

Processo de Consentimento em Procedimento Diagnóstico: Capacidade, Compreensão e Vulnerabilidade

*Consent Process in Diagnostic Procedures: Capacity,
Understanding and Vulnerability*

*Proceso de Consentimiento en el Procedimiento de Diagnóstico:
Capacidad, Comprensión y Vulnerabilidad*

Bruna Borba Neves
Josemara de Paula Rocha
Janete Rousselet de Souza
José Roberto Goldim

RESUMO: O trabalho teve por objetivo comparar os achados relativos ao entendimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em indivíduos com indicação de realização da Endoscopia Digestiva Alta. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e analítico. Participaram 139 indivíduos adultos e 61 idosos que assinaram o TCLE para autorizar o exame. Verificou-se que as poucas diferenças verificadas entre os grupos etários podem sugerir a manutenção da capacidade de tomar decisões, independentemente da idade.

Palavras-chave: Bioética; Tomada de Decisões; Idoso.

ABSTRACT: *The purpose of this study was to compare the results of the Informed Consent Term (EHIC) with the use of High Digestive Endoscopy resources. This is a cross-sectional, quantitative and analytical study. A total of 139 individuals and 61 years of age who presented an EHIC to authorize the examination participated. The problem is that power differences between groups may be necessary to maintain the ability to make decisions.*

Keywords: *Bioethics; Decision Making; Aged.*

RESUMEN: *El objetivo de este estudio fue comparar los hallazgos sobre la comprensión del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) en individuos con indicación para la realización de Endoscopia Digestiva Superior. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo y analítico. Participaron en la autorización 139 personas adultas y 61 personas mayores que firmaron un formulario de consentimiento informado. Se encontró que las pocas diferencias entre los grupos de edad pueden sugerir el mantenimiento de la capacidad de tomar decisiones independientemente de la edad.*

Palabras clave: *Bioética; Toma de decisiones; Anciano.*

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e se mostra como um dos principais desafios da atualidade. Este fenômeno se deve à diminuição das taxas de natalidade e mortalidade (Minayo, 2012), e o desafio é mudar o foco das perdas funcionais para a manutenção de uma boa saúde e da satisfação pessoal na velhice (Algilani, *et al.*, 2014). Um aspecto favorável é que muito se conhece em relação às mudanças etárias e suas consequências, e este conhecimento permite ainda algum tempo para planejar as melhores estratégias para alcançar esses objetivos (Who, 2015).

Uma boa qualidade de vida na velhice perpassa o conceito de funcionalidade. Um construto de funcionalidade ideal para idosos prevê a manutenção de uma série de valores visados por esta faixa etária, dentre eles, o bem-estar mental e físico, e fatores externos demográficos e ambientais (Algilani, *et al.*, 2014).

Além disso, a manutenção da possibilidade de tomada de decisão também é importante para a qualidade de vida e envolve diversos aspectos do conceito de funcionalidade ideal, sejam recursos físicos, psicológicos e sociais. Sendo a qualidade de vida relacionada com a percepção de bem-estar que o idoso tem em determinado momento, e o que as pessoas idosas entendem a saúde como um bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença (Martins, Blanco, Guerra, & Azeredo, 2020).

As crenças relacionadas às capacidades de administrar a própria vida e o ambiente externo contribuem para uma velhice considerada bem-sucedida. Condições como autonomia e dependência, senso de controle e autoeficácia podem determinar essa habilidade. Esses conceitos não são estanques, não são determinados apenas por fatores

intrínsecos dos indivíduos, mas também pelo ambiente e sociedade, e são ressignificados ao longo da vida (Neri, 2014).

No processo de envelhecimento, é necessário realizar escolhas difíceis, muitas vezes, relacionadas à própria saúde do idoso, e os processos que ele pode vir a passar. A participação do idoso nesse processo não deve ser apenas um assentimento ou a delegação de decisão, mas um real consentimento informado (Raymundo, & Goldim, 2008).

