

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS – CCSH  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**EXPRESSÃO DE COERÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE  
PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Ana Luiza Portela Bittencourt**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2010**

**EXPRESSÃO DE COERÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE  
PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

**por**

**Ana Luiza Portela Bittencourt**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**.

**Orientador: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana**  
**Co-orientadora: Maria Teresa Aquino de Campos Velho**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2010**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

A Comissão examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de mestrado

**EXPRESSÃO DE COERÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE PACIENTES  
ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

elaborada por  
**Ana Luiza Portela Bittencourt**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Psicologia**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana**  
(Presidente/orientador)

---

**Prof. Dr. José Roberto Goldim (UFRGS)**

---

**Profa. Dra. Adriane Rosso (UFSM)**

Santa Maria, 14 de dezembro de 2010

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Alberto Manuel Quintana por aceitar novamente o desafio de me auxiliar a conduzir mais uma pesquisa e, nesse processo, dar-me as orientações necessárias e, ao mesmo tempo, a liberdade de tomar meus próprios direcionamentos.

À professora Maria Teresa Aquino de Campos Velho, pela co-orientação deste trabalho e auxílio na viabilização das coletas.

Ao professor José Roberto Goldim e à Júlia Schneider Protas pelo auxílio na idealização do projeto e por gentilmente me apoiarem na realização desta pesquisa no contexto da cidade de Santa Maria.

Aos amigos e colegas pelos momentos de descontração e catarse.

Aos meus queridos “coletadores”: Laura Anelise Faccio Wottrich, Amanda Schöffel Sehn e Evandro de Quadros Cherer, afinal, sem vocês esta pesquisa jamais seria viável.

A minha família e ao meu namorado, simplesmente por tudo!

## **RESUMO**

Dissertação de Mestrado  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Universidade Federal de Santa Maria

### **EXPRESSÃO DE COERÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE PACIENTES ATENDIDOS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Autora: Ana Luiza Portela Bittencourt  
Orientador: Alberto Manuel Quintana  
Co-orientadora: Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Este trabalho aborda a percepção de coerção, por parte do paciente, no processo de consentimento livre e esclarecido o qual se constitui como elemento importante na área da saúde. A percepção de coerção pode estar associada a essa prática de modo que o sujeito perceba que não foi capaz de expressar sua vontade com relação ao seu tratamento.

Buscou-se avaliar se o paciente percebeu-se capaz de expressar sua opinião no processo de autorização para a realização de procedimentos assistenciais e compreender os fatores envolvidos nesta percepção, de acordo com estes sujeitos. Também utilizou-se instrumentos de avaliação do nível de alfabetismo funcional e desenvolvimento psicológico-moral a fim de melhor compreender os fatores envolvidos na tomada de decisão em assistência à saúde.

O presente trabalho constituiu-se em um estudo transversal, onde foi aplicada a Escala de Expressão de Coerção em Assistência, o Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Psicológico-moral e o Instrumento de Avaliação de Alfabetismo Funcional em duas amostras: uma constituída de 143 pacientes ambulatoriais e outra de 142 pacientes internados no HUSM. Utilizou-se também a técnica de entrevista semi-estruturada para poder compreender os fatores que levaram os pacientes a indicar desconforto ao expressar-se. Estes sujeitos constituem uma sub-amostra, sendo composta por 6 dos sujeitos os quais responderam aos questionários citados anteriormente e apresentaram algum grau de expressão de coerção na escala aplicada com a finalidade de avaliar este dado.

Nos resultados encontrados, os dados relativos a esta medida não se diferenciam entre as amostras, e indicam um nível baixo de percepção de coerção ao expressar-se. Foi observado que os sujeitos da pesquisa, em sua maioria, encontram-se no nível “consciosos” da escala de desenvolvimento psicológico-moral. Em ambas as amostras houve prevalência do nível rudimentar de alfabetismo funcional. Na sub-amostra entrevistada pode-se observar que a identificação, pelo paciente, de que não teve voz no tratamento parece interligada ao fornecimento de informação, às vivências junto ao hospital, e ainda a elementos como o tempo de vinculação à instituição, à gratidão e ao modo como as vivências foram integradas psiquicamente pelo sujeito.

Palavras-chave: coerção; bioética; assistência hospitalar.

## **ABSTRACT**

Dissertação de Mestrado  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Universidade Federal de Santa Maria

### **EXPRESSION OF COERCION IN CARE OF PATIENTS TREATED IN A UNIVERSITY HOSPITAL**

Author: Ana Luiza Portela Bittencourt

Advisor: Alberto Manuel Quintana

Co-Advisor: Maria Teresa Aquino de Campos Velho

This work approaches the perception of coercion, on the part of the patient, in the process of informed consent which constitutes an important element in health. The perception of coercion may be associated with this practice so that the subject perceives that has not been able to express their will with respect to its treatment.

One searched to evaluate if the patient perceived himself able to express his opinion in the authorization process for the realization of care procedures and understand the involved factors in this perception, according to these subjects. Also one used instruments of evaluation of the level of literacy and development psychological-moral in order to better understand the factors involved in decision making in healthcare.

The present work consists in a transversal study, which was applied Expression Scale of Coercion in Care, the Instrument of Evaluation of the Development Psychological-moral and the instrument of Evaluation of Literacy in two samples: one consisting of 143 outpatients and another of 142 patients admitted to HUSM. The technique of half-structuralized interview was also used to understand the factors that had taken the patients to indicate discomfort in expressing themselves. These subjects constitute a sub-sample, consisting of six subjects who responded to the questionnaires mentioned above showing some degree of expression of coercion on the scale applied in order to evaluate this data.

In the found results, the relative data to this measure are not differentiated between the samples, and indicate a low level of perception of coercion when expressing itself. It was

observed that the research subjects, in its majority, meet in “the conscientious” level of the development scale psychological-moral. In both the samples had prevalence of the rudimentary level of literacy. In sub-sample interviewed may be noted the identification by the patient, of whom did not have voice in the treatment seems linked to the supply of information, the experiences with the hospital, and also the elements as the time of attachment to the institution, the gratitude and the way as the experiences had been integrated psychically by the subject

Keywords: coercion; bioethics; hospital care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INAF – Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO A- Escala de Expressão de Coerção em Assistência .....	92
ANEXO B- Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-moral .....	93
ANEXO C- Instrumento de Avaliação de Alfabetismo Funcional .....	94
ANEXO D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/questionários .....	95
ANEXO E- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/entrevistas .....	97

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	3
<b>RESUMO</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	8
<b>LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES</b> .....	9
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	15
1. Bioética: ponto de partida.....	15
2. O Consentimento livre e esclarecido: processo ou documento.....	19
3. Tomada de decisão – mais que uma escolha .....	22
4. Informar para quê.....	26
5. Poder médico: autonomia x paternalismo.....	29
6. Coerção e percepção de coerção.....	32
<b>OBJETIVOS</b> .....	37
1. Objetivo Geral .....	37
2. Objetivos Específicos .....	37
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	38
<b>ARTIGOS CIENTÍFICOS</b> .....	42
1. Respeitando as decisões do paciente: avaliação do grau de expressão de coerção em assistência .....	43
2. A voz do paciente: por que ele se sente coagido.....	68
<b>CONCLUSÕES</b> .....	87

## APRESENTAÇÃO

O trabalho aqui apresentado consiste na dissertação de mestrado intitulada “Expressão de coerção em assistência de pacientes atendidos em um hospital universitário”, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria em 14 de dezembro de 2010. O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, número do processo: 23081.008678/2009-20, tendo sido aprovado pelo mesmo comitê, CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0142.0.243.000-09. O trabalho é apresentado da seguinte forma:

1. Introdução, revisão da literatura e objetivos;
2. Artigos: “Respeitando as decisões do paciente: avaliação do grau de expressão de coerção em assistência” e “A voz do paciente: por que ele se sente coagido?”.
3. Conclusões.

Outros documentos utilizados, como os instrumentos e termos de consentimento livre e esclarecido, estão apresentados nos anexos.

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação organizou-se a partir do contato da mestrandia com o projeto de pesquisa desenvolvido pela, então mestrandia, Júlia Schneider Protas, intitulado: “Adaptação da Escala de Percepção de Coerção em Pesquisa e da Escala de Expressão de Coerção para procedimentos assistências em saúde”, sob orientação do Professor Doutor José Roberto Goldim, e do auxílio, por ela realizado, nas coletas de dados do mesmo. O projeto referido se deu no âmbito do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sendo desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e vinculado ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ressalta-se que foi a partir do contato com este grupo e com o trabalho por ele desenvolvido é que as idéias de elaboração desta dissertação se originaram. Foram aplicados instrumentos utilizados em pesquisas que vêm sendo desenvolvidas por esse laboratório e cedidos para uso no contexto da cidade de Santa Maria. Tais instrumentos serão então empregados focalizando a população santamariense, mais especificamente os pacientes atendidos no hospital universitário da cidade.

A sociedade atual desenvolveu-se enormemente nos últimos anos e hoje é considerada uma sociedade livre, que reconhece os direitos humanos e os respeita. As novas possibilidades postas pelos avanços na área da saúde, nessa sociedade, levaram à modificação da relação médico-paciente. O paciente foi posto numa outra posição, menos passiva no que se refere à participação na consulta e na escolha do tratamento. Com a mudança do tipo de relação mais paternalista para a do tipo autonomista/deliberativo é, então, permitido o acesso à informação sobre os recursos disponíveis ao paciente, podendo este questionar a utilização dos mesmos e interferir na conduta (MARCOLINO & COHEN, 2008).

Nesse contexto se constitui a importância do processo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual é um dos temas de interesse para a área bioética. O processo de consentimento livre e esclarecido em assistência visa ao auxílio a uma decisão voluntária e autônoma (Baú, 2000). Para tanto, Cohen e Marcolino (2008) afirmam que o paciente não pode se perceber coagido a indicar qualquer resposta deve, ainda, ser capaz de tomar decisões por si próprio e também de compreender aquilo que está posto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), já que muitas vezes essa é a única forma de informação. O TCLE, por sua vez, tem por finalidade, na condição de assistência em saúde, “registrar

adequadamente as informações que o paciente recebeu sobre os procedimentos e condutas a serem realizados, assim como dos benefícios, riscos e desconfortos associados” (BULLA, BENINCASA, GOLDIM & FRANCISCONI, 2003, p.102).

Para Clotet (1995), a relevância em respeitar o consentimento livre e esclarecido enquanto processo que realmente produza os efeitos esperados (uma decisão baseada no entendimento da informação e de modo livre e autônomo) não está apenas no fato de que esta é uma atitude ética, mas também no fato de que tal processo viabiliza o diálogo médico-paciente evitando que se estabeleça uma atitude prepotente por parte do profissional que, dessa forma, reconhece o paciente como sujeito autônomo e merecedor de respeito. Segundo o autor, o consentimento livre e esclarecido é uma forma humanitária e eticamente correta de conduzir as relações entre o médico e o paciente.

No entanto, sabe-se da existência de falhas nesse processo informacional, de forma que o paciente, ao buscar atendimento, pode vir a sentir-se coagido a aceitar um tratamento que não corresponde ao que era esperado por ele. Desse fato podem decorrer conseqüências como desconforto sentido devido a comportamentos coercitivos além de reações de caráter psíquico (Lidz et al., 1998). Assim, cabe também à psicologia lançar seu olhar sobre tais aspectos a fim de contribuir com a saúde psíquica e qualidade de vida do paciente usuário das instituições de saúde, no caso aqui posto, das instituições hospitalares.

Sabendo da importância desse processo e das condições para que este cumpra seu papel, será aplicada a Escala de Expressão de Coerção em Assistência bem como se buscará avaliar o estágio de desenvolvimento psicológico-moral e identificar a ocorrência de alfabetismo funcional dos participantes da pesquisa por meio de instrumentos destinados a esse fim. Com isso pretende-se avaliar se, no processo de consentimento livre e esclarecido em assistência, o paciente sentiu-se livre para decidir de forma realmente autônoma e voluntária.

A presente dissertação traz também uma reflexão acerca do processo de consentimento livre e esclarecido e alguns dos elementos constitutivos desde, como a informação e o próprio consentimento (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002), este inserido nas ponderações a respeito da tomada de decisão. Visa-se, sobretudo, pensar a cerca da percepção de coerção por parte do paciente no momento de expressar suas escolhas a respeito da terapêutica a seguir no acompanhamento hospitalar, buscando compreender como se dá essa percepção e que fatores podem ocasioná-la.

Convém destacar que, durante a efetivação da pesquisa, percebeu-se através do contato com os próprios participantes e das conversas informais com técnicos da instituição,

que no hospital onde foi realizada a coleta de dados, não é comum a apresentação ao paciente de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todas as condutas terapêuticas realizadas. Embora tal fato não invalide a pesquisa, pois esta enfoca a percepção de coerção no processo de consentimento e não na obtenção do TCLE, isso levou ao questionamento, pelos autores, a respeito do uso do instrumento de avaliação do alfabetismo funcional uma vez que este avalia especificamente a compreensão da leitura de textos. No entanto, optou-se por continuar com o emprego deste instrumento como elemento que possibilitaria uma melhor caracterização do nível de compreensão de leitura dos pacientes atendidos pela instituição, já indicando a viabilidade, ou não, do emprego de documentos textuais como forma de informação.

A presente dissertação é apresentada em duas partes principais. A primeira delas comporta a revisão da literatura sobre o tema e em um segundo momento são apresentados, em formato de artigo, os resultados e discussões que surgiram ao longo da análise dos dados.

## REVISÃO DA LITERATURA

Percebe-se que a sociedade ocidental, se desenvolveu no sentido de enfatizar a importância da liberdade dos sujeitos indicando a relevância de escolhas autônomas. Também houve um grande progresso na área da saúde, com tratamentos cada vez mais avançados e diagnósticos cada vez mais precisos. Isso leva, de acordo com Marcolino e Cohen (2008), à modificação na relação do médico com o paciente. Essa se torna mais distante e mecânica, ao mesmo tempo em que se enfatiza a importância de o sujeito participar das escolhas a cerca de seu tratamento expondo sua vontade.

Para conhecer a vontade do paciente é preciso que exista uma proximidade com ele. De acordo com Helman (2003), a medicina, ao longo dos tempos, buscou uma abordagem humanitária visando tratar a doença, amenizando o sofrimento e a dor dos seres humanos. No entanto, essa busca hoje se baseia no uso de meios disponíveis que estejam sustentados pela racionalidade científica. Tal entendimento faz com que os fenômenos relacionados à saúde só se tornem reais se passíveis de quantificação através da testagem das hipóteses sob condições objetivas e empiricamente controladas, o que possibilita a concretização desses fenômenos em fatos clínicos cujas causas e efeitos podem ser descobertos. Segundo o autor tal entendimento coloca as crenças dos pacientes em uma posição secundária em relação aos indicadores da doença que possam ser postos objetivamente.

É nessa relação, hoje abalada por fatores jurídicos e tecnológicos, que se coloca o pensar sobre o processo de consentimento livre e esclarecido e a percepção de coerção, por parte do paciente, na vivência desse momento. Para o entendimento do leitor a respeito dessa temática, julgou-se relevante um breve histórico sobre o desenvolvimento da Bioética, direcionando, então, para a temática do processo de consentimento livre e esclarecido e da percepção de coerção, mais especificamente.

### **1. Bioética: ponto de partida.**

Para dar início ao presente trabalho buscou-se apresentar o tema bioética, pois é a partir dessa compreensão que se irá abordar aspectos relativos ao processo de consentimento

livre e esclarecido em assistência e a percepção de coerção dos pacientes diante desse. Faz-se constar que o presente trabalho pauta-se, sobretudo, no entendimento principialista, o qual é um dos mais difundidos e utilizados na bioética (GOLDIM & PROTAS, 2008) e que, segundo Diniz e Guilhem (2005), encabeçou grande parte das discussões realizadas no Brasil, embora atualmente contemple-se outras formas de concepções da bioética no país.

Segundo Goldim e Protas (2008), o termo “bioética” foi usado pela primeira vez por Fritz Jahr, em 1927, sendo a bioética entendida como o reconhecimento de obrigações éticas do sujeito para com outros seres vivos, humanos ou não. Outro nome apontado pelos autores como importante na definição desse conceito é Van Rensselaer Potter, a quem por muito tempo foi atribuída a paternidade do termo. Potter, no final da década de 80, amplia seu entendimento sobre a abrangência da bioética passando a enfatizá-la como interdisciplinar e assim restaurando o centro da reflexão sobre as questões da medicina e da saúde (GOLDIM, 2006). No presente trabalho utiliza-se a definição de Goldim (2006), que entende a bioética como uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver.

Com relação à identificação de um marco inicial, observa-se que tal distinção é uma tarefa ainda debatida entre muitos autores. Pessini e Barchifontaine (2007) apontam alguns momentos que impulsionaram os estudos na área, os quais são destacados aqui por entendê-los também como de grande relevância. Em ordem cronológica, o primeiro dos marcos apontados pelos autores foi publicação na revista *Life*, em 1962, do artigo de Shana Alexander intitulado “Eles decidem quem vive e quem morre”. Tal artigo debatia a respeito de um comitê formado, na época, em Seattle, cujo objetivo era a seleção de pacientes para o programa de hemodiálise recentemente aberto na cidade. A formação de um comitê como esse traz, acima de tudo, questionamentos a cerca de quem seria capaz de tomar tais decisões e sob que critérios. Esse parece ser o princípio do que são hoje os comitês de bioética<sup>1</sup> presentes em inúmeras instituições.

