



Teleassistência em idosos: coerção, confiança e satisfação associadas à sua utilização

Telecare for the elderly: coercion, confidence and satisfaction associated with its use

Bruna Borba Neves¹
José Roberto Goldim^{1,2}

Resumo

Objetivo: avaliar a expressão de coerção, a confiança e a satisfação com o uso da teleassistência. *Método:* trata-se de estudo transversal do tipo estudo de casos prevalentes com idosos residentes na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil, e que já utilizavam serviços de teleassistência. As variáveis sociodemográficas utilizadas foram: *sexo, idade, escolaridade e estado civil*. Para avaliar a percepção de coerção foi aplicada a Escala de Percepção de Coerção em relação ao uso da teleassistência e o responsável pela tomada de decisão em utilizar a tecnologia. Foram avaliadas a confiança na utilização da tecnologia assistiva e a satisfação associada ao seu uso. A análise dos dados foi quantitativa, utilizando medidas estatísticas descritivas e inferenciais. Foram utilizadas médias e desvios-padrão. As diferenças foram avaliadas por análise de variância, com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). *Resultados:* a amostra foi composta por 25 idosos que utilizavam a teleassistência. Avaliando a distribuição das respostas obtidas foi possível identificar que 11 (44%) entrevistados não tiveram percepção de coerção associada à sua decisão. Os demais tiveram percepções variadas, com uma média de 23%. Os entrevistados declararam alta confiança e alta satisfação com a teleassistência. *Conclusão:* o processo de tomada de decisão associado ao uso de teleassistência teve uma baixa percepção de coerção associada à alta confiança e à satisfação com o uso da teleassistência.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Tecnologia Assistiva. Coerção.

Abstract

Objective: to evaluate the expression of coercion, confidence and satisfaction with the use of telecare. *Method:* a cross-sectional study was carried out of prevalent cases with elderly residents in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, who had already used telecare services. The sociodemographic variables used were: gender, age, schooling and

Keywords: Elder. Self-Help Devices. Coercion.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Bioética. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Financiamento: Fundação Médica do Rio Grande do Sul, Hospital das Clínicas de Porto Alegre –RS, Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na pesquisa (LAPEBEC). Processo nº 1799-X.

marital status. In order to evaluate the perception of coercion, the Perceived Coercion Scale was applied in relation to the use of telecare and those responsible for deciding to use the technology. Confidence in the use of telecare technology and the satisfaction associated with its use were evaluated. Quantitative data analysis was performed using descriptive and inferential statistical measures. Means and standard deviations were used. Differences were assessed by analysis of variance, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). *Results:* the sample consisted of 25 elderly people who used telecare. When evaluating the distribution of the answers obtained, it was found that 11 (44%) of those interviewed did not perceive any coercion associated with their decision. The others had varying perceptions, with an average of 23%. Respondents expressed high confidence and satisfaction with telecare. *Conclusion:* the decision-making process associated with the use of telecare had a low perception of coercion, combined with high confidence and satisfaction with the use of the technology.

INTRODUÇÃO

Conforme dados demográficos, há crescimento da população de idosos em nível mundial. Este fato tem proporcionado algumas reflexões e discussões, pois a fase da velhice provoca modificações físicas, biológicas, psicológicas e sociais no perfil do indivíduo e da própria população¹. Devido a essas alterações, os sistemas de saúde enfrentam desafios significativos na maioria dos países. Exemplo disso é a necessidade de maior eficiência, qualidade e equidade dos serviços de saúde, assim como o aumento da demanda por cuidados de saúde no próprio domicílio do paciente. A teleassistência foi desenvolvida, pelo menos em parte, devido à dificuldade e ao custo associado à contratação de pessoal para prestar serviços de saúde e cuidados em casa².

A teleassistência é uma tecnologia funcional e acessível, desenvolvida para atender a demanda de cuidados de longa duração de idosos³. Essa tecnologia de cuidados remotos consiste na utilização de equipamentos instalados no próprio domicílio, como telefones e detectores de queda, que permitem uma comunicação direta com um centro de atendimento, no caso de uma situação de emergência. Esse centro avalia o tipo e gravidade da situação para tomar as medidas adequadas no sentido de prestar a ajuda necessária ao usuário⁴.

A utilização dessa tecnologia não deve ser entendida como uma forma de restrição à autonomia do idoso, ao contrário, pode permitir que o idoso se sinta seguro para permanecer na sua própria casa. A autonomia é um fator fundamental para uma boa

qualidade de vida e é uma capacidade necessária para um processo de tomada de decisão adequado. A autonomia permite uma vida mais satisfatória, pois possibilita manter o direcionamento da sua própria vida e a sua independência⁵.