A longevidade traz novos questionamentos: no âmbito do estímulo à tomada de decisão seria a idade um fator decisório para permitir ou evitar esse ato? Tomar uma decisão envolve habilidades, como a possibilidade de se envolver com o assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativa entre as diversas opções e comunicar uma preferência, sabendo-se dos riscos de uma livre escolha. Essas habilidades estão ligadas diretamente à capacidade de exercer a autonomia, determinar e executar os próprios desejos de uma pessoa idosa (Wagner, & Parente, 2009; Wittmann, & Goldim, 2012). Essa autonomia, como a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como viver, de acordo com as próprias regras, pode estar alterada devido a mudanças biológicas, incapacidade funcional, perda de competência física e fatores econômicos, ou outros estereótipos negativos associados à velhice, e às relações sociais ou redes sociais (Mirandola, & Bós, 2015). É, pois, necessário compreender as diversas alterações físicas, sociais e psicológicas, para uma compreensão ampliada do envelhecimento, assim como sobre como as pessoas o vivenciam (Formicoli, *et al.*, 2020).

Constitui o Termo de Consentimento Informado a expressão da autonomia de uma pessoa, uma vez que compete ao próprio paciente aceitar ou recusar determinados tratamentos ou intervenções médicas, com base nos esclarecimentos que lhe são prestados acerca dos riscos e dos procedimentos que serão seguidos (Godinho, Lanzotti, & Morais, 2010). Considere-se ainda que, na assistência à saúde, o consentimento livre e esclarecido não deve ser um ato isolado, mas um processo constante de troca de informações entre médico e paciente, de modo a promover a participação ativa deste último em seu tratamento (Castro, Quintana, Olesiak, & München, 2020).

Assim, o objetivo do presente estudo foi comparar os achados relativos ao entendimento do TCLE em relação à lembrança dos procedimentos, riscos, benefícios, da percepção do grau de entendimento e confiança contidos em um TCLE, entre adultos e idosos, no presente caso, com a indicação de realização da Endoscopia Digestiva Alta (EDA).

O exame de EDA é indicado para auxiliar no diagnóstico e tratamento de doenças do esôfago, estômago e duodeno. Sua indicação e realização podem provocar ansiedade no paciente e no médico, pois os eventuais riscos e incertezas quanto ao procedimento em si e futuros diagnósticos estão presentes no momento da indicação, cabendo ao idoso decidir o quanto ele quer participar da tomada de decisão em relação à realização do exame, e em seus cuidados de saúde, através da assinatura do termo de consentimento informado.

Método

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e analítico aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG 05548).

Para padronizar a avaliação dos participantes, que experienciaram responder a um termo de consentimento livre e esclarecido, optou-se por adotar a técnica de seleção amostral por conveniência, abordando indivíduos que estivessem passando por uma situação real de resposta a uma TCLE, de idêntico teor, e submetidos ao mesmo exame. Assim, foram convidados a participar da pesquisa os indivíduos que procuraram a Unidade de Endoscopia Digestiva do Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil, no ano de 2005.

Os critérios de inclusão foram ter a indicação de realizar o exame de endoscopia e ser maior de 18 anos. Foram considerados como critérios de não inclusão os pacientes com doença neurológica ou psiquiátrica, com história clínica relevante e/ou descompensada, que limitasse entendimento ou compreensão da pesquisa.

É uma rotina da Unidade de Endoscopia Digestiva do Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pedir a autorização do paciente para fazer a EDA mediante um TCLE, explicando o procedimento, os riscos, benefícios e desconfortos.

Os participantes participavam dessa rotina e, após participarem do processo de consentimento e de terem assinado o TCLE para fazer a EDA, o pesquisador convidava o indivíduo a participar da pesquisa.

Foi utilizado um questionário semiestruturado com as variáveis: sexo, nível de escolaridade, grau de entendimento em relação ao exame de EDA, grau de confiança em relação ao hospital, ao médico que o encaminhou para o exame, ao médico que realizará

o exame, o grau de risco percebido para fazer o exame, grau de expectativa de desconforto para realizar o exame, recordação dos procedimentos relacionados com a EDA relatados no TCLE, recordação dos benefícios, riscos e desconfortos possíveis na EDA mencionados no TCLE. O grau de cada variável investigada foi mensurado por meio de uma escala visual analógica, com intervalo de 0% a 100%, podendo o participante indicar o percentual na escala que mais se aproximava de sua percepção no momento.