O segundo impulso apontado foi o primeiro transplante de coração de uma pessoa morta para um doente terminal. Tal operação foi realizada em 1967 por Christian Barnard e suscitou questões a respeito da origem do órgão, se o doador estava realmente morto e se os

---

<sup>1</sup> Órgãos consultivos, deliberativos e educativos que existem dentro da estrutura de saúde, geralmente nos hospitais, formados por um grupo multidisciplinar e de ação interdisciplinar, que atuam na tentativa de conduzir casos clínicos nas situações onde exista conflito de valores, ou seja, dilemas éticos. O principal foco de ação dos comitês de bioética é a tentativa de elucidar e resolver racional e razoavelmente os conflitos de valores que se apresentam na prática clínica. São órgãos de extrema conveniência e necessidade e articulam-se dentro de uma medicina orientada ao paciente reconhecido como agente moral e autônomo.

desejos desse em relação ao transplante foram respeitados enquanto ainda com vida. Questões, essas, ainda atuais quando se pensa a cerca do processo de captação e doação de órgãos. Outro ponto levantado pelos autores como relevante foi a publicação, em 1962, do artigo de Henry Beecher: “Ética e pesquisa clínica”. Nele o autor denunciava procedimentos antiéticos nessas práticas, impulsionando, de acordo com os autores, a reflexão da prática médica. Assim se percebe a grande aproximação da bioética com a área da saúde. Apesar de não ser o único foco da bioética, essa área recebe grande atenção dos pesquisadores por diversos aspectos éticos que podem ser observados na relação dos pacientes com a equipe de saúde.

A ampliação, ou retomada, do foco da bioética para a área da saúde permite hoje pensar em diversos aspectos éticos que se colocam na relação entre equipe e pacientes nas situações de assistência em saúde. As práticas em saúde sofreram nos últimos tempos mudanças bastantes significativas devido aos avanços tecnológicos, de forma que são postas inúmeras questões, antes menos relevantes, sobre o cuidado em saúde e o respeito aos pacientes como sujeitos e não objetos dessas práticas.

Muitos dos parâmetros anteriormente estagnados passaram a ser questionados nesse processo, descristalizando saberes e gerando a necessidade de novos pilares éticos que descem conta das questões que se apontavam. Para Garrafa (2005), a bioética assume esta busca por um comportamento mais responsável por parte daqueles que devem decidir sobre tipos de tratamento e pesquisas com relação à humanidade. O profissional da saúde representa a figura de poder na relação com o paciente, portanto cabe a ele assumir o compromisso do bom uso de seu saber a serviço da saúde e do bem-estar do paciente. É necessário que esses sujeitos reflitam sobre os princípios éticos que perpassam essa relação para que suas atitudes e comportamentos representem os ideais postos pela ética.

Beauchamp e Childress (2002) apontam quatro grupos de princípios que são: a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça. O princípio da beneficência coloca uma obrigação em agir em benefício de outros. A não-maleficência é o dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, não causar-lhes danos ou colocá-los em risco. O princípio da justiça está relacionado à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais (KOERICH, MACHADO & COSTA, 2005).

O princípio da autonomia parece ser o mais sobressalente no que tange a temática deste trabalho. Esse princípio é entendido por Clotet (1993) como a exigência em aceitar que as pessoas se autogovernem nas suas escolhas ou atos. Isso implica no respeito à vontade do paciente, seus valores e crenças. Enquanto a beneficência fornece a meta das profissões da

saúde o respeito à autonomia estabelece os limites morais das ações dos profissionais para atingirem suas metas (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Alguns autores, como Clotet (1993), compreendem que não existem normas únicas e, em muitos casos, os princípios éticos podem chocar-se, cabendo ao profissional, diante de um impasse, buscar agir de forma a justificar suas ações de acordo com o princípio que, no momento, pareça preponderante para sustentar a dignidade da pessoa humana. A preocupação com os aspectos éticos não deve, portanto, ficar restrita a normas ou códigos e sim ser estendida “ao respeito à pessoa como cidadão e como ser social” (KOERICH et al. 2005, p 107). Os princípios éticos são parâmetros que auxiliam na busca por uma decisão ajustada a situação e não regras rígidas e impositivas.

De acordo com Torres (2003), foi a partir das inúmeras modificações sociais ocorridas nas últimas décadas que a ética foi obrigada a abandonar as paredes protetoras da sala de aula, onde os códigos de ética profissional eram apenas teórica e abstratamente ensinados, para mergulhar nas realidades emergentes a partir dessa nova percepção sobre o paciente. Dias, Gauer, Rubin e Dias (2007) apontam que a bioética passa a cuidar das questões mais rotineiras, comumente chamadas de decisões de vida. Assim, a bioética transcende as disciplinas isoladas, caracterizando-se, então, como uma matéria interdisciplinar. Pode-se apontar várias especialidades envolvidas, de alguma forma, com o ser humano que compõem as deliberações nessa área. Só no campo da saúde temos a Medicina, a Psicologia, a Enfermagem e a Fisioterapia, e na área das ciências sociais estão o Direito, a Educação e outras (LUDWIG, REDIVO, JORGE & MÜLLER, 2007).

Com relação a especificidade psicológica neste campo, Marcolino e Cohen (2008) colocam que a psicologia pode contribuir com o preparo do médico para que esse possa melhor dialogar com o paciente, envolvendo neste contexto a compreensão psicológica do doente enquanto ser humano, as implicações psicológicas do papel do médico e o relacionamento desse com o paciente. Os autores apontam a importância da inclusão da dimensão emocional que surge da relação do paciente com o médico, com a instituição e com o que se considera justo nos modelos de assistência à saúde.

Assim, fica clara a relevância da bioética e das reflexões que esta proporciona para as práticas assistenciais de saúde. Destaca-se, sobretudo, a possibilidade de contribuição do saber da psicologia e a necessidade de pensar sobre o princípio da autonomia dentro desse contexto, pois assim se terá dimensão do quanto medidas coercivas, ou mesmo a percepção de ter sido coagido, poderá trazer sérias implicações ao paciente.

## **2. O Consentimento livre e esclarecido: processo ou documento?**

O consentimento livre e esclarecido é um dos temas de interesse para a área bioética. O mesmo tem por meta, na condição de assistência em saúde, “garantir a autonomia do indivíduo nas decisões que podem afetá-lo física ou mentalmente” (BIONDO-SIMÕES, MARTYNETZ, UEDA & OLANDOSKI, 2007, p.187). Como marcos do surgimento dessa prática, temos que, em 1900, na Prússia, foi editada a primeira norma regulamentando a pesquisa com seres humanos que torna imprescindível o consentimento do sujeito (TABORDA, 2002). A elaboração do código de Nuremberg também se coloca como ponto importante na regulação da realização das pesquisas com seres humanos preocupando-se com o respeito à autonomia e a manifestação da vontade dos sujeitos de pesquisa (RIBEIRO, 2002).

De acordo com Clotet (1995), o consentimento livre e esclarecido é um direito moral dos pacientes sendo que o consentimento, em si, se dá quando esse decide por uma das alternativas apresentadas a ele. Para o autor, o processo de consentimento viabiliza o diálogo médico-paciente evitando que se estabeleça uma atitude prepotente por parte do profissional que, dessa forma, reconhece o paciente como sujeito autônomo e merecedor de respeito.

Segundo Goldim (2002), a designação “Consentimento Informado” foi criada nos EUA, em 1957, em uma sentença judicial onde a corte entendeu que, ao não informar fatos necessários para a tomada de uma decisão racional, o médico está violando os direitos do paciente. De acordo com o autor, o uso do consentimento informado começou a ser normatizado, no Brasil, na década de 70. Nesse país, o grupo de trabalho que elaborou a resolução 196/96, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, indica como mais adequada às necessidades éticas a terminologia “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (HOSSNE, 2006). Desta forma, no presente trabalho utiliza-se dessa terminologia a fim de se adequar às resoluções estabelecidas nas normas brasileiras.

Biondo-Simões et al. (2007) referem que, nas internações é comum que se apresente ao paciente um TCLE que deve ser assinado por ele ou seu acompanhante, porém os autores questionam se esse termo padronizado é realmente adequado a todos os pacientes. Tal indagação dos autores se baseia no fato de que, o TCLE busca o fornecimento de informação ao sujeito de forma que ele possa, a partir dessas informações, tomar uma decisão autônoma a respeito de seu tratamento. Assim, os autores acreditam evidenciar-se a necessidade de

respeitar a individualidade de cada caso, praticamente tornando a validade desse documento jurídico que é ofertado aos pacientes em sua admissão, pelo menos, muito questionável.

De fato a peculiaridade de cada caso encontrado num ambiente de cuidados à saúde é indiscutível. No entanto, a redação de termos específicos para cada usuário do serviço pode se constituir em algo impossível no campo prático. Ainda que cada vez mais se introduzam procedimentos adicionais e formulários de consentimento explícito para as intervenções que atualmente sejam realizadas com base no consentimento implícito, o consentimento explícito sempre dependerá do entendimento do que permanece implícito: a vontade do paciente (O'NEIL, 2004).

Para a autora, mesmo o maior e mais complexo termo de consentimento não pode incluir uma descrição completa de tudo o que será feito. Levando em consideração que o TCLE é normalmente usado com a finalidade de documentar o processo de fornecimento de informação ao paciente e certificar se esse aceita, ou não, os procedimentos que serão realizados (BULLA et al., 2003), acredita-se que mantê-lo enquanto documento, mesmo que padronizado, não se configura demasiadamente problemático desde que faça parte de um processo informativo adequado a cada caso.

O emprego do TCLE é bastante recente tendo seu uso iniciado quando alguns profissionais começaram a solicitar que seus pacientes assinassem um documento contendo informações sobre procedimentos. Tal fato se deve, em grande parte, aos processos jurídicos que demonstravam, muitas vezes, a desinformação dos pacientes (BULLA et al, 2003). De acordo com O'neil (2003) o uso deste tipo de documento ampliou-se nos últimos 25 anos. A autora acredita que isto se deve ao fato de a própria área médica ter se tornado mais formalizada. Assim, ao que parece, a burocratização da ciência médica, cada vez mais complexa, se coaduna com o temor dos profissionais em sofrerem processos jurídicos por acusação de pacientes insatisfeitos.

De acordo com Fernandez e Pithan (2007), o TCLE apresenta uma descrição dos procedimentos, riscos e benefícios da terapêutica fornecidos ao paciente durante o processo de informação. O paciente deve assiná-lo de forma que esse termo se torne uma prova documental de que a informação necessária foi passada a ele. Por um lado, para as autoras, essa formalização do consentimento livre e esclarecido, através de um termo escrito, impresso e assinado, se constitui em uma defesa médica visando precaver-se de eventuais ações de reparação de danos de forma que esse documento constitui-se em uma prova de defesa.

Por outro lado, as autoras não concordam que esse tipo de prática seja eficiente, tanto para o paciente quanto para a defesa da equipe, uma vez que afirmam que, um prontuário

médico bem elaborado contendo o histórico da internação servirá mais adequadamente como prova da eventual defesa. Além disso, a simples assinatura do termo não significa o entendimento da informação ou mesmo que ela tenha realmente sido fornecida. Alguns autores, como Fortes (1994), defendem que a assinatura de termo de responsabilidade, elemento adotado pela maioria dos estabelecimentos hospitalares no ato da internação, tem valor ético e legal nulos.

Enfatiza-se a existência de uma diferenciação entre “termo de consentimento livre e esclarecido” e “processo de consentimento livre e esclarecido”. O “termo” se constitui em um papel que contém as informações necessárias sobre as intervenções a serem realizadas e deve ser assinado pelo paciente ou responsável. Já “processo” de consentimento livre e esclarecido é mais amplo. Abarca a assinatura do termo, a oferta de informações e requer a compreensão, por parte do paciente, daquilo que lhe é informado. No entendimento de O’neil (2003) o TCLE é apenas a ponta do iceberg da ética, o que significa que sua aplicação faz parte de um conjunto maior que abarca a relação entre as pessoas, a equipe de saúde e as instituições.

Beauchamp e Childress (2002) afirmam que o consentimento livre e esclarecido tem como principal função tornar possível e proteger a escolha autônoma do sujeito. Esse é um processo que ocorre com o tempo não devendo ser confundido com a simples assinatura de um papel. Assim, um consentimento livre e esclarecido é uma autorização autônoma dada por um sujeito para uma intervenção médica. Ele ocorre quando o paciente, tendo entendimento da situação, e livre de qualquer controle por parte de outro, intencionalmente autoriza o profissional a fazer algo (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Depreende-se, pois, que o objetivo de realizar este procedimento, ou seja, a obtenção do TCLE é, como já foi posto, a garantia de uma decisão autônoma. Para que esse seja atingido, de acordo com Fernandez e Pithan (2007), é necessária uma comunicação eficaz entre médico e paciente. Segundo as autoras, essa conversação deve conter a explicação, por parte do profissional da saúde, a cerca dos procedimentos a que o indivíduo será submetido e os riscos e benefícios do tratamento em uma linguagem acessível e, preferencialmente, de forma didática. Para as autoras, é somente após essa etapa que se deve emitir o TCLE.

Segundo Fortes (1994), a validade do consentimento livre e esclarecido requer que o paciente, ao consentir, seja livre, voluntário e consciente. O consentimento não deve decorrer de erros ou vícios e nem pode ser obtido por meio de coação seja física, psíquica ou moral, nem mesmo por meio de simulação ou engano visando manipular o paciente, pois isso impediria a manifestação de sua vontade pessoal. O’neil (2003) questiona a respeito de como garantir que o processo de consentimento evite que o paciente não sofra dolo ou que seja

coagido. Para a autora, a resposta está na garantia de que o paciente tenha o maior controle possível sobre o que acontece com ele, o que se daria através da reafirmação, nesse processo, da possibilidade de voltar atrás em sua decisão.

O consentimento livre e esclarecido é então um processo onde o que está escrito no papel oferece informações, mas não garante sua compreensão. Assim sendo, a assinatura do TCLE é apenas uma parte do procedimento, o qual envolve, ainda, a informação dos fatos e o curso da ação. Todos esses procedimentos pretendem assegurar que o paciente possui a capacidade de compreender a decisão que terá de tomar e a própria informação dada pelo médico. Nesse processo não deve haver coerção ou manipulação, de modo que o paciente deve sentir-se livre para decidir segundo suas crenças e desejos, é preciso, ainda, que o sujeito seja capaz de consentir. O consentimento livre e esclarecido existe para garantir o respeito aos valores do paciente e facilitar a tomada de decisão racional (TERRY, 2007), assim três de seus principais elementos constituintes serão respeitados, ou seja, a voluntariedade, a capacidade das pessoas e a qualidade da informação fornecida.

### **3. Tomada de decisão – mais que uma escolha**

Tendo em vista o que já foi posto a respeito dos objetivos do consentimento livre e esclarecido nos processos de decisão, acredita-se necessária uma breve reflexão sobre os aspectos relevantes para que essa seja tomada. Ao ser convidado a consentir com um procedimento assistencial ou de pesquisa o sujeito deve ao menos atender a duas condições: a capacidade para entender e decidir e a voluntariedade (GOLDIM, 2002).

Voluntariedade e autonomia são conceitos que se diferenciam por uma barreira bastante tênue. Para Fernandez e Pithan (2007), o exercício da voluntariedade se dá ao longo da tomada de decisões pela minimização de qualquer forma de constrangimento ou coerção. Uma decisão voluntária é aquela tomada livre de qualquer influência ou pressão. Já a decisão autônoma é aquela tomada por um sujeito capaz de decidir sobre o que é melhor para si. Sendo que, uma escolha só poderá ser considerada autônoma se for voluntária, ou seja, a pessoa estiver livre de qualquer influência (DIAS et al., 2007).

Assim, de acordo com autores citados, as condições postas para que se dê o consentimento diferenciam-se a partir do momento em que a capacidade está atrelada ao exercício da autonomia, enquanto o exercício da voluntariedade remete as condições em que a

decisão foi tomada (se houve ou não imposição por parte de outro). No entanto, uma distinção com essa parece só ser possível no plano teórico afinal, no cotidiano, voluntariedade e autonomia tornam-se faces de uma mesma moeda.

Goldim (2002) diz que a voluntariedade em si é uma característica pessoal, ela permite ao sujeito optar entre diferentes alternativas seguindo os ideais postos por suas próprias crenças, valores, interesses, desejos e objetivos. Tais elementos permitem que a decisão de cada pessoa seja única. Segundo o autor, garantir a voluntariedade é assegurar ao sujeito a possibilidade de tomar decisões sem ser constrangido ou coagido a decidir por uma das alternativas. A voluntariedade pode ser afetada pela restrição da autonomia ou pelo sujeito ser membro de um grupo vulnerável, pois essas condições podem facilitar sua manipulação (GOLDIM & PROTAS, 2008).

Ao ser coagido a tomar uma decisão o paciente estaria sendo obrigado a abrir mão de sua voluntariedade, ou seja, a tomar uma decisão que não corresponda aquilo que ele acredita ser o correto para a situação que se impôs a ele. Ele então agirá de acordo com a perspectiva alheia, adotando atitudes que, muitas vezes, são contrárias às suas crenças. Analisando-se o ambiente hospitalar constata-se que grande parte daqueles que estão buscando atendimento encontram-se fragilizados e ali pretendem encontrar apoio e cuidado. Nessas condições é fácil que se ignore a voluntariedade do sujeito influenciando-o de modo que aceite o tratamento proposto.