No entanto, a fase da velhice está revestida de preconceitos e estereótipos, que influenciam o cuidado direcionado aos idosos. A autonomia é pouco avaliada e parece natural que o cuidado seja de responsabilidade dos familiares, que podem sentir-se autorizados a decidir, orientar, prover e administrar a vida do idoso⁶. Um ambiente familiar superprotetor, onde os cuidadores assumem todas as atividades do idoso para si, pode levar à dependência aprendida, desestimulando os idosos a exercerem a sua autonomia⁷.

Em muitas situações do cotidiano, observa-se que mesmo os profissionais de saúde menosprezam a capacidade de tomada de decisão do idoso, fornecendo informações superficiais sobre seu tratamento e diagnóstico, que podem prejudicar a liberdade do idoso para decidir sobre o que considera melhor para seu cuidado⁸. Podendo coagir o idoso a tomar decisões que não estão de acordo em relação à sua vida e sua saúde.

Sendo a coerção definida segundo Piaget: “Toda relação entre dois ou mais indivíduos na qual intervém um elemento de autoridade ou de prestígio”. Ainda, de acordo com o mesmo autor, a coerção “existe na medida em que é sofrida, (...) independentemente do grau efetivo de reciprocidade existente”⁹.

Nesse contexto, a utilização crescente de novas tecnologias no cuidado e acompanhamento de idosos tem gerado questionamentos sobre a efetiva participação e do respeito à autodeterminação das pessoas envolvidas. A avaliação do grau de coerção percebido no processo de tomada de decisão e o grau de confiança e satisfação sobre a utilização ou não dessas novas tecnologias assistivas podem gerar a possibilidade de verificar a preservação da autodeterminação.

Desta forma, o objetivo do presente artigo foi avaliar a expressão de coerção, a confiança e a satisfação com o uso da teleassistência de um grupo de idosos que utilizava esta tecnologia em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal do tipo estudo de casos prevalentes. A população estudada foi composta por idosos moradores da cidade de Porto Alegre (RS) que faziam uso da tecnologia de teleassistência na condição de clientes da empresa *TecnoSenior*, por meio de sua associada *Iris.Senior*. Foi realizado o contato com estas duas empresas e solicitou-se o cadastro de seus clientes que já utilizavam a tecnologia e que se enquadrassem nos critérios de elegibilidade da pesquisa. Sendo os critérios de inclusão ser idoso, ou seja, pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, e já estar utilizando tecnologia de teleassistência. Como critério de exclusão foi utilizado à impossibilidade

de entender a sua participação na pesquisa ou o preenchimento do instrumento.

As empresas de teleassistência disponibilizaram o contato de 73 idosos; esse contato com os potenciais participantes foi realizado pelo telefone. Não foram localizados 18 idosos. Desta forma, foram feitos contatos com os demais 55 idosos, sendo que 25 (45,45%) idosos aceitaram participar da pesquisa (Figura 1). A pesquisa foi realizada no domicílio dos idosos pela própria pesquisadora e única avaliadora.

As variáveis sociodemográficas utilizadas foram: *sexo, idade, escolaridade e estado civil*. Para avaliar a percepção de coerção foi utilizada a Escala de Percepção de Coerção em relação ao uso da teleassistência com a pergunta: “Quem foi o responsável pela tomada de decisão em utilizar a tecnologia?”. Foram avaliadas a confiança na utilização da tecnologia assistiva e a satisfação associada ao seu uso. Essas variáveis foram obtidas por meio de escalas análogas visuais com variação entre 0% e 100%. O participante marcava a sua percepção em um intervalo entre esses valores, sem que houvesse qualquer delimitador intermediário em uma linha de 10 cm de comprimento, que se iniciava em 5% e terminava em 100%.

A Escala de Percepção de Coerção é derivada de uma escala para avaliar coerção em internação psiquiátrica, a *MacArthur Admission Experience Survey*, que é composta por 16 questões¹⁰. Esse instrumento foi desenvolvido pelo *MacArthur Coercion Study* e validado para a língua portuguesa falada no Brasil por Taborda¹¹.

