazer ou não o procedimento?

Quem ajudou ou mais influenciou você a decidir fazer o procedimento?

Quem é a pessoa que você gostaria que fosse responsável por sua internação?
Qual seu grau de parentesco e idade?

Data de Preenchimento ____/____/____

Prontuário nº _____



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br