O pesquisador fazia uma questão aberta, e assinalava, no questionário, as opções de que o participante poderia se lembrar e que constavam no TCLE, em relação ao procedimento (anestesia da garganta, sedação, introdução do endoscópio, biópsia, dilatação de estenoses, retirada de pólipos, retirada de corpos estranhos, interrupção de sangramentos de vasos ou úlceras e procedimento geral), aos riscos (reação alérgica aos medicamentos, perfuração, laceração, sangramento, transfusão, cirurgia, diminuição de reflexos após o procedimento, redução da capacidade para decidir após o procedimento e risco geral) e aos benefícios (relacionados ao diagnóstico, ao tratamento e ao benefício geral).

Os questionários foram aplicados apenas por um membro da equipe de pesquisa devidamente treinado, que antes não havia aplicado o TCLE e que autorizava a EDA, não fazia parte da equipe médica, mas com treinamento para esclarecer a terminologia presente nos Termos de Consentimento.

O número de 200 pacientes foi estimado a partir da avaliação de estudos prévios das diferenças entre variáveis de recordação, utilizando-se a mesma metodologia ($\alpha = 5\%$, poder de 95%). Análise interina dos dados foi prevista para se detectar a necessidade de confirmar este número.

Os dados foram avaliados descritivamente, utilizando-se medidas de dispersão (médias e desvios-padrão). As comparações foram realizadas através de testes t de Student e do qui-quadrado, utilizando-se o sistema Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 10, adotando-se como nível de significância, valores de $p < 0,05$.

Resultados

Foram analisados 200 questionários de indivíduos que tinham indicação assistencial para a realização de EDA, com idades variando de 19 a 83 anos. A amostra foi dividida em dois grupos: adulto e idoso. O grupo adulto apresentou 139 participantes

sendo 58,3% mulheres; e o grupo idoso, 61 sujeitos, sendo 55,7% mulheres. A maior parte dos indivíduos, em ambos os grupos, haviam cursado o ensino fundamental e, em relação à história prévia de EDA, mais da metade dos participantes de ambos os grupos já haviam feito este exame (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das características dos indivíduos que realizaram endoscopia digestiva alta no HCPA (n=200), Porto Alegre, RS

Características	< 65 anos (adulto)	≥ 65 anos (idoso)
	n (%)	n (%)
Sexo		
Feminino	81 (58,3)	34 (55,7)
Masculino	58 (41,7)	27 (44,3)
Idade (média)	41,5	71,5
Escolaridade		
Analfabeto	7 (11,4)	2 (1,4)
Fundamental	41 (67,2)	92 (66,2)
Médio	10 (16,4)	33 (23,7)
Superior	3 (4,91)	12 (8,6)
Endoscopia prévia	93 (67)	45 (74)

Fonte: Elaboração própria

Foram verificadas as associações, por meio do teste de Qui-quadrado, entre as lembranças de adultos e as de idosos quanto ao procedimento, riscos e benefícios, após a assinatura do TCLE. Eram 21 possíveis lembranças, sendo nove em relação ao procedimento; nove para os riscos; e três para os benefícios. Foram significativas apenas seis comparações; sendo quatro em relação ao procedimento; e duas relativas ao risco; entre as respostas obtidas com pacientes adultos e idosos. As comparações se deram em relação aos procedimentos de “sedação”; à “introdução do endoscópio”; à “biópsia” e ao “procedimento geral”, assim como aos riscos de “reação alérgica aos medicamentos” e à “diminuição dos reflexos após o procedimento”. Vale destacar que nenhuma informação quanto aos benefícios teve associação significativa (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação dos conteúdos lembrados quanto ao procedimento, riscos e benefícios da EDA entre adultos e idosos (n=200), Porto Alegre, RS