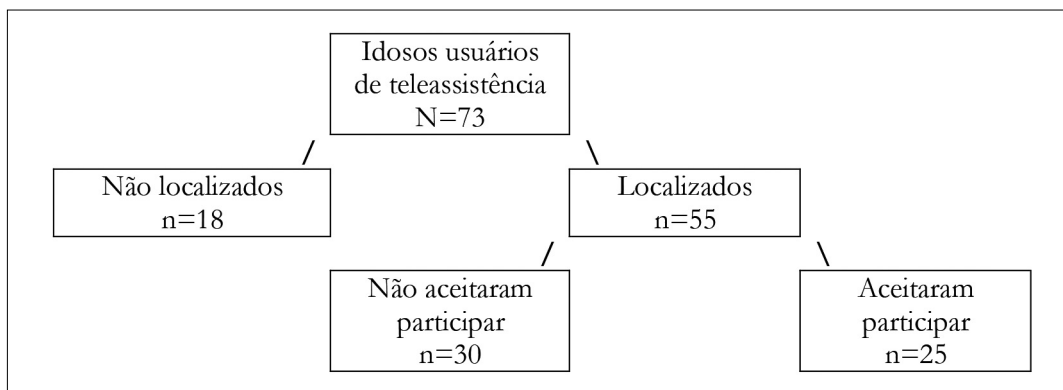


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção da amostra.

A Escala de Percepção de Coerção, já traduzida e validada para o português falado no Brasil, foi adaptada para o uso da teleassistência no presente estudo. Essa escala é composta por quatro sentenças nas quais o participante deverá assinalar se concorda ou discorda. Nas duas primeiras as afirmativas indicam uma falta de coerção associada, ou seja, as pessoas que discordam demonstram que houve uma percepção de coerção associada à situação relatada. Nas duas últimas questões, ocorre o inverso, pois a concordância com a afirmativa é que demonstra a percepção de coerção. A primeira questão se refere ao fato de o entrevistado ter tido oportunidade suficiente de dizer se queria utilizar a tecnologia assistiva. A segunda questão se refere à oportunidade de dizer o que queria a respeito do uso da tecnologia assistiva. A terceira questão se refere ao fato de que ninguém parecia interessado em saber se o participante queria usar a tecnologia assistiva. A última questão se refere ao fato de a opinião do participante sobre o uso da tecnologia assistiva não ter interessado. Nessa escala foi inserida também uma pergunta aberta sobre quem foi a pessoa responsável pela tomada de decisão em utilizar a tecnologia.

O instrumento é autoaplicável, em cada resposta o participante opta em assinalar a alternativa *concordo* ou *discordo*. As respostas podem variar de 0 a 4 pontos, sendo 0 a representação de uma ausência de coerção e 4 uma percepção de coerção máxima. Com o objetivo de facilitar a compreensão dos resultados da amostra como um todo foi realizada uma transformação de uma escala de quatro pontos em um valor percentual. Assim, 0 ponto corresponde a 0% e 4 pontos correspondem a 100% de percepção de coerção.

A coerção também pode ser avaliada pelas respostas individuais dadas a cada uma das quatro questões, que avaliam diferentes perspectivas do processo de tomada de decisão.

A coleta ocorreu entre dezembro de 2016 e março de 2017. A análise dos dados foi quantitativa, utilizando medidas estatísticas descritivas e inferenciais. Foram utilizadas médias e desvios-

padrões. As diferenças foram avaliadas por análise de variância, com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Esse estudo foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) sob o nº 105166/2016. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 25 idosos que já utilizavam a teleassistência antes da coleta de dados. A média de idade apresentada pelo grupo foi de 82,24 anos, variando de 60 a 94 anos. Na amostra, 23 (92%) eram do sexo feminino e apenas dois (8%) do masculino. A maioria dos participantes, 15 (60%), era de pessoas viúvas. A média de escolaridade foi de 13,58 anos de estudo e a moda e a mediana de 12 anos (Tabela 1).