Cabe ainda distinguir o que é entendido como capacidade. A capacidade é, como enfatizado anteriormente, um conceito ligado à autonomia e que, segundo Terry (2007), implica que o paciente consiga compreender e sopesar as informações fornecidas pelo médico para tomar sua decisão. O autor sugere que pedir ao paciente para que o mesmo descreva e conte em suas próprias palavras sobre o tratamento, ou teste, e os seus riscos, benefícios e alternativas, pode ajudar o médico a determinar se o paciente tem a capacidade de compreender e ponderar as escolhas possíveis.

No campo da psicologia a capacidade tem sido associada ao grau de desenvolvimento psicológico-moral do indivíduo (RAMOS, 2008). Piaget (1980) entende a moral como um sistema de regras, sendo que a moralidade deve ser buscada no respeito que o indivíduo tem por essas. O autor considera que o desenvolvimento da moral abrange três fases: anomia, heteronomia e autonomia. Na fase nomeada como anomia a criança não utiliza ou segue regras. Na fase de heteronomia as crianças relacionam a moral com a autoridade. A autonomia corresponde ao último estágio do desenvolvimento da moral, nesse as regras se

legitimam e a moral passa a ser entendida sob a perspectiva da reciprocidade (RAMOS, 2008).

Goldim (2002) relaciona essas fases com o processo de consentimento livre e esclarecido. O autor entende que quando o consentimento é obtido de um sujeito em fase de anomia ele estaria autorizando a realização de um procedimento por impulso, sem considerar as informações fornecidas. Já o consentimento dado baseado na heteronomia é aquele onde o paciente tem acesso às informações, mas não as questiona, pois não se sente à vontade. A autorização é, então, dada com um forte componente de constrangimento, o indivíduo não se sentiria à vontade para negar um pedido do médico. Tal constrangimento pode fazer com que o paciente perceba-se coagido. O autor acredita que em tal situação a persuasão possa ser forte quando uma alternativa específica é colocada como sendo a melhor para o tratamento. Já a autonomia seria exercida quando o sujeito pode perguntar e obter respostas às suas dúvidas, dando a autorização com base em sua própria vontade.

Loevinger (1966) desenvolveu um instrumento buscando avaliar o desenvolvimento psicológico-moral onde mostrou uma nova forma de classificação, diferente daquela de Piaget. Sua proposta entende que o ego do indivíduo desenvolve-se pela integração das estruturas já postas e não pela sucessão de fases, de modo que esse desenvolvimento não tem relação direta com a faixa etária em que o sujeito se encontra. Sua classificação de desenvolvimento do ego estabelece sete níveis:

- Pré-social: corresponde ao início do desenvolvimento;
- Impulsivo: as decisões seriam tomadas impulsivamente, baseadas em seu desejo e não considerando as informações;
- Oportunista: há uma supervalorização dos desejos e valorização das informações para atingi-los;
- Conformista: as crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio;
- Conscioso: possui capacidade de tomar decisões de forma autônoma, considerando seus os desejos e as crenças, porém, ainda é passível de constrangimento;
- Autônomo: possui as regras introjetadas sendo capaz de tomar decisões livres de constrangimento e de modo independente;
- Integrado: também possui a noção da regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, possui compreensão da interdependência.

Porém, mesmo sendo capaz, o paciente pode ainda não compreender as palavras e conceitos usados pelo médico. Para Beauchamp & Childress (2002), quanto maiores as implicações da decisão maior o grau de habilidade necessário para tomada de tal decisão. Contudo, o paternalismo, comum na área médica, não deve ter lugar na fixação de critérios de capacidade, devendo-se evitar julgar que, por ser a decisão arriscada demais, o paciente é incapaz.

Muitas vezes a única forma de informação apresentada ao paciente para que tome uma decisão sobre seu tratamento é o TCLE. Bulla (BULLA et. al., 2003) analisou os TCLE utilizados na prática assistencial de um hospital público. Os dados obtidos revelaram que a grande maioria desses documentos necessitam, para serem compreendidos, de um nível de escolaridade superior aqueles apresentado pelos pacientes da instituição. Tal fato revela a inadequação desses documentos para a realidade das instituições públicas, o que leva a ineficácia de tais meios, pois não cumprem o papel de informar ao paciente, mantendo-o ainda em ignorância a respeito de fatores relativos à sua saúde. Os dados apresentados pelos autores preocupam. Como já pontuado anteriormente, sem a compreensão adequada não é possível uma escolha consciente, o que invalida, do ponto de vista moral, o processo de obtenção do consentimento e, portanto, a tomada de decisão.

O questionamento que emerge da premissa anterior é justamente se os pacientes compreendem aquilo que leem. De acordo com o Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional (INAF) desenvolvido pelo Instituto Paulo Montenegro (2005), a alfabetização plena, no que tange a leitura, só ocorre quando a pessoa é capaz de ler textos mais longos, localizando e relacionando mais de uma informação. Este indicador traz ainda o conceito de “alfabetismo funcional”, termo surgido nos Estados Unidos, em 1930, sendo utilizado pelo exército desse país para indicar a capacidade de entender instruções escritas que fossem necessárias a realização das tarefas (RIBEIRO, 1997). A pessoa alfabetizada funcional, segundo o INAF, é aquela que tem capacidade de utilizar a leitura e escrita para entender as demandas de seu contexto social e usa suas habilidades para continuar seu desenvolvimento e aprendizado.

Levantamento feito pelo mesmo instituto, no ano de 2007, mostra que a porcentagem de analfabetismo funcional na população brasileira entre 15 e 65 anos tem diminuído, porém, nesse mesmo ano, registrou-se que 32% da população é classificada como analfabeta funcional (é analfabeta ou apresenta alfabetismo rudimentar). Para Ribeiro (2006a) o que está em jogo não é só o saber ler ou escrever, mas o que as pessoas são capazes de fazer com estas habilidades.

No entanto, é importante enfatizar que o fato de o paciente ser analfabeto não significa que ele não seja capaz de compreender as informações por outros meios. É possível que o sujeito compreenda informações complexas se houver estratégias suficientes para isso (LUNA, 2008). Estudos como os de Goldim, Pithan, Oliveira e Raimundo (2003) apontam que o uso de ilustrações e recursos áudio visuais, ou a simples alteração da dificuldade da leitura do texto em si, podem auxiliar na compreensão das informações passadas.

É preciso boa-vontade e disponibilidade dos profissionais para a efetivação de uma tomada de decisão consciente por parte do paciente. É também necessário um sistema que viabilize este tempo para o profissional, pois, muitas vezes, é exigido o cumprimento de metas quase inalcançáveis quanto ao número de pacientes que devem ser atendidos, o que é uma pedra no caminho do diálogo e do bom senso. Trabalhadores exaustos muitas vezes não têm condições físicas e/ou psíquicas de prestar um atendimento adequado para sanar todas as dúvidas dos pacientes. Estes por sua vez acabam restringindo suas questões a fim de não importunar o serviço. Tal fato gera uma verdadeira bola de neve que culmina em decisões tomadas inadequadamente que podem resultar em processos jurídicos contra os profissionais e serviços e, ainda, na falha do processo de fornecimento de informação adequada e comunicação, importantes ferramentas na prática médica cotidiana.

Deve-se, ainda, tomar cuidado ao perguntar para o paciente sobre a decisão a tomar, pois ele pode crer que deva tomar uma decisão apenas por que algo lhe foi proposto. O paciente tem o direito de tomar suas próprias decisões, porém isso não significa que ele deve sempre exercer esse direito. Muitas vezes o doente prefere não tomar a decisão por si próprio, desejando compartilhar essa decisão com familiares e médicos ou que outra pessoa decida em seu nome (TERRY, 2007).

Entendendo a relevância da capacidade de tomada de decisão para a validade do processo de consentimento informado acredita-se necessário a avaliação deste aspecto no presente trabalho, de forma que serão utilizados instrumentos que visam medir a capacidade de tomada de decisão (por meio do instrumento de desenvolvimento psicológico-moral) e o nível de alfabetismo funcional dos participantes da presente pesquisa. Confia-se que assim será possível uma maior compreensão do processo vivenciado pelos pacientes e das dificuldades encontradas. Afinal é durante esse procedimento, o qual abarca a tomada de decisão, que se busca avaliar se o sujeito sentiu-se coagido em expressar o que pensa.

#### 4. Informar para quê?

Como inferido anteriormente, para que o processo de consentimento livre e esclarecido seja realmente eficaz é necessário que, antes do consentimento, o sujeito seja devidamente informado. Mas afinal, por que é tão difícil cumprir o dever de informar?

Enfatiza-se a etapa informativa como primordial, pois se sabe que informações falsas, incompletas ou mal-entendidas podem resultar em defeitos de raciocínio, o que leva o indivíduo a formar opiniões baseadas em elementos irreais de modo a comprometer sua autonomia (FORTES, 1994). Como esperar que um paciente tome uma decisão sobre um bem tão precioso como sua vida baseado em fatos inverídicos e dados errôneos criados por membros da equipe de saúde resolutos em não se incomodar em dispendar mais tempo junto ao paciente para auxiliá-lo corretamente?

A informação contida no consentimento informado deve levar em conta a “personalidade, o grau de conhecimento e as condições clínicas e psíquicas do paciente, abordando dados do diagnóstico ao prognóstico, dos tratamentos a efetuar, dos riscos conexos, dos benefícios e alternativas, se existentes” (BIONDO-SIMÕES et al., 2007, p.183). De acordo com os autores, a informação não precisa ser necessariamente fornecida por meio de um documento escrito, ela pode ser dada oralmente, o importante nesse processo é que o paciente compreenda o que está lhe sendo dito para que possa tomar uma decisão autônoma.

Em se tratando de procedimentos assistenciais, a única exceção ao fornecimento da verdade ocorre quando próprio paciente solicita que essa não lhe seja revelada (GOLDIM, 2002). Porém, em tais casos, o dever de informar não se esvai, e sim se transfere à pessoa indicada pelo paciente como responsável pelas decisões sobre seu tratamento. Entende-se assim que, como já se expressou anteriormente, ao indivíduo capaz é resguardado o direito de não receber informações, quando essa for sua vontade expressa (FORTES, 1994).

Por isso o diálogo com o paciente é tão importante, é preciso conhecer sobre o que ele está disposto a saber e se ele realmente deseja tomar as decisões necessárias ou quer discutí-las com outras pessoas, ou mesmo pedir que alguém decida em seu lugar. É preciso entender que o paciente tem o direito de decidir sobre seu corpo e os procedimentos a que quer se submeter, porém pode não pretender exercer esse direito diretamente, pedindo a outro que decida por ele.

Outro aspecto dessa situação, levantado por Almeida (1993), se refere ao fato de que não informar ao paciente pode se constituir em um mecanismo de evitação do médico em

enfrentar a inquietação do momento. Dessa forma, abster-se de dizer a verdade ao paciente, principalmente quando se trata de enfermidades graves, não seria uma atitude piedosa e sim um ato egoísta que visa ao resguardo de si mesmo, evitando o enfrentamento de uma situação angustiante para o profissional despreparado.

Questiona-se sobre quando o médico é obrigado a fornecer informações a cerca do tratamento. Essa reflexão aponta que quanto maior os riscos a que o paciente será exposto maior a obrigação em falar-lhe sobre tais riscos, benefícios e alternativas para o processo (TERRY, 2007). A princípio, segundo o autor, deve ser dada informação suficiente para que ele possa tomar uma decisão embasada, o que sugere uma orientação sobre as complicações e efeitos colaterais que têm uma elevada probabilidade de ocorrência, e aqueles que têm uma baixa probabilidade, mas não são raros de ocorrer.

O'neil (2003) defende que se deve buscar um equilíbrio, fornecendo ao paciente informações precisas e relevantes. O próprio sujeito pode, ainda, limitar os dados que quer receber, pois alguns não querem sobrecarregar-se com detalhes enquanto outros podem exigir um entendimento aprofundado. É também importante que após o fornecimento das informações o paciente seja questionado sobre qualquer outro aspecto que ele queira saber para que possa tomar sua decisão, o que permite a ele perguntar coisas que refletem seus próprios valores.

Biondo-Simões et al (2007) recomendam que o profissional de saúde deve certificar-se de que o que foi dito ao paciente foi compreendido por ele, pois só assim o consentimento livre e esclarecido cumprirá seu objetivo. Para tanto, é preciso que o profissional avalie as condições de cada paciente, entendendo suas limitações e adequando suas explicações. O entendimento de informações é favorecido pela tentativa dos profissionais em descobrir as preocupações do paciente fazendo-lhes perguntas. Muitas vezes a sobrecarga de informação torna-se um obstáculo para o entendimento das mesmas, isso ocorre com o uso de termos que não sejam familiares ao paciente ou quando as informações não possam ser significativamente organizadas (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Ao evitar falar com o paciente sobre o seu diagnóstico, e outros aspectos já levantados aqui, relativos ao tratamento em si, se está privando a pessoa de pensar sobre outros elementos também implicados, principalmente, no caso de doenças consideradas graves. O adoecer, segundo Angerami-Camon (2001) implica em mudanças em outras esferas da vida do sujeito, afetando seu cotidiano, seu estado psíquico e o de sua família. Um diagnóstico também pode requerer decisões sobre aspectos práticos do cotidiano como: quem cuidará do filho pequeno, quem irá sustentar a família, como justificar as faltas no emprego, etc... Quem

resolverá estes assuntos se não houver informação? Afinal, como o paciente saberá dos impedimentos que o tratamento trará em seu cotidiano? Como irá se ajustar as mudanças necessárias se nem ao menos sabe a respeito dessas?

Na hospitalização o paciente perde sua individualidade, sendo muitas vezes identificado por um número ou pelo nome de sua patologia, isso pode acarretar um processo de despersonalização. Os recursos e técnicas diagnósticas são cada vez mais modernos, mas podem fazer com que o paciente se sinta manipulado, invadido, sem oportunidade de opinar sobre seu tratamento além de levar a um distanciamento do médico. O paciente diante dessas circunstâncias pode se tornar agressivo ou passivo, manifestando raiva ou deprimindo-se durante o processo. As informações passadas ao paciente são importantes para diminuir sua ansiedade fantasias a respeito da doença, além de ajudá-lo a ter maior controle sobre a situação, diminuindo seu medo e facilitando sua recuperação no período de hospitalização (ISMAEL, 2005).

## **5. Poder médico: autonomia x paternalismo**

O relatório Belmont, apresentado em 1978 pela *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, traz a indicação de três princípios éticos básicos que hoje permitem a bioética pensar diversas situações complexas. Tais princípios são: autonomia, beneficência e justiça. A autonomia, no campo da biomedicina significa a atribuição de poder para se tomar decisões sobre assuntos médicos, o paciente enfim conquista o direito de tomar decisões sobre sua saúde. Tal definição levou a modificações na relação médico-paciente onde o médico, antes detentor de todas as decisões, passa a conselheiro do paciente auxiliando-o na tomada de decisão mediante o diálogo e o fornecimento de informações (RIBEIRO, 2006b). Estas características sinalizam para um modelo de relação médico-paciente enfatizado por Gracia (1998) como o ideal e atual: o modelo deliberativo de relação. Nesse, há uma disposição real do médico em favorecer e respeitar as opiniões do paciente ressaltando a sua autonomia e tornando-o partícipe envolvido e com poder de decisão em seus processos.

Paulo Freire em seu livro “Pedagogia da Autonomia” traz a seguinte afirmação: “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 1996, p.59). Apesar de o autor estar

falando a cerca do processo educativo, esta é uma observação que cabe também aqueles que atuam na área da saúde e, em especial, aqueles que se propõe a pensar sobre o processo de consentimento livre e esclarecido, pois se trata de fornecer informação ao sujeito. Este tema já foi discutido no tópico anterior no que se refere à esfera da saúde onde o sujeito em questão é o paciente atendido.

A reflexão sobre a autonomia e aspectos referentes a essa são relevantes na discussão entre psicologia e bioética. Estes campos viabilizam, sobretudo, o pensar sobre as possibilidades de escolha autônoma do sujeito quando a decisão a tomar é a respeito de sua vida. O princípio da autonomia indica o respeito às opiniões e escolhas do sujeito a menos que venham a prejudicar gravemente a ele mesmo ou a outro (GOLDIM & PROTAS, 2008). Para os autores, o não respeito à autonomia do indivíduo, nessas situações, caracteriza o paternalismo leve. Porém os mesmos diferenciam dois níveis de paternalismo, caracterizando o paternalismo forte como a atitude de não respeito à autonomia do sujeito independentemente de sua capacidade ou da situação em questão.

Tal conduta médica parece ter uma origem bastante antiga, Cohen e Marcolino (2008) lembram que no passado a figura do médico se assemelhava a dos governantes, sujeitos dotados de saber e que, por isso, governavam segundo a perspectiva de que sabiam o que seria melhor para seu povo e, portanto, deviam governar de modo absolutista cabendo ao povo acatar sua decisão e submeter-se a ela. Da mesma forma, o médico, dotado de saber, deveria mandar e o doente obedecer, pois ele saberia o que é melhor para o paciente. Segundo os autores, no século XVIII surge a referência ao princípio da autonomia sendo este vagarosamente introduzido na relação médico-paciente, de forma que, paternalismo e autonomia passam a formar uma díade complementar, onde nem um deve prevalecer sobre o outro.