Tipo de lembranças	Adultos (n=139)	Idosos (n=61)	P
	n (%)	n (%)	
Procedimento			
Anestesia da garganta	82 (59,4)	31 (54,4)	0,28
Sedação	101 (72,7)	34 (58,6)	0,01
Introdução do endoscópio	105 (75,5)	37 (63,8)	0,03
Biópsia	104 (74,8)	34 (58,6)	<0,01
Dilatação de estenoses	68 (48,9)	35 (60,3)	0,27
Retirada de pólipos	86 (61,9)	29 (50,0)	0,06
Retirada de corpos estranhos	76 (54,7)	33 (56,9)	0,93
Interrupção de sangramentos de vasos ou úlceras	99 (71,2)	36 (62,1)	0,09
Procedimento geral	64,9%	58,1%	<0,01
Riscos			
Reação alérgica aos medicamentos	86 (61,9)	28 (48,3)	0,04
Perfuração	78 (56,1)	32 (55,2)	0,63
Laceração	54 (38,8)	20 (34,5)	0,41
Sangramento	104 (74,8)	40 (69,0)	0,18
Transfusão	63 (45,3)	26 (44,8)	0,72
Cirurgia	78 (56,1)	30 (51,7)	0,36
Diminuição de reflexos após o procedimento	79 (56,8)	18 (31,0)	<0,01
Redução da capacidade para decidir após o procedimento	65 (46,8)	22 (37,9)	0,16
Risco geral	54,6%	46,6%	0,26
Benefícios			
Relacionados ao diagnóstico	66 (47,5)	26 (44,8)	0,52
Relacionados ao tratamento	77 (55,4)	28 (48,3)	0,21
Benefício geral	51,4%	46,6%	0,10

Fonte: Elaboração própria

Nota: EDA= Endoscopia Digestiva Alta

Os valores obtidos com os idosos e adultos não diferiram, de forma estatisticamente significativa, por meio do teste *T* de *Student*, tanto para a expectativa de risco percebido ($t=1,77$; $p=0,08$), quanto para a expectativa de desconforto ($t=1,87$; $p=0,05$). Os dados obtidos apresentaram uma grande variabilidade (Tabela 3).

O entendimento do TCLE, autorreferido pelos próprios pacientes, não variou, de forma significativa entre os grupos. O entendimento por parte dos adultos obteve uma média de 80,8%; e dos idosos de 77,9% (Tabela 3).

A confiança dos pacientes adultos e idosos na instituição, no médico que prescreveu o exame e no médico que irá realizar a endoscopia atingiram valores elevados e sem diferença estatisticamente significativas entre os adultos e idosos. Vale lembrar que o médico endoscopista, no momento da avaliação de confiança, ainda não havia sido apresentado ao paciente (Tabela 3).

Tabela 3. Grau de expectativa de risco percebido e de desconforto associado à EDA, de entendimento do TCLE, e de confiança em relação ao hospital, ao médico solicitante e ao endoscopista medido pela escala visual analógica de 0 a 100% (n=200), Porto Alegre, RS

Variáveis investigadas	Grau de risco e desvio-padrão	
	Adultos	Idosos
Expectativa de risco percebido	17,0%±21,39%	24,0%±27,40%
Expectativa de desconforto	25,6%±24,23%	33,3%±27,92%
Entendimento do TCLE	80,8%±19,13%	77,9%±21,78%
Confiança no hospital	92,0%±13,26%	94,8%±8,44%
Confiança no médico	92,1%±15,33%	94,2%±10,41%
Confiança no endoscopista	81,2%±22,56%	89,2%±16,96%

Fonte: Elaboração própria

Nota: Todos os testes geraram $p \geq 0,05$. EDA= Endoscopia Digestiva Alta. TCLE= Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Discussão

Este estudo comparou adultos e idosos, quanto aos achados relativos ao entendimento do TCLE, analisando-se o recordatório dos procedimentos, riscos e benefícios presentes no TCLE, e a percepção do grau de entendimento e confiança no médico, endoscopista, e no serviço de EDA.