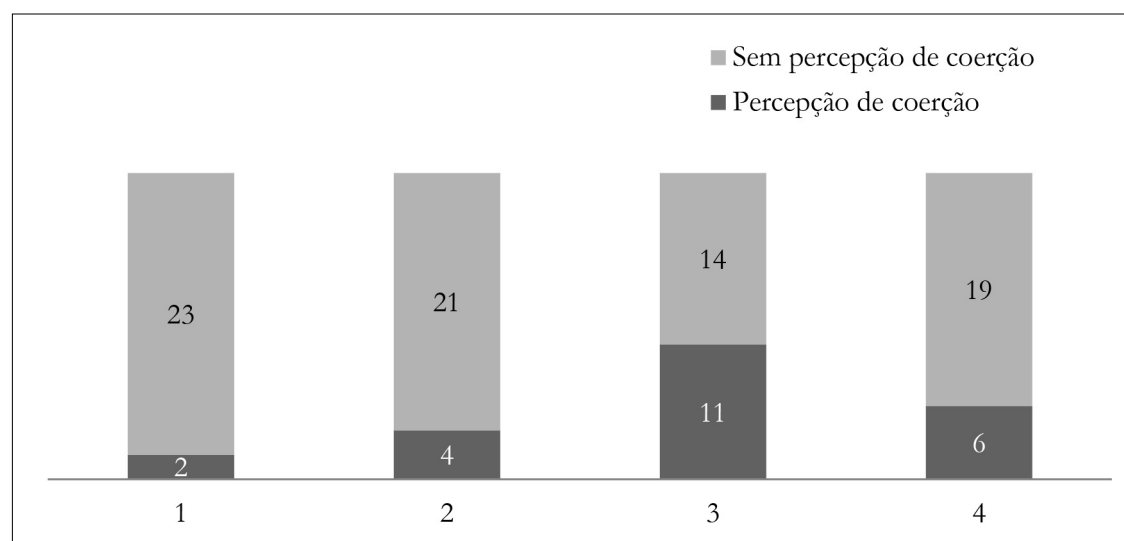
Dentre esses idosos, a maioria relatou morar sozinho ($n=21$; 84%) e apenas quatro (16%) relataram que moravam com alguém, que variavam entre o marido ou a esposa, filhos e/ou netos.

A média na Escala de Percepção de Coerção foi de 23% (± 24), variando de 0% a 75%. Nenhum participante apresentou 100% de percepção de coerção para utilizar a teleassistência.

A maioria dos participantes, 23 dos 25 idosos, referiu ter tido oportunidade suficiente de dizer se queria utilizar a teleassistência. Da mesma forma, 21 dos 25 participantes referiram ter tido a oportunidade de dizer o que queria a respeito do uso da tecnologia. O interesse em saber se o participante queria usar esse dispositivo teve respostas mais equilibradas, pois 11 participantes afirmaram que havia esse interesse e 14 que não tinham essa percepção. A maioria dos participantes, 19 dos 25 idosos, percebeu que a sua opinião foi considerada no processo de tomada de decisão em utilizar a tecnologia (Figura 2).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos usuários da teleassistência.

Dados sociodemográficos	n (%)	Média e desvio-padrão
Sexo		
Feminino	23 (92)	
Masculino	2 (8)	
Idade (em anos)		
60 ---70	1(4)	82,24 (\pm 6,71)
70 --- 80	6 (24)	
80 --- 90	16 (64)	
90 ---100	2 (8)	
Escolaridade (em anos)		
1 --- 8	3 (12)	13,58 (\pm 6,98)
9 ---12	10 (40)	
<12	12 (48)	
Estado civil		
Casado	3 (12)	
Solteiro/Separado	7 (28)	
Viúvo	15 (60)	



Questões da Escala de Percepção de Coerção:

- 1- se teve oportunidade suficiente de dizer se queria utilizar;
- 2- se teve oportunidade de dizer o que queria a respeito do uso;
- 3- se tiveram interesse em saber se o participante queria usar;
- 4- se a opinião do participante foi considerada no processo de tomada de decisão.

Figura 2. Respostas individuais às quatro questões da Escala de *MacArthur* para Avaliação de Percepção de Coerção associada ao uso da tecnologia de teleassistência (N=25).

Quando questionados sobre quem foi o responsável pela tomada de decisão, 12 (48%) idosos responderam que foram eles próprios, 11 (44%) responderam que foram os filhos, um (4%) relatou que foi uma amiga e outro (4%) que foi a sua médica que decidiu.

É importante salientar que os valores de percepção de coerção obtidos tiveram valores que variaram de acordo com quem tomou a decisão, apresentando diferença se foi o familiar, a amiga, a médica ou o idoso que teve a tomada de decisão em utilizar a tecnologia. A maior média de coerção foi observada quando alguém de fora da família - médica ou amiga - tomou a decisão [$M=1,50 (\pm 0,71)$].