Caplan (2006) afirma que uma das grandes lutas daqueles envolvidos com a bioética é que a prática médica abandone seu estado paternalista e adote o respeito à auto-determinação do paciente. De fato não é fácil o abandono desta posição por parte, principalmente, do médico, já que esse profissional em suas atividades assume a responsabilidade de zelar pela saúde do indivíduo que o procurou, de modo que, sabendo de alternativas que podem, com grandes chances, levar a uma melhora do estado de saúde desse, a recusa pelo tratamento poderia parecer uma afronta pessoal aos conhecimentos médicos. Porém, atitudes paternalistas nem sempre resolvem o problema.

Percebe-se que ações paternalistas podem ser confundidas com o respeito ao princípio da beneficência. Trindade, Azambuja, Andrade e Garrafa (2007) referem que a beneficência,

quando em exagero, torna-se paternalismo. Como visto, o paternalismo envolve a interferência ou recusa em aceitar as preferências de outro acerca de seu próprio bem. Assim, sob a fala de proporcionar o melhor para o paciente a barreira da beneficência é transposta e a voz do paciente deixa de ser ouvida.

O termo “paternalismo” alude à função paterna, o que significa pensar que a função do pai é a de agir em benefício do filho e a de tomar as decisões relacionadas ao bem-estar dele em vez de deixá-lo tomá-las por si mesmo. Não se trata de uma conduta mal intencionada, mas de uma oposição ao desejo do sujeito visando o que se entende ser o melhor para ele ao evitar que sofra danos desnecessários. Porém, atos paternalistas envolvem geralmente condutas coercitivas, força, mentiras, manipulação, persuasão e ocultação da realidade. Dentre essas, a persuasão seria a única forma aceitável de influência, ela se dá quando o paciente toma uma decisão baseado em seus valores e também nas informações dadas pelo médico (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002).

Segundo Caplan (2006), o tratamento forçado só é aceitável ao se alegar que esse visa o reestabelecimento da autonomia do sujeito, ou seja, tornar o sujeito novamente capaz de tomar suas próprias decisões julgando as conseqüências de seus atos e escolhendo o que é melhor para ele. Esse entendimento pode ser usado, segundo o autor, no tratamento forçado de dependentes de drogas, sendo esse feito por período de tempo suficiente que permita ao paciente escolher se tratar ou continuar usuário. Para o autor, o mesmo pode ser pensado em relação ao tratamento do suicida, ou seja, tratá-lo no momento de sua chegada ao hospital, entendendo que este indivíduo estava incapacitado de exercer sua autonomia, ignorando então seu desejo de morrer até que esteja fora de crise e possa então decidir sobre o que quer para si.

Como se pode observar, existem situações em que o sujeito tem sua autonomia reduzida. Cohen (2007) acredita que esse princípio está ligado a uma escolha individual que merece reflexão e que poderá estar limitada devido a imposições da realidade como aquelas colocadas anteriormente. Beauchamp & Childress (2002) acreditam que o sujeito autônomo é aquele que age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo. Já uma pessoa com a autonomia reduzida é, sob algum aspecto, controlada por outros ou incapaz de agir baseada em seus desejos e planos. Assim, uma ação autônoma é aquela onde os agentes atuam intencionalmente, com entendimento e sem influência de controle que determine sua ação.

Respeitar a autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir de forma autônoma sendo consideradas desrespeitosas aquelas atitudes que ignorem, insultem ou degradem a liberdade de escolha de outros. O respeito deste princípio “obriga os profissionais a revelar as informações, verificar e assegurar o esclarecimento e a voluntariedade, e

encorajar a tomada de decisão adequada” (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002, p.144). Mas como definir uma decisão como adequada? A recusa por tratamento certamente será vista pela equipe de saúde como inadequada ou até mesmo uma insanidade, de modo que buscarão medidas que convençam o paciente a iniciar o tratamento ou mesmo o obriguem a isso.

Baseado no que já foi posto, acredita-se que adequada é a decisão tomada pelo paciente sobre o que é melhor para si, seguindo suas próprias crenças, após ponderar as conseqüências de sua decisão e de modo que não venha a ferir os direitos de outrem. Dessa forma não há uma decisão correta e sim decisões acertadas para determinada pessoa sob determinadas circunstâncias, sendo passível de modificações ao longo do tempo caso novas perspectivas se apresentem. A equipe pode fazer uso da persuasão, porém deve evitar forçar ou obrigar o sujeito a tomar uma decisão que não seja por ele aceita após um trabalho informativo a respeito das implicações de tal decisão.

## **6. Coerção e percepção de coerção**

Muitos trabalhos a respeito da avaliação da percepção de coerção vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos. Pode-se destacar os trabalhos do instituto *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* cujas pesquisas deram origem a instrumentos de medição desse constructo (TABORDA, 2002). Nacionalmente, destaca-se a tese do Doutor José Geraldo Taborda a qual aplicou as escalas avaliativas de percepção de coerção e expressão de coerção (ou escala de voz) em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos. Além de medir essas variáveis, Taborda (2002) preocupou-se também em comparar os dados obtidos nas amostras de pacientes psiquiátricos com os não psiquiátricos. Também de grande relevância são os estudos realizados pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, focalizados em especialidades como a psicologia (PROTAS, 2010; VIERO et al., 2009) e nutrição (RAUBUSTT, ALVES & GOLDIM, 2009).

Sob o viés da psicologia, Piaget (1980) identifica em todos os domínios dois tipos de relação social: coerção e cooperação. O autor aponta o respeito unilateral como a primeira forma de respeito que se estabelece em nossas relações. Esse respeito unilateral é chamado por ele de coerção social tratando-se de toda relação social onde intervém um elemento de autoridade. Somente com o tempo é que o respeito muda de natureza e, com as trocas

estabelecidas com outras pessoas, a criança passa a ver os adultos como iguais desenvolvendo, além da coação social, a cooperação.

A coerção é então entendida como a relação social onde existe um elemento de respeito unilateral, de autoridade ou prestígio. Numa relação coercitiva tem-se a imposição de regras que devem ser obedecidas sem questionamento. Assim, a coerção impõe opiniões e modos de uso das regras, já a cooperação alimenta o processo intelectual ou moral, pois implica em buscar um acordo entre as partes no que concerne às regras a serem seguidas (PIAGET, 1980).

Levando essa compreensão para a área da saúde, pode-se pensar que o médico, ao impor regras aos seus pacientes, atua como o adulto frente à criança, impedindo questionamentos que podem levar ao estabelecimentos de regras mais ajustadas à situação vivenciada pelo sujeito. Essa relação está permeada, com frequência, pelo elemento de autoridade, o poder médico, conceito já tratado anteriormente, que tende a impedir qualquer relação cooperativa entre os sujeitos envolvidos (médico e paciente). Nesses casos o tratamento se segue como algo imposto, uma regra externa que não deve ser questionada de modo que, nesse tipo de relação, não há cooperação.

Como visto, alguns autores distinguem diferentes formas de influência, de modo que se acredita que os médicos podem influenciar os pacientes de três maneiras: persuasão, coerção e manipulação (TERRY, 2007). A diferença entre essas formas pode ser entendida do seguinte modo: a coerção ocorre mediante ameaça real, trata-se de uma imposição de regras, como já foi colocado anteriormente; a persuasão é a tentativa de convencer uma pessoa a acreditar em algo pelo mérito das razões expostas e a manipulação tende a fazer com que alguém faça o que o manipulador quer (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002). Estudos apontam que a forma mais comum de conseguir-se uma admissão voluntária é a persuasão do paciente. A persuasão é entendida como o uso de argumentos pela equipe a cerca do quanto o paciente irá se beneficiar com a internação, nesse caso, não são feitas promessas a ele nem mesmo a indução da adesão. Embora muitas vezes a persuasão não seja entendida como coerção em alguns casos, o paciente pode perceber a persuasão como ameaça implícita. (MONAHAN et al., 1995).

A percepção de coerção se coloca como um conceito diverso daquele de coerção propriamente dita. Estudos analisados por Monahan et al. (1995) apontam uma significativa diferença entre a percepção subjetiva de coerção e a coerção exercida formalmente. O instituto *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* define a percepção de coerção como o oposto da percepção de autonomia do paciente. Dessa forma, sentir-se

coagido durante a internação, psiquiátrica, no caso dos estudos conduzidos por este grupo, significa que o paciente percebeu que não teve influência, controle, liberdade ou escolha em relação à mesma, ou que não tomou a decisão de ser hospitalizado (GARDNER et al., 1993). Hiday, Swartz, Swanson e Wagner (1997) entendem que a percepção de coerção se refere a um reflexo dos sentimentos do paciente independente de como eles foram tratados. O presente trabalho tem como foco principal especificamente a análise da percepção de coerção, por parte do paciente, ao expressar-se em relação ao seu atendimento, ou seja, se ele sentiu que teve voz, ou se, de alguma forma, foi desrespeitado em sua voluntariedade na escolha pelo melhor tratamento para si, mesmo que efetivamente não tenha sido dessa forma.

Tais ponderações podem gerar grande confusão para aqueles que trabalham em saúde. Como garantir que o paciente não se sinta coagido e por isso venha a ser prejudicado? Se a relatividade dessa percepção é tamanha que não se possa determinar certos parâmetros que devam ser observados pela equipe não é possível criticá-la diante de pacientes que reclamam terem se sentido coagidos, pois qualquer atitude dos profissionais de saúde poderia levar a essa percepção.

Quanto a isso, pesquisas em diferentes contextos de tratamento em saúde, como tratamento de pacientes anoréxicos (TAN et al., 2010) e pacientes psiquiátricos (GARDNER, LIDZ, 2001; STANHOPE, MARCUS, SOLOMON, 2009; THØGERSEN, MORTHORST, NORDENTOFT, 2010) trazem diversas perspectivas desses sujeitos com relação ao que os levou a se perceberem coagidos. Os pacientes entrevistados por Thøgersen et al. (2010) relataram como mais central para a percepção de coerção, a falta de influência no processo de tratamento e uma aliança pobre com a equipe, não sendo reconhecidos como pessoas autônomas. Esses mencionaram ainda, não serem compreendidos e escutados e não ter qualquer influência ativa no processo de tratamento como uma das principais razões para a percepção de coerção.

Para os participantes do estudo de Tan et. al. (2010), o principal motivo para o ressentimento e o sentimento de coerção foi a sensação de que haviam sido deixados de fora, depreciados ou tratados com punição no processo de tratamento. Esses participantes descreveram sentimentos como o de ser despido de sua individualidade e ter tido os seus desejos ignorados dentro de regimes excessivamente restritivos que sentiram como inadequados às suas necessidades e escolhas pessoais.

O que se verifica é que a percepção de coerção pelo paciente parece mais fortemente ligada ao sentimento de que ele foi excluído do processo decisório do que a pressões negativas como uso de força e ameaças sofridas durante o processo (HOGE et al, 1998). Ou

seja, o paciente que não se sentiu incluído no processo decisório pode relatar uma maior percepção de coerção do que aquele que, mesmo tendo sofrido ameaças ou tenha sido usada força em sua admissão hospitalar, sentiu-se envolvido no processo. Isso mostra, mais uma vez, a relevância do processo informativo, do diálogo franco com o paciente sobre suas condições e as formas de tratamento. À medida que o paciente se sente implicado nesse processo, menores são os riscos de que ele se sinta coagido, o que ajudaria na adesão ao tratamento e possibilitaria melhores condições psíquicas ao paciente.

As pesquisas sobre percepção de coerção são importantes para compreender o impacto da pressão exercida pela equipe sobre o paciente (STANHOPE et al., 2009). Aqueles que relataram desconforto devido a comportamentos coercitivos podem acabar não seguindo as orientações médicas, ou não procurando mais auxílio médico, mesmo quando necessário (LIDZ et al, 1998). Ao perceber que está sendo controlado o sujeito também pode apresentar, algumas reações psicológicas como: depressão, ansiedade e a cessação de qualquer esforço pessoal a fim de aliviar uma situação aversiva (MONAHAN et al., 1995). Segundo estes autores, aqueles que se sentiram coagidos tiveram menor tendência a acreditar que a equipe iria ajudá-los, que eles precisavam do tratamento e que o hospital fosse o lugar certo para eles.

Mesmo que nem todos os pacientes queiram, muitos gostariam de ter mais informações e controle sobre seu tratamento. Mesmo que não tenham influência sobre as decisões mais importantes as pessoas esperam que outros ouçam as suas opiniões, tenham para com eles boa fé e os tratem de forma justa e com respeito (MONAHAN et al., 1995). A atenção dispensada ao paciente, quando em sua internação, parece contribuir para a satisfação desse durante tal período. Como já foi discutido na sessão referente às questões informativas, é importante para o paciente que a equipe o mantenha a par do tratamento, se ele assim desejar, mesmo que essa pessoa não tenha capacidade de tomar as decisões necessárias a respeito, pois assim se sentirá, de fato, implicada nesse processo.

Hoge et al (1993) mostram que equipe, paciente e familiares têm diferentes perspectivas sobre o uso de coerção no processo de admissão. Os autores observam que, se o paciente teve a oportunidade de se sentir único e incluído no processo decisório, esse passa a ser o ponto central de sua experiência de modo que, nesses casos, os pacientes costumam relatar sentir menos pressão do que foi visto pela família e pela equipe. Os esforços da equipe em proporcionar um atendimento mais humano e respeitar os direitos dos pacientes então não serão em vão, pois poderão beneficiar tanto o paciente quanto o próprio trabalho da equipe e da instituição. Acredita-se que muitos transtornos podem ser evitados no andamento do

processo terapêutico se o paciente estiver satisfeito com o tratamento recebido sendo respeitado enquanto pessoa.

Segundo Hoge et al. (1998), a participação do paciente no processo decisório é muito importante. Porém existe pouca concordância entre médicos, familiares e pacientes sobre o quanto foi permitido ao paciente opinar nesse processo. Familiares e médicos acreditam que foi dada máxima oportunidade aos pacientes para que manifestassem suas preferências e que eles foram tratados com consideração e honestidade. No entanto, os pacientes não descrevem o mesmo, havendo opiniões diferentes dentro desse grupo. Quanto maior foi o entendimento de que a experiência vivenciada não foi adequada maior a percepção de coerção.

Para amenizar tal sentimento alguns cuidados parecem ser úteis. Mesmo experiências de maior restrição em relação às escolhas podem ser sentidas como menos negativas se realizada dentro de um relacionamento de confiança e de um ambiente de suporte (TAN et al., 2010). Uma relação médico-paciente onde haja um compromisso de colaboração, persistência e disponibilidade da equipe, com reconhecimento da necessidade de apoio social e ajuda com atividades diárias, foram apontados pelos participantes da pesquisa de Thøgersen et al. (2010) como fortes elementos para esvair experiências coercitivas. Esse estudo sugere que o desenvolvimento de práticas de saúde mental que favoreçam a formação de uma relação terapêutica com o paciente minimizaria situações que induzem a percepção de coerção. Acredita-se que as mesmas observações sejam válidas para aqueles pacientes internados em hospitais gerais.

Mais uma vez, destaca-se que com o empenho da equipe, ajudando o paciente a sentir-se à vontade na internação pode evitar muitos prejuízos a eles. Assim, segundo estudo de Nicholson, Ekenstam e Norwood (1996), a satisfação dos pacientes com a internação pode ser influenciada por outros aspectos da experiência hospitalar que não o fato de terem sido forçados. Para os autores, ela sofre influência, por exemplo, do modo como o paciente foi tratado pela equipe, de forma que, no estudo realizado por eles, aqueles que tiveram maior participação no programa de tratamento tiveram percepções mais positivas sobre a equipe e o hospital. Tabora (2002) acredita que estudar eventuais formas de coerção pode contribuir para o desenvolvimento de métodos de proteção a toda pessoa hospitalizada. Para o autor, a equipe deve aperfeiçoar suas habilidades de ouvir os argumentos dos pacientes e procurar levá-los em consideração durante o tratamento. Tal atitude contribuiria, de forma significativa, para a diminuição do sentimento de que foram coagidos.

# OBJETIVOS

## 1. Objetivos gerais:

- Avaliar a auto percepção dos pacientes quanto à capacidade de expressar sua opinião no processo de autorização para a realização de procedimentos assistenciais e compreender os fatores envolvidos nesta percepção, segundo a visão dos mesmos.

## 2. Objetivos específicos:

- Avaliar a percepção de coerção em expressar-se diante de situações de oferta de procedimentos assistenciais em pacientes ambulatoriais e internados no hospital por meio da Escala de Expressão de Coerção em Assistência.

- Comparar os resultados obtidos nas duas amostras selecionadas para aplicação dos questionários (pacientes ambulatoriais e pacientes internados no hospital), quanto ao grau de expressão de coerção.

- Compreender que fatores levaram os sujeitos da pesquisa a identificarem coerção em expressar-se em relação a seu tratamento.

- Avaliar o nível de desenvolvimento psicológico-moral dos participantes da pesquisa.

- Identificar a ocorrência de alfabetismo funcional dos participantes da pesquisa.

- Comparar os resultados obtidos nas duas amostras selecionadas para aplicação dos questionários (pacientes ambulatoriais e pacientes internados no hospital), quanto aos níveis de desenvolvimento psicológico-moral e de alfabetismo funcional.