Os participantes de um projeto de pesquisa, como é recomendado, devem ser adequadamente informados de todos os aspectos do estudo, bem como ter respostas para questões em linguagem clara e de fácil entendimento através do Termo de Consentimento, sendo este um documento de caráter explicativo, em que são abordadas todas as questões relativas ao estudo clínico, que possam estar relacionadas à decisão do sujeito da pesquisa e, possibilitando que ele tome a decisão quanto à sua participação ou não no estudo, de maneira voluntária, livre de quaisquer tipos de pressão externa (Cavalcanti, Gomes & Goldim, 2015; Souza, *et al.*, 2013). Um exemplo deste tipo de situação pode ser a realização de procedimentos diagnósticos, como a EDA, quando todos estes elementos devem ser considerados.

Entretanto, a obtenção do documento assinado, o TCLE, não significa que houve consentimento de maneira livre, autônoma, voluntária, aberta, e que o participante tenha realmente entendido todos os riscos e benefícios da ação. Vários fatores (estresse por parte do paciente, nível educacional, vulnerabilidade econômica, acesso a serviços de saúde, dentre outros) podem ser limitações ao perfeito exercício do consentimento livre e esclarecido (Assumpção, Pinto, Velarde, Nascimento, & Olej, 2016). Por isso, é tão importante que, no TCLE, constem todas as informações pertinentes ao caso clínico. O documento visa a assegurar a autonomia do paciente e comprovar que as informações foram transmitidas a ele (Castro, Quintana, Olesiak, & München, 2020).

O fato de a lembrança dos eventos ser melhor, quando oferecidas as informações nos momentos que antecedem o exame, reforça a relevância do processo de transmissão das informações que fazem parte do termo de consentimento. Este processo pode se iniciar no momento da consulta quando o médico indica a realização do procedimento endoscópico. Essas lembranças têm um encadeamento lógico – sedação, introdução do endoscópio, reação alérgica aos medicamentos e diminuição dos reflexos pós-procedimentos – que pode ter maior relevância para um adulto do que para um idoso devido às suas atividades de vida diária, como dirigir automóveis, trabalho etc. Como foi verificado no estudo, os pacientes adultos se lembraram mais dos procedimentos quando comparados aos idosos.

Em outro estudo, comparando-se um grupo de idosos de 80 a 89 anos e outro, de 90 anos ou mais, demonstrou-se que havia diferença significativa na capacidade funcional, mas não em se tratando da capacidade de tomada de decisão (Mirandola, & Bós, 2015).

A baixa escolaridade dos participantes pode influenciar no entendimento do TCLE; contudo, a amostragem de conveniência poderia constituir um viés de seleção neste caso, pois indivíduos de maior escolaridade poderiam procurar serviços diferenciados.

No entanto, é importante ressaltar que a diferença na escolaridade entre os profissionais que elaboram o TCLE, e os pacientes, pode influenciar em sua clareza. O TCLE precisa abordar tanto os aspectos éticos quanto as particularidades culturais considerando dentre elas, crenças e valores e específicos (Giampieri, 2012).

Uma pesquisa, envolvendo componentes da tomada de decisão, não encontrou relação entre a escolaridade e o grau de tomada de decisão, mas os autores ressaltam que essa relação é frequentemente encontrada na literatura (Chiu, Feuz, McMahan, Miao, & Sudore, 2016).

A EDA começou a ser realizada na década de 1950 em adultos, no Brasil, sendo que as principais indicações para a realização do exame são diagnósticas (dor abdominal, vômitos, disfagia e odinofagia, hemorragia digestiva alta, má absorção, diarreia crônica, suspeita de esofagite, ingestão de cáusticos, varizes de esôfago, achados anormais em exame radiológico seriado de esôfago, estômago e duodeno) e terapêuticas (hemorragia digestiva alta, hemostasia de varizes e lesões não varicosas, dilatações, remoção de corpos estranhos, polipectomias, colocação de sondas alimentares e gastrostomias, entre outras) (Sakae, & Ruzon, 2012). São diversas as patologias e indicações para realizar a endoscopia, que pode vir a justificar o fato de mais da metade da amostra já ter realizado a endoscopia prévia.