A decisão quando tomada por familiares teve um valor médio de 1,18 ($\pm 1,08$). Finalmente, a menor média de coerção foi observada quando a própria pessoa entrevistada tomou a decisão [$M=0,58 (\pm 0,79)$] (Tabela 2). Não foi verificada diferença significativa entre as médias verificadas em todas as situações de tomada de decisão ($p > 0,05$).

Foi realizada a comparação da confiança e da satisfação em relação ao uso e com quem teve o papel mais importante na tomada de decisão em utilizar a tecnologia. As comparações entre as médias obtidas com os próprios usuários ou com os familiares foram não significativas ($p > 0,05$). Não foi possível fazer essa comparação com o grupo fora da família por ter apenas duas pessoas.

Tabela 2. Resultados referentes ao responsável pela decisão em utilizar a teleassistência em relação à percepção de coerção, confiança e satisfação.

Responsável pela decisão em utilizar a teleassistência	Percepção de coerção	Confiança na tecnologia	Satisfação com o uso
	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Próprio usuário	0,58 ($\pm 0,79$)	83,92 ($\pm 19,88$)	84,58 ($\pm 28,41$)
Familiares	1,18 ($\pm 1,08$)	84,04 ($\pm 19,39$)	84,82 ($\pm 15,29$)
Alguém fora da família (médica ou amiga)	1,50 ($\pm 0,71$)	54,00 ($\pm 65,05$)	32,00 ($\pm 31,11$)

dp= desvio-padrão.

DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por 25 idosos, com média de idade de 82,24 anos, com uma variação de 60 a 94 anos. Essa amostra está de acordo com o demonstrado em outros dados demográficos, que demonstram um crescimento da população de idosos em nível mundial. Esses dados também apresentam um aumento do percentual de idosos com idade superior a 80 anos¹.

A maioria dos participantes do estudo foram mulheres, com uma frequência de 92%. Essa proporção é superior a verificada na população em geral, quando as mulheres perfazem 50,4%. Esse aumento na participação feminina na amostra que utiliza teleassistência pode ser, talvez, devido ao fato de as mulheres procurarem mais os serviços de saúde, e as opções de cuidados para saúde e medidas de

segurança, apresentando maiores taxas de adesão aos programas de prevenção e utilização de tecnologias⁹.

A proporção de pessoas viúvas (60%) nessa pesquisa está de acordo com os valores descritos em outros estudos, que mostram dados que variam de 60% a 70%^{1,10}.

Com relação à escolaridade dos participantes, a média foi de 13,58 anos de estudo. Esse valor é superior ao verificado na população brasileira que é de 7,8 anos¹¹.

A proporção de indivíduos morando sozinhos em nossa pesquisa foi de 84%, resultado também encontrado em outro estudo, o que pode refletir que a opção de viver sozinho pode ser por preferências pessoais e ser um estágio temporário no ciclo de vida do indivíduo. Ademais, há maior proporção de

idosos brasileiros mais velhos vivendo sozinhos do que de idosos mais jovens e esse diferencial cresceu com o tempo¹⁰. Além disso, as pessoas que vivem sozinhas são mais propensas a adotar a teleassistência.

É possível que o fato de viver sozinho e a utilização da teleassistência sejam devido a uma necessidade relativamente alta a algum tipo de suporte, em comparação com pessoas que vivem com um parceiro ou parente³. Sendo a autonomia a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como viver de acordo com suas próprias regras, essa 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 sociais¹².

Dessa forma, compreende-se a importância de estudar a tomada de decisões para o bem-estar no processo de envelhecimento, pois esse é marcado por situações significativas, como aposentadoria, problemas de saúde, perda de entes queridos e outros¹³. Tomar uma decisão envolve diversas habilidades, como a possibilidade de se envolver com o assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativa entre as diversas opções e comunicar sua preferência sabendo os riscos da sua escolha. Essas habilidades estão ligadas diretamente à capacidade de exercer sua autonomia, determinar e executar seus próprios desejos^{14,15}. Todas essas características estavam presentes nos participantes desse estudo.

Os idosos foram os principais responsáveis por tomar a decisão de utilizar a teleassistência, com uma frequência de 48%. Na fase da velhice é necessário realizar escolhas difíceis, muitas vezes, relacionadas à própria saúde do idoso e aos processos que ele pode vir a passar. A participação do idoso nesse processo não deve ser apenas um assentimento ou delegação de decisão¹⁶.

Em outra parcela da amostra (44%), os familiares foram os responsáveis por tomar a decisão de utilizar a teleassistência. Outros estudos demonstram que a rede social, representada pelos familiares, pessoas próximas ou cuidadores, são as pessoas que os idosos podem contar no momento de decidir algo ou a quem possam delegar a tomada de decisão¹⁷.