- Identificar uma possível relação entre o grau de expressão de coerção e o nível de desenvolvimento psicológico moral e de alfabetismo funcional.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.; MUNOZ, D. R. Relação médico-paciente e paciente-instituição na AIDS: o direito à informação e à confidência; a discriminação, o abandono e a coerção. **Bioética**, v. 1, n. 1, p. 49-53, 1993.

ANGERAMI-CAMON, V. A. O imaginário e o adoecer. Um esboço das pequenas grandes dúvidas. In ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001. p.181-210.

BAÚ, M. K. Capacidade jurídica e consentimento informado. **Bioética**, v. 8, n. 2, p. 285-296, 2000.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 574 p.

BIONDO-SIMÕES, M. L. P. et al. Compreensão do Termo de Consentimento Informado. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 34, n. 3, p. 183-188, 2007.

BULLA, M. C. et al. O uso de Termos de Consentimento informado nas áreas assistenciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista AMRIGS**, v. 47, n. 2, p. 101-103, 2003.

CAPLAN, A. Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 31, p. 117– 120, 2006.

COHEN, C. Bioética e Psiquiatria: considerações sobre autonomia, beneficência, não-maleficência e equidade. In: ALVES, L. C. A. (Coord.). **Ética e Psiquiatria**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007. p.153-163.

COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. Competência do paciente. In. SEGRE, M.; COHEN, C. (orgs). **Bioética**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. p. 95-106.

CLOTET, J. Por que Bioética? **Bioética**, v.1, n. 1, p. 13-9. 1993.

\_\_\_\_\_ O consentimento informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. **Bioética**, v. 3, n. 1, p. 51-59, 1995.

- DIAS, H. Z. J. et al. Psicologia e Bioética: diálogos. **Psic. Clin.**, v.19, n.1, p.125 – 135, 2007.
- DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é Bioética**. São Paulo: Ed.Brasiliense, 2005. p. 69.
- FERNANDEZ, C. F.; PITHAN, L. H. O consentimento informado na assistência médica e o contrato de adesão: uma perspectiva jurídica e bioética. **Revista HCPA**, v. 27, n. 2, p. 78-82, 2007.
- FORTES, P. A. C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, v. 2, p. 129-35, 1994.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. p. 166.
- GARDNER, W.; LIDZ, C. Gratitude and coercion between physicians and patients. **Psychiatr Ann**, v. 3, n. 2, p. 125-9, 2001.
- GARRAFA, V. Introdução à bioética - an introduction to bioethics. **Revista do Hospital Universitário Ufma**, v. 6, n. 2, p. 9-13, 2005.
- GOLDIM, J. R. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. **Revista AMRIGS**, v. 46, n. 3,4, p. 109-116, 2002.
- \_\_\_\_\_ Bioética: Origens E Complexidade. **Rev HCPA**, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.
- GOLDIM, J. R. et al. O processo de consentimento informado livre e esclarecido em pesquisa: uma nova abordagem. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 49, n. 4, p. 372-4, 2003.
- GOLDIM, J. R.; PROTAS, J. S. Psicoterapias e bioética. In: CORDIOLI, A. V. (org.) **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 809-830.
- GRACIA, D. La Relación Clínica. In GRACIA, D. **Ética y Vida - Estudios de Bioética. v.2. Bioética Clínica**. Santa Fé de Bogotá, DC: Editorial El Búho, 1998. p. 61-63.
- HELMAN, C. Interações médico-paciente. In: HELMAN, C. **Cultura, Saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 113-142.
- HIDAY, V. A. et al. Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 20, n. 2, p. 227-241, 1997.

HOGUE, S. K. et al. Patient, family, and staff perceptions of coercion in mental hospital admission: An exploratory study. **Behav Sci Law**, v. 11, p. 281-293, 1993.

HOSSNE, W. S. Consentimento: livre e esclarecido. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Capacitação para Comitês de Ética em Pesquisa – CEPs/Ministério da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia.** – Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, p. 227-228, 2006.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO. **5º. Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional.** 2005.

\_\_\_\_\_. **O Inaf 2007 - Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional.** 2007.

ISMAEL, S. M. C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In ISMAEL, S. M. C. (Org.). **A prática da psicologia e sua interface com as doenças.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 17-37.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, p. 106-10, 2005.

LIDZ, C. et al. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. **American Journal of Psychiatry**, v.155, n. 9, p. 1254- 1260, 1998.

LOEVINGER, J. (1966). The meaning and measurement of ego development. *The American psychologist*, 21 (3), 195- 206.

LUDWIG, M. W. B. et al. Psicoterapia e Bioética: aproximando conceitos, aperfeiçoando práticas. **Psicologia em Estudo** (Maringá), v. 12, n. 3, p. 603-608, 2007.

LUNA, F. Consentimento livre e esclarecido: ainda uma ferramenta útil na ética em pesquisa. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** v. 2, 2008.

MARCOLINO, J. A. M.; COHEN, C. Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 4, p. 363-8, 2008.

MONAHAN, J. et al. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. **Int J Law Psychiatry**, v. 18, n. 3, p. 249-263, 1995.

NICHOLSON, R. A., EKENSTAM, C.; NORWOOD, S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. **Int J law Psychiatry**, v. 19, p. 201-217, 1996.

O'NEILL, O. Some limits of informed consent. **J Med Ethics**, v. 29, p. 4 –7, 2003.

\_\_\_\_\_. Informed consent and public health. **Phil. Trans. R. Soc. Lond.**,v. 359, p. 1133–1136, 2004.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007. 414 p.

PIAGET, J. **O juízo moral na criança**. São Paulo: Summus editorial, 1980. 304 p.

PROTAS, J. S. **Adaptação da Escala de Percepção de Coerção em Pesquisa e da Escala de Expressão de Coerção para procedimentos assistenciais em saúde**. 2010. 66f. Dissertação (Mestrado em Medicina: ciências médicas), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

RAMOS, L. J. **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**. 2008. 68f. Dissertação (Mestrado em Geriatria e Gerontologia), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

RAUBUSTT, K. D.; ALVES. L. V. B. N. F.; GOLDIM, J. R. Restrição alimentar por motivação religiosa e coerção: dados preliminares. In: X SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – PUCRS. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009, p. 420-422.

RIBEIRO, J. L. P. O Consentimento Informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 3, n. 1, p. 11-22, 2002.

RIBEIRO, V, M. Alfabetismo funcional: Referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. **Educação e Sociedade**, n.60, p. 144-158, 1997.

\_\_\_\_\_. Analfabetismo e alfabetismo funcional no Brasil. **Boletim INAF**. São Paulo: Instituto Paulo Montenegro, 2006 a.

RIBEIRO, D. C. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p.1749-1754, 2006b.

STANHOPE, V.; MARCUS, S.; SOLOMON, P. The impact of coercion on services from the perspective of mental health care consumers with co-occurring disorders. **Psychiatric Services**, v. 60, n. 2, p. 183- 188, 2009.

TABORDA, J. G. V. **Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados**. 2002, 105f. Tese (Doutorado em Medicina: ciências médicas), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

TAN, J. O. A. et al. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. **Int J Law Psychiatry**, v. 33,n. 1, p. 13–19, 2010.

TERRY, P. B. Informed consent in clinical medicine. **Chest**, v. 131, n. 2, p. 563-568, 2007.

TORRES, W. C. A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 475-482, 2003.

THØGERSEN, M. H.; MORTHORST, B. E.; NORDENTOFT, M. Perceptions of coercion in the community: a qualitative study of patients in a danish assertive community treatment team. **Psychiatr Q**, v. 81, p. 35–47, 2010.

TRINDADE, E. S. et al. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Rev assoc med Brás**, v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.

VIEIRO, S. A. et al. Avaliação da Percepção de Coerção em Pesquisa no Processo de Consentimento Informado. In: X SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – PUCRS. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009, p.1635-1636.

## **ARTIGOS CIENTÍFICOS**

**ARTIGO 1 - RESPEITANDO AS DECISÕES DO PACIENTE:  
AVALIAÇÃO DO GRAU DE EXPRESSÃO DE COERÇÃO EM  
ASSISTÊNCIA.<sup>2</sup>**

---

<sup>2</sup> Artigo formatado de acordo com as normas requisitadas pela revista “Estudos de Psicologia (Natal)”, qualis – capes A2, para a qual será enviado para avaliação.

## RESPEITANDO AS DECISÕES DO PACIENTE: AVALIAÇÃO DO GRAU DE EXPRESSÃO DE COERÇÃO EM ASSISTÊNCIA

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** o processo de consentimento livre e esclarecido se constitui como um elemento importante na área da saúde. Falhas nesse processo podem fazer com que o paciente se sinta coagido a aceitar um tratamento. **OBJETIVO:** avaliar o grau de expressão de coerção dos pacientes ambulatoriais e internados em um hospital universitário. **MÉTODO:** estudo transversal com uma amostra de 285 pacientes de um hospital universitário. Utilizou-se a Escala de Expressão de Coerção em Assistência para avaliar o grau de expressão de coerção dos participantes. Os dados foram analisados empregando-se o Teste Qui-quadrado e Índice de Correlação de Spearman. **RESULTADOS E CONCLUSÃO:** verificou-se um baixo grau de expressão de coerção, predominando o grau nulo. Os dados revelaram a capacidade dos sujeitos em decidir autonomamente, ou seja, os participantes do estudo sentiram-se livres para expor suas escolhas.

**Palavras-chaves:** coerção; bioética; assistência hospitalar.

WITH THE DECISIONS OF PATIENTS: EVALUATION OF THE DEGREE OF  
EXPRESSION OF COERCION IN ASSISTANCE

ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The process of informed consent constitutes an important element in health. Failures in this process may make the patient feel coerced into accepting treatment. **OBJECTIVE:** to evaluate the degree of expression of coercion of outpatients and inpatients in a university hospital. **METHOD:** cross action study with 285 patients of a university hospital. It was used the Scale of Coercion Expression in care to assess the degree of expression of coercion of participants. The data had been analyzed using the Test Qui-square and Index of Correlation of Spearman. **RESULTS AND CONCLUSION:** there was a low level of expression of coercion, predominantly degree zero. The data reveal the ability of individuals to decide autonomously having felt free to express their choices.

**Keywords:** coercion; bioethics; hospital care.

## **Introdução**

O processo de consentimento livre e esclarecido em assistência visa ao auxílio a uma decisão voluntária e autônoma (Baú, 2000). Para tanto, Cohen e Marcolino (2008) afirmam que o paciente não pode se perceber coagido a indicar qualquer resposta, ou seja, deve se sentir livre para expressar seus desejos e opiniões. Deve, ainda, ser capaz de tomar decisões por si próprio e também de compreender aquilo que está posto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento tem por finalidade, na condição de assistência em saúde, “registrar adequadamente as informações que o paciente recebeu sobre os procedimentos e condutas a serem realizados, assim como dos benefícios, riscos e desconfortos associados” (Bulla, Benincasa, Goldim & Francisconi, 2003, p.102).

Porém, este processo é suscetível a falhas, de forma que o paciente, ao buscar atendimento, pode vir a sentir-se coagido a aceitar um tratamento que não corresponde ao que era esperado ou almejado por ele. Assim, cabe também à psicologia lançar seu olhar sobre tais aspectos a fim de contribuir com a saúde psíquica e qualidade de vida do paciente usuário das instituições de saúde, no caso aqui posto, das instituições hospitalares.

### *O Processo de Consentimento Livre e Esclarecido*

A designação “Consentimento Informado” foi criada nos EUA em 1957, no Brasil, o uso do consentimento informado começou a ser normatizado apenas na década de 70 (Goldim, 2002). Biondo-Simões et al. (2007) referem que, nas internações é comum que se apresente ao paciente um TCLE que deve ser assinado por ele ou seu acompanhante, porém os autores se questionam se esse termo padronizado é realmente adequado a todos os pacientes. Para O’neil (2004), ainda que, cada vez mais, introduzam-se procedimentos adicionais e formulários de consentimento explícito para as intervenções, esse sempre dependerá do entendimento do que permanece implícito: a vontade do paciente.

Beauchamp e Childress (2002) afirmam que o consentimento livre e esclarecido tem como principal função tornar possível e proteger a escolha autônoma dos sujeitos, entende-se que “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 1996, p.59). Assim, o processo de consentimento livre e esclarecido é efetivado quando o paciente, tendo entendimento da situação, e livre de qualquer controle por parte de outro, intencionalmente autoriza o profissional a fazer algo (Beauchamp & Childress, 2002).

Segundo Fortes (1994) o consentimento não deve decorrer de erros ou vícios e nem pode ser obtido por meio de coação seja física, psíquica ou moral, nem mesmo por meio de simulação ou engano visando manipular o paciente, pois isso impediria a manifestação de sua vontade pessoal. O consentimento livre e esclarecido é, então, um processo onde o que está escrito no papel dá informações, mas não garante sua compreensão.

O documento é apenas uma parte desse procedimento, o qual envolve a informação dos fatos e o curso da ação. Todos estes cuidados são importantes para assegurar que o paciente tenha capacidade de compreender a decisão que terá de tomar e a própria informação ofertada pelo médico. Nesse processo não deve haver coerção ou manipulação e o sujeito deve ser capaz de consentir. O consentimento livre e esclarecido existe para garantir o respeito aos valores do paciente e facilitar a tomada de decisão racional (Terry, 2007).

#### *A tomada de decisão*

Ao ser convidado a consentir com um procedimento assistencial ou de pesquisa o sujeito deve, ao menos, atender a duas condições: a capacidade para entender e decidir e a voluntariedade (Goldim, 2002). Para Fernandez e Pithan (2007), o exercício da voluntariedade se dá ao longo da tomada de decisões pela minimização de qualquer forma de constrangimento ou coerção. Uma decisão voluntária é aquela tomada livre de qualquer

influência ou pressão. Já capacidade é um conceito ligado à autonomia e que, segundo Terry (2007), implica que o paciente consiga compreender e sopesar as informações fornecidas pelo médico para tomar sua decisão.

No campo da psicologia a capacidade tem sido associada ao nível de desenvolvimento psicológico-moral do indivíduo (Ramos, 2008). Loevinger (1966) desenvolveu um instrumento que visava avaliar o desenvolvimento psicológico-moral das pessoas. Sua classificação de desenvolvimento do ego estabelece sete níveis: pré-social, impulsivo, oportunista, conformista, consciencioso, autônomo e integrado (Protas, 2010)<sup>3</sup>. Esta classificação é utilizada com a finalidade de avaliar se o sujeito apresenta um nível de desenvolvimento psicológico-moral que o capacite a tomar decisões autônomas.

Outro fator envolvido na tomada de decisão se refere à forma como a informação é fornecida. Muitas vezes a única forma de informação apresentada é o TCLE. Bulla et. al. (2003) analisou os TCLE utilizados na prática assistencial de um hospital público. Os dados obtidos revelaram que a grande maioria destes documentos necessitam, para serem compreendidos, de um nível de escolaridade superior aqueles apresentado pelos pacientes. Tal fato revela a inadequação destes documentos para a realidade das instituições. Os dados apresentados pelos autores preocupam, pois sem compreensão não há a possibilidade de haver uma escolha consciente, o que prejudicaria o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido.

---

<sup>3</sup> Os níveis da classificação de desenvolvimento psicológico-moral de Loevinger (1966) são assim descritos:

1. Pré-social: corresponde ao início do desenvolvimento;
2. Impulsivo: as decisões seriam tomadas impulsivamente, baseadas em seu desejo e não considerando as informações;
3. Oportunista: há uma supervalorização dos desejos e valorização das informações para atingí-los;
4. Conformista: as crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio;
5. Consciencioso: possui capacidade de tomar decisões de forma autônoma, considerando seus os desejos e as crenças, porém, ainda é passível de constrangimento;
6. Autônomo: possui as regras introjetadas sendo capaz de tomar decisões livres de constrangimento e de modo independente;
7. Integrado: também possui a noção da regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, possui compreensão da interdependência.

O questionamento que surge daí é, justamente, se os pacientes compreendem aquilo que leem. De acordo com o Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional (INAF) desenvolvido pelo Instituto Paulo Montenegro (2005), a alfabetização plena, só ocorre quando a pessoa é capaz de ler e entender adequadamente um texto, localizando mais de uma informação e realizando inferências e sínteses. Esse indicador traz ainda o conceito de alfabetismo funcional. A pessoa alfabetizada funcional, segundo o INAF, é aquela que tem capacidade de utilizar a leitura e escrita para entender as demandas de seu contexto social e usa suas habilidades para continuar seu desenvolvimento e aprendizado.

Percebe-se a tomada de decisão e os elementos relacionados a ela, apontados anteriormente, como aspectos relevantes para a validade do processo de consentimento livre e esclarecido. Devido a isso, considera-se que esses elementos devem ser também analisados ao estudar-se tal processo.

#### *A Percepção de Coerção*

A compreensão a respeito da percepção, pelo sujeito, de que foi coagido ao expressar-se é relevante na medida em que a área da saúde caminha no sentido de valorizar as decisões voluntárias e autônomas dos pacientes. Desse modo, é importante entender a forma como esses indivíduos se sentem em relação ao acolhimento de suas escolhas pela equipe.

Muitos trabalhos a respeito da avaliação da percepção de coerção vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos. Enfatiza-se os trabalhos do instituto *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law*, cujas pesquisas deram origem a instrumentos de medição desse constructo (Taborda, 2002). No Brasil destaca-se o estudo de Taborda (2002), assim com aqueles realizados pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre focalizados em especialidades como psicologia (Protas, 2010; Viero et al., 2009) e nutrição (Raubustt, Alves & Goldim, 2009).