Em outro estudo, que analisou os indivíduos que realizavam o exame no Serviço de Endoscopia Digestiva e Respiratória da Santa Casa de São Paulo, encontraram-se dados parecidos, com a maioria dos exames realizados em mulheres, sendo 402 homens (45%) e 499 mulheres (55%). E com idade próxima também com idade média dos pacientes de 51 anos (Carbonari, Assef, & Marioni, 2012).

Em relação à sedação, ambos os grupos se lembravam das informações; acredita-se, relativamente a este fato, que é em razão de a sedação ser um processo importante na realização do exame, por reduzir os riscos de danos físicos, aumentar o conforto e a colaboração de um paciente. Ainda que muitas pessoas considerem a sedação um fator de risco (Kauling, Locks, Brunharo, Cunha, & Almeida, 2010).

O alto nível de confiança no hospital, no médico, e no endoscopista, foi um aspecto positivo da amostra, pois a obtenção de um consentimento informado satisfatório depende da força da relação entre médico e paciente; por esse motivo, as relações paternalistas, em que o médico decide sozinho não são mais adequadas (Giampieri, 2012).

Um estudo recente, com idade média dos idosos próxima à desta pesquisa (71 ± 10 anos), recrutou 146 idosos que viviam em centros específicos e clínicas, com duas ou mais doenças crônicas sem prejuízo cognitivo, para investigar as preferências destes, quanto à tomada de decisão em sua saúde. Foi identificado que 48% dos idosos preferiam tomar suas próprias decisões; 34%, decidir com o médico; e 18% deixariam o médico decidir sozinho (Chiu, Feuz, McMahan, Miao, & Sudore, 2016).

A autonomia pode ser um dos fatores fundamentais para uma boa qualidade de vida e uma necessidade básica para a tomada de decisão, ao permitir uma vida mais satisfatória, acompanhada da manutenção da capacidade de manter o direcionamento da vida e a independência (Celich, & Goldim, 2009). No entanto, o processo de envelhecimento continua coberto de preconceitos e estereótipos, como o idoso sendo visto como improdutivo e impotente, na sociedade, o que acarretava influência nos estudos no cuidado em saúde direcionado aos idosos (Miranda, Mendes, Gouveia, & Silva, 2016; Miranda, & Santiago, 2020).

Em muitas situações do cotidiano dos serviços de saúde, observa-se que os profissionais menosprezam a capacidade de decisão do idoso, fornecendo informações superficiais sobre seu tratamento e diagnóstico, adotando, assim, uma postura paternalista, impedindo-o de exercer a autonomia para decidir sobre o que acha melhor para seu cuidado. O respeito à autonomia pressupõe a oferta de informações e a obtenção do consentimento informado do idoso, através da manifestação de sua vontade, sem ter sido submetido à coação, influência, indução ou intimidação (Cunha, *et al.*, 2012).

Quando se discute a diminuição ou a perda da autonomia no contexto gerontogeriatrico, é comum a associação à dependência física ou social, o que, muitas vezes, pode induzir uma perspectiva estereotipada em relação à pessoa idosa, que reforça a ideia de que todo o idoso dependente teria a autonomia comprometida (Paranhos, & Albuquerque, 2018). Essa compreensão equivocada contribui para fortalecer atitudes que desconsideram a pessoa idosa como participante do processo existencial e de tomada de decisões pautadas na sua autonomia, impedindo que o idoso se apresente como protagonista de sua vida. Torna-se, então, relevante que as ações em saúde sejam

discutidas não apenas para as pessoas idosas, mas principalmente com elas, para que se preserve e incremente sua autonomia válida enquanto ele estiver lúcido ou mesmo quando estiver com lucidez enfraquecida.

A busca pelo direito de agir de maneira independente possibilitará uma longevidade saudável e agradável para o segmento populacional longo, que segue envelhecendo, e também para aqueles que profissionalmente se responsabilizam pela proteção à saúde dos idosos (Saquetto, *et al.*, 2013).