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 das escolhas durante a trajetória de vida e a independência¹⁸.

A compreensão de que a pessoa idosa deva participar do processo de tomada de decisões pautada na sua autodeterminação, permite identificar que o idoso se apresenta como personagem principal. Torna-se então relevante que as ações em saúde sejam discutidas não apenas para eles, mas principalmente com eles, para que se preserve e incremente a autonomia do idoso. A busca pelo direito de agir de maneira independente, que pode ser demonstrado pela confiança e pela satisfação associadas ao uso de teleassistência, poderá possibilitar uma longevidade saudável e agradável para a população que segue envelhecendo¹⁹.

O presente estudo teve como limitações o tamanho de amostra e a sua abrangência geográfica. Sugerimos que outros estudos com maior tamanho e diversidade de amostra poderão ser úteis na geração de novos conhecimentos que permitam avaliar com mais detalhes o uso de teleassistência em pessoas idosas.

CONCLUSÃO

Os idosos que utilizavam a teleassistência apresentaram um perfil sociodemográfico semelhante ao da população idosa, maior percentual de mulheres; média de idade de 82,24 anos, variando de 60 a 94 anos evidenciando sua longevidade; maioria viúva e de pessoas morando sozinhas.

O processo de tomada de decisão associado ao uso de tecnologia teve uma baixa percepção de coerção na quase totalidade dos participantes da pesquisa, demonstrando que os idosos continuam com autonomia para decidir sobre o gerenciamento de suas escolhas. Os idosos apresentaram alta confiança e satisfação em relação ao uso da teleassistência. Esses resultados permitem antever que na amostra estudada o uso desta tecnologia traz benefícios, pois em todas as variáveis avaliadas os resultados foram favoráveis.

REFERÊNCIAS

1. Liposcki DB, Andreis LM, Silva SA, Rosa Neto F. Aptidão motora de idosos longevos - implicações cognitivas e socioemocionais. *Rev Kairós*. 2016;19(22):227-39.
2. Rodríguez LG, Castro ST, Ramírez DM, Robledo LMG, Cuevas RP. Tele-asistencia y tele-alarma para adultos mayores: experiencias preliminares en México. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):711-7.
3. Peeters JM, Veer AJE, Hoek LVD, Francke AL. Factors influencing the adoption of home telecare by elderly or chronically ill people: a national survey. *J Clin Nurs*. 2012;21(21-22):3183-93.
4. Aceros JC, Cavalcante MTL, Domènech M. Identidad de lugar en usuarios de teleasistencia: un análisis conversacional. *Rev Latinoam Psicol*. 2013;45(1):80-4.
5. Celich KLS, Creutzberg M, Goldim JR, Gomes I. Aging with quality of life: the perception of elderly people participating in social groups. *Rev Min Enferm*. 2010;14(2):226-32.
6. Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL. Reflections on nursing care and the autonomy of the human being in hospitalized. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):958-62.
7. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. 4. ed. Campinas: Alínea; 2014.
8. Cunha JXP, Oliveira JB, Nery VAS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Autonomy of the elderly and its ethical implications on nursing care. *Saúde Debate*. 2012;36(95):657-64.
9. 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.
10. Gardner W. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the Hospital Admission Process. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1254-60.
11. Tabora JGV. Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
12. Jahan S. Human Development Report 2016. Geneve: UNDP; 2017.
13. Souza JR. Risco, desconhecimento e incerteza em procedimento assistencial diagnóstico em idosos [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.
14. Wettstein MF. Bioética e restrições alimentares por motivações religiosas: tomada de decisão em tratamentos de saúde [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
15. Mirandola AR, Bós AJG. Relation between functional capacity and capacity of decision-making in long-lived. *PAJAR*. 2015;3(2):53-9.
16. Wiesiolek CC, Foss MP, Diniz PRB. Normal aging and decision-making: a systematic review of the literature of the last 10 years. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(3):255-9.
17. Wagner GP, Parente MAMP. O desempenho de idosos quanto a tomada de decisão em duas variações do Iowa Gambling Test. *Psicol Teor Pesqui*. 2009;25(3):425-33.
18. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):334-9.
19. Raymundo MM, Goldim JR. Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. *J Med Ethics*. 2008;34(8):602-5.

Recebido: 10/12/2017

Revisado: 06/03/2018

Aprovado: 25/06/2018