Sob o viés da psicologia, Piaget (1980) identifica em todos os domínios dois tipos de relação social: coerção e cooperação. O autor aponta o respeito unilateral como a primeira forma de respeito que se estabelece em nossas relações nomeando-o “coerção social”. Essa denominação refere-se a toda relação social onde intervém um elemento de autoridade.

A coerção é, então, entendida pelo autor como a relação social onde existe um elemento de respeito unilateral, de autoridade ou prestígio. Numa relação coercitiva tem-se a imposição de regras que devem ser obedecidas sem questionamento (Piaget, 1980).

No entanto, a percepção de coerção se coloca como um conceito um tanto diverso daquele de coerção propriamente dita (Monahan et al., 1995). O instituto *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* define a percepção de coerção como o oposto da percepção de autonomia do paciente. Dessa forma, sentir-se coagido durante a internação, psiquiátrica, no caso dos estudos conduzidos por este grupo, significa que o paciente percebeu que não teve influência, controle, liberdade ou escolha em relação à mesma, ou que não tomou a decisão de ser hospitalizado (GARDNER et al., 1993). Hiday, Swartz, Swanson e Wagner (1997) entendem que a percepção de coerção refere-se a um reflexo dos sentimentos do paciente, independente de como eles foram tratados.

As pesquisas sobre percepção de coerção são importantes para compreender o impacto da pressão exercida pela equipe sobre o paciente (Stanhope, Marcus & Solomon, 2009). Pacientes que relataram desconforto devido a comportamentos coercitivos podem acabar não seguindo as orientações médicas, ou não procurando mais auxílio médico, mesmo quando necessário (Lidz et al, 1998). Ao perceber que está sendo controlado o paciente também pode apresentar algumas reações psicológicas como: depressão, ansiedade e a cessação de qualquer esforço pessoal a fim de aliviar uma situação aversiva (Monahan et al., 1995).

Em estudo realizado por Oliveira e Gomes (2004) com adolescentes portadores de doenças crônicas constatou-se, ainda, que permitir que o paciente deixe de ser mero

espectador da comunicação com o médico, atuando de forma a ser também um comunicante de sua vontade, favorece a adesão ao tratamento e o desenvolvimento psicológico desses sujeitos. Assim, acredita-se que muitos transtornos podem ser evitados no andamento do processo terapêutico se o paciente estiver satisfeito com o tratamento recebido tendo suas colocações respeitadas pela equipe.

### **Método**

Trata-se de um estudo transversal realizado com duas amostras de pacientes de um hospital universitário do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, totalizando 285 sujeitos, 143 pacientes ambulatoriais e 142 pacientes internados na instituição. Todos os participantes eram maiores de 18 anos.

Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de expressão de coerção percebido pelos pacientes que compuseram a amostra. Para complementar este propósito, foram também utilizados os instrumentos de avaliação do nível de alfabetismo funcional e de desenvolvimento psicológico-moral dos participantes a fim de melhor compreender os fatores envolvidos na tomada de decisão em assistência à saúde. Os dados, das duas amostras, foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 15.0. Buscou-se verificar a frequência de ocorrência das variáveis, bem como apontar possíveis diferenças entre os grupos. Com base na distribuição das variáveis optou-se pelo Teste Qui-quadrado. Além disso, procurou-se identificar a existência de correlação entre a expressão de coerção e as demais variáveis medidas (alfabetismo funcional e desenvolvimento psicológico-moral), por meio do Índice de Correlação de Spearman.

### *Amostra*

A escolha das amostras se deu pela técnica não-probabilística de amostragem acidental (Centro Estatístico de Processo [CEP], 2006) entre os pacientes, de ambos os sexos, que aguardavam consultas ambulatoriais e aqueles internados no hospital onde foi realizada a pesquisa. O tamanho da amostra foi calculado segundo cálculo de amostra finita (Levine, Berenson & Stephan, 2000) chegando-se ao total de 143 pacientes atendidos no ambulatório e 142 pacientes em internação.

Foram excluídos da pesquisa sujeitos que estivessem em atendimento nas áreas de psiquiatria ou apresentassem deficiência visual que incapacitasse a leitura. A exclusão de pacientes psiquiátricos se deve ao fato de a grande maioria dos estudos sobre percepção de coerção, a que se teve acesso, voltarem sua atenção precisamente para essa população, de forma que no presente estudo se buscou obter conhecimento sobre tal percepção em uma população diferente dessa. Já pacientes com dificuldade de leitura foram excluídos pelo fato de que o instrumento de avaliação de alfabetismo funcional exige que o próprio participante leia o documento para que se possa avaliar se esse sujeito pode ser considerado funcionalmente alfabetizado.

### *Instrumentos*

Os instrumentos utilizados neste trabalho foram cedidos pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sendo utilizados em trabalhos desenvolvidos por seus membros. Foram aplicados os seguintes instrumentos de coleta:

Escala de Expressão de Coerção em Assistência: derivada da escala desenvolvida pelo *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* (Gardner et al, 1993), foi adaptada para o português por Tabora (2002) e adaptada a situação de assistência por Protas (2010). A escala possui 4 afirmativas (“Tive oportunidade de dizer se queria me tratar”; “Tive

oportunidade de dizer o que queria a respeito do tratamento”; “Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me tratar” e “Minha opinião sobre o tratamento não interessou” ) nas quais o participante deve apontar se concorda ou discorda. Os resultados são apresentados seguindo uma graduação de expressão de coerção que vai de “0” (não foi percebida coerção em se expressar) a “4” (nível máximo apontado pelo instrumento). Para indicação deste índice são contabilizadas as respostas discordantes em relação às duas primeiras afirmativas e aquelas concordantes com as duas frases seguintes.

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Psicológico-moral: originalmente desenvolvido por Loevinger (1966), sendo, neste trabalho, utilizada a escala adaptada por Souza (1968). Essa avalia o desenvolvimento psicológico-moral o qual permite verificar a capacidade para consentir de uma pessoa. O instrumento possui 4 conjuntos de alternativas que deverão ser selecionadas pelo sujeito, totalizando 9 alternativas escolhidas, dentre as 30 ofertadas pelo instrumento. De acordo com a média dos resultados obtidos os sujeitos são classificados em uma das sete fases de desenvolvimento psicológico-moral (pré-social, impulsivo, oportunista, conformista, consciencioso, autônomo e integrado). Outros estudos já mostram a aplicabilidade desse instrumento (Protas, 2010; Ramos, 2008; Pavan, 2008; Vieiro et al., 2009).

Instrumento de Avaliação de Alfabetismo Funcional: foi utilizado um texto padrão de 20 linhas, abordando o desmatamento das florestas tropicais e com índice de dificuldade de leitura compatível com cinco anos de escolaridade (Bittencourt et al., 2007; Araujo, 2009). Após a leitura do texto a seguinte pergunta deve ser feita ao participante: “Quais são as conseqüências da destruição das florestas tropicais apontadas pelo texto?”. As respostas dos participantes são anotadas junto ao texto. O desempenho na leitura é avaliado de acordo com quatro alternativas preenchidas pelo pesquisador: não citou conseqüências (nível rudimentar), não compreendeu o que foi proposto (nível rudimentar), citou uma conseqüência (nível

básico) e citou duas conseqüências (nível pleno). Quando assinalado que o paciente “não compreendeu o que foi proposto” significa dizer que o participante apontou respostas, mas que elas não correspondem ao que é apontado pelo texto ou não representam conseqüências, mas causas (Araujo, 2009).

## **Resultados**

### *Amostra de pacientes ambulatoriais*

Foram entrevistadas 143 pessoas atendidas em tratamento ambulatorial no hospital pesquisado. Destas 89 (62,2%) eram do sexo feminino e 54 (37,8%) do sexo masculino. A idade média das pessoas que compuseram a amostra foi de 47,37 anos, com desvio padrão de 13,66.

Quanto à escolaridade das pessoas entrevistadas, um (0,7%) dos sujeitos referiu saber ler, embora não tenha sido alfabetizado. A maioria dos entrevistados (n=57 - 39,9%) referiu não ter concluído o ensino fundamental e 4 (2,8%) disseram ter ensino médio incompleto. Uma porcentagem equivalente a 18,2% (n=26) dos entrevistados disseram ter concluído o ensino fundamental enquanto 41 (28,7%) concluíram o ensino médio. Oito (5,6%) entrevistados disseram estar cursando curso superior, 4 (2,8%) sujeitos referiram ter curso superior completo e 2 (1,4%) encontravam-se em nível de pós-graduação.

O instrumento que avalia o Índice de Alfabetismo Funcional indicou que 68 (47,6%) destes sujeitos se encontram em um nível rudimentar de compreensão de leitura. Tendo sido esse nível dividido em dois itens, os seguintes resultados foram encontrados: 61 (42,7%) das respostas correspondendo a “Nível rudimentar - não compreendeu o que foi proposto” e 7 (4,9%) das respostas correspondendo a “Nível rudimentar - não citou conseqüências”. No nível básico de compreensão de leitura encontraram-se 45 (31,5%) dos sujeitos e 30 (21%) apresentaram nível pleno de alfabetismo funcional.

Com relação ao grau de Expressão de Coerção da amostra ambulatorial, verificou-se que 126 (88,1%) dos participantes apresentaram grau nulo de expressão de coerção para se expressar, 11 (7,7%) apresentaram grau “1”, 4 (2,8%) apresentaram grau “2” e apenas 2 (1,4%) sujeitos apresentaram grau “3”. Nenhum questionário apresentou grau “4” de expressão de coerção.

Os dados relativos ao Desenvolvimento Psicológico-Moral indicam que a maioria dos participantes desta amostra (n=74 - 51,7%) são classificados no nível “consciencioso” da escala de Loevinger (1966), enquanto 16 (11,2%) são apontados como “conformistas” e 53 (37,1%) como autônomos. Os demais níveis da escala aplicada não foram observados.

#### *Amostra de pacientes em internação*

Essa amostra foi composta por 142 sujeitos, desses 74 (52,1%) eram do sexo feminino e 68 (47,9%) do sexo masculino. A média de idades foi de 46,8 anos, o desvio padrão foi de 16,25.

O nível de escolaridade informado pelos participantes variou desde aqueles que sabiam ler, porém nunca foram alfabetizados (n=2 - 1,4%) até pacientes que possuíam pós-graduação (n=1 - 0,7%). Assim como na amostra ambulatorial, a maioria dos entrevistados (n=65 - 45,8%) não possuía ensino fundamental completo. Um total de 25 (17,6%) sujeitos referiram possuir ensino fundamental completo, 15 (10,6%) disseram não ter completado o ensino médio, 26 (18,3) concluíram o ensino médio e 6 (4,2) referiram possuir curso superior completo.

O instrumento de medição do Índice de Alfabetismo Funcional indicou que 64 (45%) dos entrevistados apresentavam nível rudimentar de compreensão de leitura, sendo que 57 (40,1%) foram classificados como “Nível rudimentar - não compreendeu o que foi proposto”

e, 7 (4,9%) como “Nível rudimentar - não citou consequências”. Foram encontrados 49 (34,5%) sujeitos com nível básico de alfabetismo funcional e 29 (20,4%) com nível pleno.

O grau de expressão de coerção apresentado na amostra variou do grau “0” (não se percebeu coagido ao expressar-se), apontado em 125 (88%) casos, ao grau “2”, em 6 (4,2%) casos. Onze (7,7%) pacientes apresentaram grau “1” de expressão de coerção. Nenhum questionário apresentou grau “3” ou “4” neste instrumento.

No que tange ao Desenvolvimento Psicológico-Moral, a maioria (n=92 – 64,8%) dos entrevistados encontravam-se no nível “consciosos” da escala de desenvolvimento psicológico-moral. Foram identificados 23 (16,2%) sujeitos classificados com “conformistas”, 25 (17,6%) como “autônomos” e apenas 2 (1,4%) no nível “integrado”. Os demais níveis da escala aplicada não foram observados.

#### *Correlações entre os constructos nas amostras*

Em ambas as amostras procurou-se a existência de correlação entre o grau de expressão de coerção e as demais variáveis medidas (nível de desenvolvimento psicológico-moral e nível de alfabetismo funcional). Para tanto foi aplicada a correlação de Spearman. Em nenhuma das amostras foi observada correlação significativa ( $p < 0,05$ ).

#### *Dados comparativos entre as amostras*

Para comparação dos resultados apresentados pelos participantes entre as amostra utilizou-se o Teste Qui-quadrado. Não se observou diferença estatística significativa entre as amostras em relação ao grau de expressão de coerção ( $p=0,494$ ) e o nível de alfabetismo funcional ( $p=0,945$ ).

Com relação ao nível de desenvolvimento psicológico-moral foi encontrada diferença significativa entre os resultados das amostras ( $p=0,005$ ). A maior diferença encontrada foi

entre os pacientes da amostra ambulatorial (n=52 - 36,4%) e de internação (n=25 - 17,6%) classificados como “Autônomos”.

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre nível de desenvolvimento psicológico-moral e a idade, sexo ou escolaridade dos entrevistados que pudessem justificar esta diferença nos resultados das amostras. Aplicou-se o Teste Qui-quadrado a fim de comparar a amostra ambulatorial e de leito quanto às sentenças indicadas no instrumento de desenvolvimento psicológico-moral. Observou-se uma diferença significativa na escolha das seguintes alternativas:

- “Poder contar com amigos que me ajudam” (p=0,00) - valor da alternativa correspondente a 2 (impulsivo) – marcada por 48,3% dos pacientes ambulatoriais e 70,4% dos pacientes internados.

- “Ser coerente com o que digo e faço” (p=0,034) – valor da alternativa correspondente a 7 (integrado) – marcada por 23,1% dos pacientes ambulatoriais e 13,4% dos pacientes internados.

- “Ter amigos protetores” (p=0,012) - valor da alternativa correspondente a 2 (impulsivo) – marcada por 7,7% dos pacientes ambulatoriais e 17,6% dos pacientes internados.

- “Estar em harmonia comigo mesmo” (p=0,001) – valor da alternativa correspondente a 7 (integrado) – marcada por 40,6% dos pacientes ambulatoriais e 21,8% dos pacientes internados.

- “Compromissos assumidos” (p=0,019) – valor da alternativa correspondente a 5 (consciencioso) – marcada por 60,1% dos pacientes ambulatoriais e 73,2% dos pacientes internados.

- “Prestígio” (p=0,043) – valor da alternativa correspondente a 4 (conformista) – marcada por 30,1% dos pacientes ambulatoriais e 41,5% dos pacientes internados.

Os dados comparativos relativos às frequências das variáveis em cada amostra podem ser melhor visualizados na Tabela 1 (Comparação entre amostras por meio do Teste Qui-quadrado). Em caráter complementar, fez-se um comparativo entre o nível de escolaridade indicado pelos sujeitos das amostras e o grau de alfabetismo funcional. Tais dados são expostos na Tabela 2 (Escolaridade x Alfabetismo Funcional), onde se pode verificar a maior incidência de sujeitos com Ensino Fundamental incompleto e nível rudimentar de alfabetismo funcional.

### **Discussão**

Ao longo deste trabalho enfatizou-se que, ao efetuar-se o processo de consentimento livre e esclarecido na assistência a saúde, almeja-se apresentar informações ao paciente para que, a partir delas e de suas crenças pessoais, ele possa decidir sobre os procedimentos a que será submetido. Espera-se também que essa decisão seja livre de qualquer influência e que seja respeitada. É a partir destas afirmações que se pode discutir os resultados encontrados.

O grau de expressão de coerção indica se o paciente pode se expressar em relação ao seu tratamento. Nos resultados expostos, os dados relativos a essa medida não se diferenciam entre as amostras, e indicam um nível baixo de percepção de coerção ao expressar-se. A maioria dos sujeitos da amostra ambulatorial (95,81%) e da amostra de internação (95,7%) apresentaram grau “0” ou “1” de expressão de coerção o que indica que estes perceberam ter voz nas escolhas feitas em relação ao seu tratamento. Tais resultados assemelham-se àqueles encontrados por Protas (2010), em estudo realizado pela autora, utilizando esse instrumento, de modo que, assim como no estudo realizado por ela, houve maior prevalência de níveis baixos de expressão de coerção.

A capacidade é também apontada como fator importante para a tomada de decisão no processo de consentimento livre e esclarecido. O emprego do instrumento de avaliação do nível de desenvolvimento psicológico-moral visou, justamente, apontar se os pacientes atendidos no local da pesquisa possuíam um nível de desenvolvimento psicológico-moral que os capacitasse a tomar decisões de modo autônomo. O que foi observado é que os sujeitos da pesquisa, em sua maioria, encontram-se no nível “consciencioso” da escala empregada indicando que os mesmos possuem capacidade para tomada de decisão, embora estejam ainda passíveis a constrangimentos por parte de outros, pois não apresentam a noção de regra introjetada (Loevinger, 1966).

No entanto, o Teste Qui-quadrado apontou uma diferença estatística relevante entre as amostras em relação ao número de sujeitos classificados como “autônomos” (possuem capacidade de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente). Como foi relatado nos resultados, não houve diferença significativa entre essa e outras variáveis, mas sim na escolha de algumas alternativas oferecidas pelo instrumento. Observou-se que os sujeitos da amostra ambulatorial sobressaíram-se na escolha de alternativas que apresentavam um valor mais elevado, segundo indicações de correção do próprio instrumento, o que parece ter elevado a média pontuada pelos sujeitos indicando maior incidência do nível autônomo comparativamente à amostra de internação.