Considerações finais

A ausência de diferenças entre os grupos etários reforça a tendência atual da literatura que propõe que os idosos não sejam considerados apenas pela sua idade cronológica, como sendo um grupo vulnerável. Os idosos, assim como todas as demais pessoas, devem ser protegidos quando a sua autonomia estiver reduzida. Os idosos, lúcidos, especialmente aqueles chamados de terceira idade (dos 60 aos 75 anos), aposentados ou em atividade, formal ou informal, são capazes de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir conforme esta deliberação. E os de idade superior aos 75 anos, no caso de alguns estarem muito fragilizados ou dependentes, deverão ser respeitados segundo seu desejo anterior, manifesto em oralidade ou com registro em documento.

Respeitar a pessoa de um paciente, seja adulto ou idoso, significa valorizar a consideração sobre suas opiniões e escolhas. O importante é avaliar a capacidade para tomar decisão que uma pessoa tem. A participação ativa do idoso no processo de tomada de decisões não deveria ser limitada de forma indevida, seja pela família ou pelas instituições.

Referências

Algilani, S., Östlund-Lagerström, L., Kihlgren, A., Blomberg, K., Brummer, R., & Schoultz, I. (2014). Exploring the concept of optimal functionality in old age. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 7, 69-79. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.2147/JMDH.S55178.

Assumpção, C., Nínive, S., Velarde, L. G. C., Nascimento, O. J. M., & Olej, B. (2016). Compreensão do termo de consentimento em pesquisa clínica. *Revista Bioética*, 24(1), 184-194. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241120>.

Carbonari, A. P. C., Assef, M. S., & Marioni, F. (2012). Endoscopia Digestiva Alta: perfil dos exames eletivos e emergenciais realizados em um hospital terciário. *Gastroenterologia Endoscopia Digestiva. Revista GED Gastroenterol. Endosc. Dig.*, 31(3), 83-88. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-7772/2012/v31n3/a3918.pdf>.

Castro, C. F., Quintana A. M., Olesiak, L. R., & München, M. A. B. (2020). Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. *Revista Bioética*, 28(3), 522-530. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020283416>.

Cavalcanti, M. O. A., Gomes, I., & Goldim, J. R. (2015). Avaliação da percepção de coerção em idosos não institucionalizados submetidos a pesquisa para diagnóstico da disfunção temporomandibular. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 28-34. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.49109>.

Celich, K. L. S., & Goldim, J. R. (2016). Capacidade para a tomada de decisão e as implicações na qualidade de vida na velhice. Porto Alegre, RS: *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 21(1), 123-133. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <file:///C:/Users/Dados/AppData/Local/Temp/54047-297851-1-PB.pdf>.

Chiu, C., Feuz, M. A., McMahan, R. D., Miao, Y., & Sudore, R. L. (2016). "Doctor, Make My Decisions": Decision Control Preferences, Advance Care Planning, and Satisfaction with Communication among diverse older adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(1), 33-40. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.018.

Cunha, J. X. P. D. A., Oliveira, J. B., Nery, V. A. D. A. S, Sena, E. L. D. A. S, Boery, R. N. S. de O., & Yarid, S. D. (2012). Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ: *Saúde em Debate*, 36(95), 657-664. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000400018>.

Doring, M., Moretto, C. F., & Diehl, A. A. (Orgs.). (2018). *Envelhecimento humano: aspectos populacionais e da saúde na contemporaneidade*. Passo Fundo, RS.

Formicoli Filho, I., Batalini, M. G., Luz, K. C. S. I., Freiburger, M. F., Nogueira, I. S., & Labegalini, C. M. G. (2020). O processo de envelhecer na perspectiva de idosos usuários de um centro-dia. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(3), 53-69. Recuperado em 30 dezembro, 2020, de: DOI: 10.23925/2176-901X.2020v23i3p53-69,

Giampieri, M. (2012). Communication and informed consent in elderly people. *Minerva anesthesiologica*, 78(2), 236-242. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22127308/>.

Godinho, A. M., Lanziotti, L. H., & Morais, B. S. (2010). Termo de consentimento informado: a visão dos advogados e tribunais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60(2), 207-214. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000200014>.

Kauling, A. L. C., Locks, G. F., Brunharo, G. M., Cunha, V. J. L., & Almeida, M. C. S. (2010). Sedação consciente para endoscopia digestiva alta realizada por médicos endoscopistas. Campinas, SP: *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60(6), 580-583. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000600003>.