Relacionando a prevalência do nível “consciencioso” com os dados encontrados em relação à expressão de coerção, pode-se afirmar que, apesar dos sujeitos terem apresentado um grau baixo quanto a esta medida, é preciso cuidado da equipe posicionando-se de forma a garantir que o paciente não sofra constrangimentos na hora de decidir sobre sua terapêutica, pois estão ainda vulneráveis a tais comportamentos podendo aceitar indicações postas a eles. Neste sentido, Pavan (2009), ao avaliar o nível de desenvolvimento psicológico moral de um grupo de idosos da cidade de Arroio do Meio (RS), e encontrar resultado semelhante ao aqui

apontado, ou seja, uma maioria de sujeitos em nível consciencioso, sugere que o papel da equipe deve ser o de suporte para manter a capacidade de tomada de decisão, fornecendo informações necessárias para o exercício da autonomia baseada naquilo que parece certo ao paciente.

A aplicação do instrumento de avaliação do alfabetismo funcional esteve relacionada ao emprego e compreensão dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Observou-se que em ambas as amostras houve prevalência do nível rudimentar de alfabetismo funcional, o que significa, segundo o INAF (2007), que estes sujeitos apresentam capacidade de localizar informações que estejam explícitas em textos curtos e familiares. Portanto, existem limitações quanto à leitura de textos complexos como normalmente são os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aponta-se que prevaleceu na amostra a indicação de os sujeitos encontravam-se em “nível rudimentar - não compreendeu o que foi proposto”. Esses sujeitos indicaram respostas diversas daquelas apontadas no texto ou, ainda, apontaram causas para o fenômeno exposto no texto e não conseqüências como foi solicitado pelo entrevistador. A prevalência desse subnível em relação aquele identificado como “nível rudimentar - “não citou conseqüências” pode indicar que os entrevistados tenham se sentido desconfortáveis em não apresentar respostas. Tal fato pode sinalizar, mais uma vez, o cuidado que precisa ser mantido com relação à postura diante de tais sujeitos, que podem vir a sentir-se na obrigação de fornecer respostas (como no caso agora discutido) ou aceitar colocações de outros evitando questioná-las.

A ocorrência de maior incidência de sujeitos no nível rudimentar de alfabetismo funcional também leva a uma reflexão com relação ao modo como se dá o processo de consentimento livre e esclarecido. Como já foi exposto, a amostra possui limitações com relação à leitura de textos complexos de modo que a simples apresentação do TCLE pode não

ser suficiente para, de fato, informar o paciente e capacitá-lo à escolhas importantes como aquelas relativas a sua saúde. Dessa forma, deve-se pensar em diferentes estratégias que permitam o fornecimento de informação adequada e que levem à compreensão da mesma pelo sujeito que precisa decidir.

A ausência de correlação significativa entre o grau de expressão de coerção e as demais variáveis medidas indica que o grau de expressão de coerção independe da aptidão para a leitura dos sujeitos ou de sua capacidade de decisão, de forma que tanto sujeitos capazes como incapazes, funcionalmente analfabetos ou com alfabetização plena, têm as mesmas possibilidades de sentirem-se coagidos ao expressar-se. A expressão de coerção parece, assim, ser um fenômeno situacional, decorrente das vivências do sujeito durante processo assistencial.

### **Conclusão**

Com base no que foi exposto, pode-se inferir que os pacientes participantes da pesquisa se perceberam livres para expressar suas escolhas com relação ao tratamento a seguir. Os dados também indicam que os sujeitos possuem um grau de desenvolvimento psicológico-moral que os capacita a tomar decisões de modo autônomo, embora ainda estejam passíveis a constrangimentos. No entanto, constatou-se existirem limitações quanto à leitura de textos complexos como normalmente são os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, o que pode limitar a autonomia dos pacientes para decidir caso não haja outras estratégias informativas.

## Bibliografia

Araujo, D. V. P. *A caracterização do alfabetismo funcional em usuários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: recomendações para a redação do termo de consentimento livre e esclarecido* (2009). Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Baú, M. K. (2000). Capacidade jurídica e consentimento informado. *Bioética*, 8 ( 2), 285-296.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola.

Biondo-Simões, M. L. P., Martynetz, J., Ueda, F. M. K., & Olandoski, M. (2007). Compreensão do Termo de Consentimento Informado. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 34( 3), 183-188.

Bittencourt, V. C., Araújo, D. V. P., Protas, J. S., Silva, C. A.M., & Goldim, J. R. (2007). Processo de consentimento e alfabetismo funcional. *Revista do HCPA*, 27(1), 273.

Bulla, M. C., Benincasa, C. C., Goldim, J. R., & Francisconi, C. F. M. (2003). O uso de Termos de Consentimento Informado nas áreas assistenciais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista AMRIGS*, 47 (2), 101-103.

Centro de Controle Estatístico-Cep. (2006) O propósito do controle estatístico do processo em tempo real. *Vitaminas Dr. CEP*, 3 (35). Disponível em: <  
<http://www.dataalyzer.com.br/site/suporte/administrador/info/arquivos/info60/60.html>>

Acesso em: 09 de jul. de 2009.

Cohen, C., & Marcolino, J. A. M. (2008). Autonomia & Paternalismo. In: Segre, M., & Cohen, C. (orgs) *Bioética*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Fernandez, C. F., & Pithan, L. H. (2007). O Consentimento informado na assistência médica e o contrato de adesão: uma perspectiva jurídica e bioética. *Revista HCPA*, 27(2), 78-82.

Fortes, P. A. C. (1994). Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*, 2, 129-35.

Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. p. 166.

Gardner, W., Hoge, S. K., Bennett, N., Roth, L. H., Lidz, C. W., Monahan, J., & Mulvey, E. P. (1993). Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law*, 11(3), 307-21.

Goldim, J. R. (2002). O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. *Revista AMRIGS*, 46 (3,4), 109-116.

Hiday, V. A., Swartz, M.S., Swanson, J. & Wagner, H.R. (1997). Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(2), 227-241.

Instituto Paulo Montenegro (2005). *5º. Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional*. 1-26.

Instituto Paulo Montenegro (2007). *O Inaf 2007 - Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional*. 1-20.

Levine, D. M., Berenson, M. L. & Stephan, D. (2000). *Estatística: teoria e aplicações*. Rio de Janeiro: LTC.

Lidz, C., Mulvey, E., Hoge, S., Kirsch, B., Monahan, J., Eisenberg, M., Gardner, W., & Roth, L.T. (1998). Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *American Journal of Psychiatry*, 155 (9), 1254- 1260.

Loevinger, J. (1966). The meaning and measurement of ego development. *The American psychologist*, 21 (3), 195- 206.

Monahan, J., Hoge, S.K., Lidz, C.W., Roth, L.T., Bennett, N., Gardner, W., & Mulvey, E.P. (1995). Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*, 18(3), 249-263.

Oliveira, V. Z., & Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 459-469.

O'Neill, O. (2004) Informed consent and public health. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B* 359, 1133–1136.

Pavan, A. P. (2008). *Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Piaget, J. (1980). *O juízo Moral na criança*. São Paulo: Summus editorial.

Protas, J. S. (2010). *Adaptação da Escala de Percepção de Coerção em Pesquisa e da Escala de Expressão de Coerção para procedimentos assistenciais em saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Ramos, L. J. (2008). *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*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Raubustt, K. D., Alves, L. V. B. N. F. & Goldim, J. R. Restrição alimentar por motivação religiosa e coerção: dados preliminares. In: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Org.), *X Salão de Iniciação Científica – PUCRS*. Resumos (pp. 420-422). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Souza, E. L. P. (1968). Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. *Boletim da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 3(7), 5-16.

Stanhope, V., Marcus, S., & Solomon, P. (2009). The impact of coercion on services from the perspective of mental health care consumers with co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 60 (2), 183- 188.

Taborda, J. G. V. (2002). *Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Terry, P. B. (2007). Informed consent in clinical medicine. *Chest*, 131(2), 563-568.

Vieiro, S. A., Protas, J. S., Herrera, L. B., Teixeira, A., Ferreira, K., Schmitz, A. & Goldim, J. R. (2009). Avaliação da Percepção de Coerção em Pesquisa no Processo de Consentimento Informado. In: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Org.), *X Salão de Iniciação Científica – PUCRS*. Resumos (pp.1635-1636). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Tabela 1. Comparação entre amostras por meio do Teste Qui-quadrado

Variável	Locais	Níveis					p-valor
		0	1	2	3	4	
<b>Expressão de coerção</b>	Ambulatório	126 (88,1%)	11 (7,7%)	4 (2,8%)	2 (1,4%)	0 (0%)	0,494
	Internação	125 (88,0%)	11 (7,7%)	6 (4,2%)	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Desenvolvimento psicológico- moral</b>	Ambulatório	<b>Conformista</b> 16 (11,2%)	<b>Consciencioso</b> 74 (51,7%)	<b>Autônomo</b> 52 (36,4%)	<b>Integrado</b> 1 (0,7%)		0,005
	Internação	23 (16,2 %)	92 (64,8%)	25 (17,6%)	2 (1,4%)		
<b>Alfabetismo funcional</b>	Ambulatório	<b>Rudimentar</b> 69 (48,3%)	<b>Básico</b> 45 (31,5%)	<b>Pleno</b> 29 (20,3%)			0,945
	Internação	64 (45%)	49 (34,5%)	29 (20,4%)			

**Tabela 2 – Escolaridade x Alfabetismo Funcional**

		Níveis de Alfabetismo Funcional			Total
		Rudimentar	Básico	Pleno	
<b>Escolaridade</b>	Não estudou, mas sabe ler	1	1	1	3
	Ensino fundamental incompleto	64	43	14	121
	Ensino fundamental completo	28	16	9	53
	Ensino médio incompleto	11	5	3	19
	Ensino médio completo	28	21	17	66
	Ensino superior incompleto	1	3	6	10
	Ensino superior completo	0	4	6	10
	Pós-graduação	0	1	2	3
<b>Total</b>		<b>133</b>	<b>94</b>	<b>58</b>	<b>285</b>

## **ARTIGO 2 - A VOZ DO PACIENTE: POR QUE ELE SE SENTE COAGIDO?<sup>4</sup>**

---

<sup>4</sup>Artigo formatado segundo as normas requisitadas pela revista “*The Spanish Journal Of Psychology*”, qualis-capes A1, para o qual será encaminhado para avaliação.

## A VOZ DO PACIENTE: POR QUE ELE SE SENTE COAGIDO?

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** As modificações sociais propiciaram maior liberdade aos pacientes que passaram a ter o direito a opinar e decidir sobre seu tratamento médico. O processo de consentimento livre e esclarecido coloca-se como elemento essencial para garantia desse direito. No entanto, a expressão de coerção pode estar associada a essa prática de modo que o sujeito sinta que não foi capaz de exercer sua autonomia e voluntariedade. Desse fato podem decorrer reações de caráter psíquico. **OBJETIVO:** Compreender que fatores levaram os sujeitos da pesquisa a identificarem coerção em expressar-se em relação ao seu tratamento. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo qualitativo, com a realização de entrevistas semi-estruturadas com 6 sujeitos que apresentaram algum grau de expressão de coerção. As entrevistas foram analisadas utilizando-se análise de conteúdo. **RESULTADOS e CONCLUSÃO:** A identificação, pelo paciente de que não teve voz no tratamento parece interligada ao fornecimento de informação, às vivências junto ao hospital, e ainda a elementos como o tempo de vinculação à instituição, à gratidão e ao modo como as vivências foram integradas psiquicamente pelo sujeito.

**Palavras-chaves:** coerção; bioética; assistência hospitalar.

## THE PATIENT'S VOICE: WHY HE FEELS COMPELLED?

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The social modifications had propitiated greater freedom to the patients who start to have the right to think and to decide on its medical treatment. The process of informed consent arises as part excencial to guarantee this right. However, the expression of coercion may be associated with this practice by restricting the autonomy and willingness of the subject. Of this fact may arise reactions of psychological character.

**OBJECTIVE:** To understand what factors had influenced the perception of coercion manifested by the research subjects.

**METHODS:** This was a qualitative study, with the completion of semi-structured interviews with six subjects who had some degree of perceived coercion. The interviews were analyzed using content analysis.

**RESULTS and CONCLUSION:** The coercion perception seems to reflect the supply of information of experiences with the hospital, and even the elements as the time of entailing to the institution, the gratitude and the way as the experiences had been integrated psychically by the subject. These observations may serve to help professionals in reducing the suffering of the patient before treatment on its treatment.

**Keywords:** coercion; bioethics; hospital care.

## **Introdução**

A medicina avançou enormemente nos últimos anos aprimorando suas rotinas e tratamentos e levando à modificação da relação médico-paciente. O paciente foi posto numa outra posição, menos passiva no que se refere à escolha do tratamento. Este agora tem o direito ao acesso à informação sobre os recursos disponíveis a ele, podendo questionar a utilização dos mesmos (Marcolino & Cohen, 2008).

Paulo Freire em seu livro “Pedagogia da Autonomia” faz com que nos deparemos com a seguinte afirmação: “O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (Freire, 1996, p.59). Apesar de estar ele falando a cerca do processo educativo essa é uma observação que cabe também aqueles que atuam na área da saúde, pois se trata de fornecer informação ao sujeito, no caso da saúde, ao paciente, e permitir a ele tomar a decisão que julga melhor para si. Não cabe ao profissional da saúde seja qual for a sua área de atuação decidir pelo paciente sobre questões que o envolvem diretamente sem consultá-lo. Quando se possibilita ao paciente decidir sobre o rumo do tratamento, seja ele qual for, estamos cumprindo um dever ético para com ele, o dever de respeitar sua autonomia.

Nesse contexto, se constitui a importância do processo de consentimento livre e esclarecido o qual é um dos temas de interesse para a área bioética. Esse tem por meta, na condição de assistência em saúde, “garantir a autonomia do indivíduo nas decisões que podem afetá-lo física ou mentalmente” (Biondo-Simões, Martynetz, Ueda & Olandoski, 2007, p.187), e culmina, usualmente, na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). De acordo com Fernandez e Pithan (2007), o TCLE deve apresentar uma descrição dos procedimentos, riscos e benefícios da terapêutica fornecidos ao paciente durante o processo de informação. O paciente deve assiná-lo de forma que esse termo se torna uma prova documental de que a informação necessária foi passada a ele.

Clotet (1995) acredita que a relevância em respeitar o consentimento livre e esclarecido enquanto processo que realmente produza os efeitos esperados (uma decisão baseada no entendimento da informação e de modo livre e autônomo) não está apenas no fato de que essa é uma atitude ética, mas também no fato de que tal processo viabiliza o diálogo médico-paciente, evitando que se estabeleça uma atitude prepotente por parte do profissional que, dessa forma, reconhece o paciente como sujeito autônomo e merecedor de respeito. Segundo o autor, o consentimento livre e esclarecido é uma forma humanitária e eticamente correta de conduzir as relações entre o médico e o paciente.

No entanto, sabe-se da existência de falhas nesse processo informacional, de forma que o paciente, ao buscar atendimento, pode vir a sentir-se coagido a aceitar um tratamento que não corresponde ao que era esperado por ele. Desse fato podem decorrer reações de caráter psíquico como: depressão, ansiedade e a cessação de qualquer esforço pessoal a fim de aliviar uma situação aversiva (Monahan et al., 1995). Assim, cabe também à psicologia lançar seu olhar sobre tais aspectos a fim de contribuir com a saúde psíquica e a qualidade de vida do paciente usuário das instituições de saúde, no caso aqui posto, das instituições hospitalares.

Muitos trabalhos a respeito da avaliação da percepção de coerção vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos. Podem-se destacar os trabalhos do instituto *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law*, cujas pesquisas deram origem a instrumentos de medição desta percepção (Taborda, 2002). Nacionalmente, sobressaem-se os estudos realizados pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, focalizados em especialidades como psicologia (Protas, 2010; Viero et al., 2009) e nutrição (Raubustt, Alves & Goldim, 2009).

Sob o viés da psicologia, Piaget (1980) identifica em todos os domínios dois tipos de relação social: coerção e cooperação. A coerção é por ele entendida como a relação social onde existe um elemento de respeito unilateral, de autoridade ou prestígio, ela impõe opiniões

e modo de uso das regras. Já a cooperação alimenta o processo intelectual ou moral posto que é necessário buscar um acordo entre as partes no que concerne às regras a serem seguidas (Piaget, 1980).

A percepção de coerção, no entanto, se coloca como um conceito diferente daquele de coerção propriamente dita. Estudos analisados por Monahan et al. (1995) apontam uma significativa diferença entre a percepção subjetiva de coerção e a coerção exercida formalmente. O instituto *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* define a percepção de coerção como o oposto da percepção de autonomia do paciente.

Dessa forma, sentir-se coagido durante a internação psiquiátrica, no caso dos estudos conduzidos por aquele grupo, significa, para o paciente, perceber que não teve influência, controle, liberdade ou escolha em relação à mesma, ou que ele não tomou a decisão de ser hospitalizado (Gardner et al., 1993). Hiday, Swartz, Swanson e Wagner (1997) entendem que a percepção de coerção se refere a um reflexo dos sentimentos do paciente independente de como ele foi tratado. O presente trabalho tem como foco principal justamente a compreensão da percepção de coerção no que se refere à possibilidade do paciente em expressar-se em relação ao tratamento proposto a ele, ou seja, que fenômenos envolvidos no processo de decisão pelo tratamento podem levar o sujeito a perceber que não teve voz nesse processo.