- Martins, M. do R. J., Blanco, V. G., Guerra, M. S., & Azeredo, Z. de A. S. (2020). O bem-estar da pessoa idosa: estudo comparativo entre duas áreas geográficas. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(3), 09-29. Recuperado em 30 dezembro, 2020, de: <file:///C:/Users/Dados/AppData/Local/Temp/51293-151361-1-SM.pdf>.
- Minayo, M. C. de S. (2012). O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Rio de Janeiro, RJ: *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 208-210. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200001>.
- Minossi, J. G. (2011) O consentimento informado: Qual o seu real valor na prática médica? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 38(3), 198-201. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912011000300011>.
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. A. C., Gouveia, & Silva, A. L. A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507-519. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.
- Miranda, F. B., & Santiago, L. M. (2020). O cuidado de si e o envelhecimento. *JMPHC/ Journal of Management & Primary Health Care*, 12, 1-14. Recuperado em 30 novembro, 2020, de: DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.562>.
- Mirandola, A. R. & Bós, A. J. G (2015). Relationship between physical function and decision-making capacity in oldest-old. *PAJAR-Pan American Journal of Aging Research*, 3(2), 53-59. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2015.2.22532>.
- Neri, A. L. (2014). *Palavras-chave em gerontologia*. (4^a ed.). Campinas, SP: Alínea.
- Paranhos, D. G. A. M., & Albuquerque, A. (2018). A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. *Revista de Direito Sanitário*, 19(1), 32-49. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p32-49>.
- Raymundo, M. M., & Goldim, J. R. (2008). Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. *Journal of medical ethics*. 34(8), 602-605. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: DOI: 10.1136/jme.2007.022111.
- Sakae, T. M., Sakae, G. R. F. M., & Ruzon, R. F. L. (2012). Perfil epidemiológico dos exames de Endoscopia Digestiva Alta no Hospital Nossa Senhora da Conceição de 2007 a 2010. Florianópolis, SC: *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 41(4), 38-41. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=ACM%20arq.%20catarin.%20med&connector=ET&lang=pt>.
- Saquetto, M., Schettino, L., Pinheiro, P., Sena, E. L. da S., Yarid, S. D., & Gomes Filho, D. L. (2013). Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista Bioética*, 21(3), 518-524. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a16v21n3.pdf>.

Souza, M. K., Jacob, C. E., Gama-Rodrigues, J., Zilberstein, B., Cecconello, I., & Habr-Gama, A. (2013). Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE): fatores que interferem na adesão. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 26(3), 200-205. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000300009>.

Wagner, G. P., & Parente, M. A. M. P. (2009). O desempenho de idosos quanto a tomada de decisão em duas variações do Iowa Gambling Test. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25(3), 425-433. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300017>.

Wittmann-Vieira, R., & Goldim, J. R. (2012) Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*, 25(3), 334-339. Recuperado em 30 novembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300003>.

World Health Organization. (WHO). (2015) *World report on ageing and health*. Geneva, Suisse: WHO. Recuperado em 4 dezembro, 2016, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1.

Recebido em 08/03/2021

Aceito em 30/03/2021

Bruna Borba Neves – Terapeuta Ocupacional. Mestre e Doutoranda em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Terapeuta Ocupacional em Gerontologia (CREFITO).

E-mail: brunanevesto@hotmail.com

Josemara de Paula Rocha – Fisioterapeuta. Doutora em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestre em Envelhecimento Humano. Especialista em Saúde do Idoso (Residência Multiprofissional) e em Fisioterapia em Gerontologia (ABRAFIGE).

E-mail: josemara.rocha@hotmail.com

Janete Rousselet de Souza - Médica Geriatra e Gerontóloga. Mestre em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Preceptora do Serviço de Medicina Interna do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

E-mail: neterou@gmail.com

José Roberto Goldim – Biólogo. Mestre em Educação. Doutor em Medicina: Clínica Médica. Docente no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da PUCRS, e pesquisador responsável pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (LAPEBEC / HCPUMA).

E-mail: jrgoldim@gmail.com