## **Método**

Este trabalho é fruto da pesquisa de mestrado intitulada “Avaliação da Expressão de Coerção em Assistência de Pacientes Atendidos num Hospital Universitário”, realizada no interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, e aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o protocolo de número: CAAE 0142.0.243.000-09. Aqueles sujeitos que, nesta pesquisa, apresentaram algum grau de expressão de coerção, na

escala previamente aplicada<sup>5</sup>, foram convidados a participar de um segundo momento onde foram feitas entrevistas semi-estruturadas baseadas nos seguintes eixos norteadores: o processo do adoecer; o processo de decisão quanto à hospitalização; o processo de admissão hospitalar; o diagnóstico da doença: comunicação e prognóstico; o tratamento: tomada de conhecimento do mesmo; a comunicação com a equipe; o transcorrer da internação ou da terapêutica ambulatorial e o tratamento recebido no período de internação ou da terapêutica ambulatorial.

Buscou-se, desta forma, compreender melhor que fatores levaram os sujeitos da pesquisa a manifestarem terem se sentido coagidos ao expressar-se. A amostra foi composta por um total de 6 sujeitos, 3 deles estavam internados na instituição e 3 faziam tratamento ambulatorial. Todos os sujeitos entrevistados apresentavam idade superior a 18 anos. A contribuição dos participantes foi voluntária ressaltando-se que, a qualquer momento, o sujeito poderia solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados ao estudo. Após o convite para participação na pesquisa realizou-se o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em se tratando, de um estudo qualitativo, o número de sujeitos entrevistados foi definido pelo critério de saturação da amostra (Moraes, 2003; Turato, 2003), ou seja, foram realizadas entrevistas até que as novas informações não produzissem mais modificações nos resultados obtidos. Os relatos obtidos neste estudo foram tratados com emprego da análise de conteúdo (Bardin, 1977).

Para preservar a identidade dos participantes, os nomes foram substituídos por um código de números e letras que identifica: o número da entrevista realizada, o sexo (feminino-F ou masculino- M), o local onde o sujeito foi abordado (ambulatório- A ou leito- L) e, por fim o

---

<sup>5</sup> Em estudo prévio realizado pelos autores foi aplicada a Escala de Expressão de Coerção a fim de medir se os pacientes atendidos no local da pesquisa perceberam-se coagidos ao se expressar sobre seu tratamento. Os sujeitos que apresentaram algum grau de expressão de coerção foram convidados a participar desse segundo estudo com o uso de entrevistas semi-estruturadas.

grau de expressão de coerção indicado no questionário (varia de 0 a 4). Estes dados podem ser melhor compreendidos através da tabela 1 (Identificação dos pacientes).

## **Resultados e Discussão**

A análise das entrevistas levou ao agrupamento das falas em três categorias (“O que eu tenho?”, “Paciente-coisa” e “Foi Maravilhoso!”). Entendeu-se esses fragmentos como aspectos significativos na compreensão dos fatores que levaram os sujeitos da pesquisa a identificarem coerção em expressar-se em relação a seu tratamento. As categorias identificadas são expostas a seguir.

### ***O que eu tenho?***

Nesta categoria buscou-se expor falas relativas à informação recebida sobre o tratamento a que o sujeito iria submeter-se e, conseqüentemente, à comunicação com a equipe uma vez que, para que haja informação o diálogo é necessário. Em estudo realizado por Thøgersen, Morthorst e Nordentoft (2010) os autores observaram que uma abordagem flexível e persistente da equipe onde exista tempo suficiente para conversar, foi enfatizada como necessária para neutralizar as experiências de coerção. Enfatiza-se a etapa informativa como primordial no processo de consentimento livre e esclarecido, pois se sabe que informações falsas, incompletas ou mal-entendidas podem resultar em defeitos de raciocínio (Fortes, 1994). Tal conseqüência foi observada em falas como as seguintes:

Nunquinha que eles falaram. Eu julgo que a minha cirurgia tenha sido de emergência, que eu não teria possibilidade de fazer em outro momento. (1ML2)

Por que aqui tá muito demorado, e eu não sei o que tá me dando, eu to perdendo peso, não sei se é... não sei o que tá pintando(...) É desgastante tu ficar o dia todo aqui parado. (5ML1)

No primeiro fragmento, o paciente expõe não ter sido informado a respeito do tratamento. A falta de informação leva-o, neste caso, a criar seu próprio juízo sobre sua situação tentando justificar a falta de informação e diálogo pela urgência do caso. Esta colocação também corrobora a categoria posterior (“Foi Maravilhoso!”), afinal essa justificativa parece postar-se no sentido de amenizar a ansiedade gerada pela falta de informação. Na fala seguinte a criação de um falso juízo é também apresentada. O sujeito percebe modificações em seu estado de saúde, mas não sabe o que acontece com seu corpo. A falta de informação parece levá-lo a entender que nada está sendo feito, pois acredita ficar o dia todo parado.

Sabe-se que em se tratando de procedimentos assistenciais, a única exceção ao fornecimento da verdade ocorre quando o próprio paciente solicita que esta não lhe seja revelada (Goldim, 2002). O desejo de ser informado é, em alguns momentos, claramente exposto, como na seguinte exposição:

... é que eu fico esperando eles dar uma resposta, mas eles não vem dar uma resposta pra gente, um vai passando pro outro e ninguém diz nada com nada. (...) ...tudo que eu tomo eu tenho que perguntar, senão eles não falam nada... (6FL2)

Pode-se perceber o descontentamento com relação ao tratamento recebido. Neste caso, a paciente parece sentir-se ignorada pela equipe que não lhe dá as informações que ela tanto almeja. As informações passadas ao paciente são importantes para diminuir sua ansiedade e as fantasias a respeito da doença além de ajudar o paciente a ter maior controle sobre a situação, diminuindo seu medo e facilitando sua recuperação no período de hospitalização (Ismael, 2005). Assim, como apontado por Monahan et al. (1995), acredita-se que mesmo que nem todos os pacientes queiram, muitos gostariam de ter mais conhecimento e controle sobre seu tratamento o que pode relacionar-se com a indicação de perceber-se coagido ao expressar-se, pois sem informação, pode haver dificuldade em embasar e expor suas decisões.

### ***Paciente-coisa***

Estudos como o de Tan, Stewart, Fitzpatrick e Hope (2010) indicam que a percepção de coerção parece sofrer influência do modo como a equipe age em relação ao paciente. Em alguns momentos das entrevistas, por exemplo, percebeu-se que os pacientes entrevistados mostraram o sentimento de estarem sendo usados pela instituição, o que pode estar contribuindo para o reforço da visão negativa a respeito do tratamento, refletindo assim no grau de expressão de coerção. Tais colocações foram agrupadas nesta categoria e remetem a um entendimento do sujeito como sendo simplesmente um objeto de estudo, como posto em afirmações como esta:

Muitas vezes a gente vê... muitas vezes... se tem um prolongamento de tratamento por uma curiosidade. (...) Eu acho que, às vezes, o médico acaba suprimindo um pouco a vontade do paciente.(...) Às vezes soa que os pacientes parecem muito mais cobaias do que realmente pacientes.  
(1ML2)

Aqui, o paciente expõe uma dúvida em relação ao atendimento, o que pode ser reforçado pelo fato de estar em tratamento em um hospital-escola. Surge daí o questionamento sobre se a vontade do paciente está sendo respeitada ou se está posta em um nível secundário em relação à necessidade de aprendizagem dos estudantes. O respeito da vontade do sujeito ou de sua voluntariedade é um conceito relacionado à coerção de forma que, para Fernandez e Pithan (2007), a voluntariedade se dá, ao longo da tomada de decisões, pela minimização de qualquer forma de constrangimento ou coerção. Neste caso, o sujeito está expondo que, em alguns momentos, a vontade do paciente não é respeitada, ele não tem possibilidade de escolha, sente-se então como uma cobaia, a mercê da curiosidade dos estudantes, no caso, de medicina.

Em outras situações, o que se apresenta nas entrevistas é uma imagem de um relacionamento onde o paciente se vê “coisificado” e inferiorizado:

...tem algumas pessoas que são muito frias e acham que a gente não tem nem sentimento nem cérebro.  
(3FA3)

No dia 5, ficou tudo marcado, tudo certinho... o horário pra mim chegar... tudo aqui. Cumpri tudo certinho... só que ai... ai sim, falta de organização do pessoal daqui, não sabiam nada! Nada! Não sabiam nem que exame que era pra fazer nem... acho que não sabiam da minha existência... (5ML1)

No primeiro relato, a paciente sente que é tratada como “sem cérebro”, alguém que não pode compreender o que está vivenciando. Nesse sentido, o paciente é como um simples objeto que pode ser manipulado, pois não sente nem pensa, por isso não merece explicações. A falta de explicação por parte do médico foi identificada no estudo realizado por Oliveira e Gomes (2004) com adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas como gerador de insatisfação e de perda de confiança no médico. Na segunda citação, o que se coloca é uma idéia de descaso, ou falta de conhecimento dos atendentes sobre o caso fazendo emergir a percepção de que o paciente é só mais um: “nem sabiam da minha existência”.

Taborda (2002) enfatiza que a equipe deve aperfeiçoar suas habilidades de ouvir os argumentos dos pacientes e procurar levá-los em consideração durante o tratamento. Isso contribuiria na diminuição do sentimento de que foram coagidos estando diretamente relacionado com a possibilidade de o paciente se expressar em relação ao tratamento. Acredita-se que tal entendimento emergiu nas entrevistas, na medida em que, ouvir o outro é também reconhecê-lo enquanto sujeito ativo no processo de tratamento. O não reconhecimento permite, justamente, supor que o paciente não teve voz.

Afirmações semelhantes são também expostas por Martins et al. (2003) que, ao refletir sobre as visitas médicas em um hospital-escola, constatam que quando o paciente está internado, ele, na maior parte das vezes, não tem opções. Estando à mercê da equipe, sua vontade é postergada, seus desejos restringidos e sua intimidade invadida. Nesta situação, segundo os autores, o paciente “deixa de ser sujeito e passa a ser um objeto da prática médico-

hospitalar” (Martins et al., 2003, p.73), o sujeito acaba por tornar-se apenas mais um caso a ser estudado.

### ***Foi Maravilhoso***

Levando em conta que, embora todos os entrevistados tenham apresentado algum grau de expressão de coerção, o instrumento utilizado para essa avaliação indica uma variação de graduação entre 0 e 4. Assim, acredita-se que, mesmo que os entrevistados tenham sentido, em algum momento, que não foram escutados, existam elementos que contribuem para suavizar esta percepção de forma a indicar um grau mais baixo na avaliação do instrumento. Desta forma, nessa última categoria reuniram-se indicações de fatores e mecanismos de defesa que poderiam estar servindo aos sujeitos na busca por amenizar os aspectos negativos com os quais se depararam durante o processo de tratamento.

De modo geral, observou-se que os pacientes internados na instituição, apesar de apresentarem grau de expressão de coerção semelhantes aos sujeitos em tratamento ambulatorial, mostravam-se mais queixosos. Os pacientes ambulatoriais mostraram-se mais resignados com as experiências negativas vivenciadas. Alguns referem um período mais longo de atendimento junto à instituição, chegando a 20 anos de acompanhamento:

Ai a doutora S. tomou conta da minha medicação e ficamos 20 anos com ela. E consultamos até agora com ela... (...) ela é mesmo que uma pessoa da família pra nós já. (2MA2)

Como observado por Tan et al. (2010), mesmo experiências de maior restrição em relação às escolhas podem ser sentidas como menos negativas quando realizadas dentro de um relacionamento de confiança e de um ambiente de suporte. Neste caso, há uma proximidade com a médica, uma ligação fortalecida pelo tempo de convívio. Assim, apesar de perceberem que não tiveram escolha, acredita-se que, pelo tempo em que se mantém a relação

estabelecida com o serviço, a fala destes sujeitos expressa mais compreensão com a forma como são tratados pelos profissionais.

A gratidão à instituição, por nesse serviço ter sido feito o diagnóstico e encontrado tratamento, também é referida como um elemento positivo:

... aqui o atendimento técnico é muito bom, tipo... tanto é que, eu passei por dois locais, por dois médicos antes de vir aqui. Diagnosticaram o real problema que eu tenho... a estrutura é muito boa, embora seja SUS, tipo...tu tem todos os...os...exames a tua disposição. (1ML2)

...os dois primeiros né, (...) esses ai que me erraram né...ficaram com preguiça de abrir o pé querem ganhar dinheiro (...) Então...quanto ao hospital universitário, é uma maravilha. (4MA1)

Pode-se interpretar destes dizeres que houve uma valorização do atendimento recebido, por parte dos entrevistados, pois obtiveram, enfim, o diagnóstico do problema apresentado. Os pacientes mostraram-se gratos aos médicos e à própria instituição, pois disponibilizaram atendimento a eles, independentemente da forma como foi prestado. Gardner e Lidz (2001) já referiam que a gratidão é uma resposta a alguém que o tenha beneficiado. Para os autores este sentimento é uma base mais forte para o prosseguimento da relação terapêutica do que os sentimentos de desconfiança e autonomia ferida. Então, na medida em que o sujeito sente-se grato por estar sendo atendido, sua insatisfação com relação ao respeito à sua vontade é reduzida.

A referência ao funcionamento do sistema de saúde brasileiro e do próprio hospital-escola, também se mostra presente:

Então não tem muito que fazer né. E ainda mais que tu trabalha com a questão do que o sistema único de saúde te oferece, que então, técnicas alternativas são raras, então... (1ML2)

...eu tenho consciência que eles aqui são apenas um... sei lá... um membro de um instrumento que nós não temos nem idéia né, então eles tão ai pra lutar com aquilo que têm. (5ML1)

Mas é assim que... isso aqui é uma escola. Tem que entender que aqui é uma escola! A gente já sabe que a proposta é essa. Quem não quiser vir aqui que vá num médico particular. (2MA2)

Através destes exemplos pode-se interpretar que haja o uso de mecanismos de defesa cuja finalidade, de acordo com Zimerman (1999), é reduzir as ansiedades. Nestas falas é possível compreender que os sujeitos usam da intelectualização, quando formulam discursivamente seus conflitos a fim de dominá-los (Laplanche, 1992), justificando as falhas institucionais como fruto de uma instância maior que coloca obstáculos para um atendimento de melhor qualidade. Assim eximem-se de culpar diretamente a instituição em que estão internados. Um dos sujeitos acredita, inclusive, que os médicos também têm limitações dentro da instituição, “eles tem que lutar com aquilo que têm”. É, então, preciso se resignar à forma como se procede o tratamento na instituição: ou se aceita o que é oferecido, ou se procura um serviço pago, ao qual estes indivíduos não tem condições de recorrer. Sendo assim, ao interpretar os relatos dos entrevistados, entende-se que a única opção seria, de fato, resignar-se.

### **Conclusão**

Observou-se, de maneira geral, que os entrevistados, em seus relatos, não se detiveram em momentos específicos, como o de decisão pelo tratamento, e sim, estenderam suas falas para todo o período de contato com o hospital, seja na internação, seja no tratamento ambulatorial. Enfatiza-se também que a maioria dos sujeitos entrevistados apresentaram um grau relativamente baixo no instrumento de medição da expressão de coerção, o que pode justificar a ambivalência de suas falas, que ora apontam aspectos negativos, ora aspectos positivos em seu processo de tratamento.

A percepção de que foram coagidos ao expressar-se parece, nos casos aqui analisados, relacionada ao fornecimento de informação, às vivências junto ao hospital (principalmente da relação com o médico), e ainda de elementos como o tempo de vinculação à instituição, o sentimento de gratidão e o modo como as vivências foram integradas psiquicamente pelo sujeito. Entende-se o fornecimento de informação como relevante, sendo expresso o

descontentamento com a falta de informação recebida do médico, o que leva ao sentimento, por parte dos entrevistados, de que foram abandonados.

Sobressaiu-se claramente na análise a forma como os entrevistados se relacionavam com a instituição, sobretudo o médico, indicando que não respeitar a vontade do paciente, ou não ouvir o que ele tem a dizer, faz com que esse sinta-se um mero objeto de estudo. Já elementos como um maior tempo de contato com a instituição, o sentimento de gratidão e fatores pessoais como o uso de mecanismos de defesa pelos entrevistados, foram compreendidos como fatores que poderiam vir a amenizar o sentimento de que não foram ouvidos.

Deste modo, compreende-se que essa percepção vivida pelo paciente apresentou-se permeada por uma série de fatores que poderiam atenuá-la ou agravá-la, e que vão além da possibilidade de falar especificamente. É relevante, todavia, pontuar que todas elas afetam a experiência do paciente despertando diferentes sentimentos em relação ao seu tratamento. Alguns desses fatores foram apontados aqui, e merecem, sob o ponto de vista dos autores, maior observação por parte daqueles que trabalham no campo da saúde, a fim de auxiliar na redução do sofrimento do paciente diante de seu tratamento e na expressão de sua autonomia. No entanto, são necessários mais estudos sobre esse objeto para que se possa fornecer indicações mais concretas.

**Referências:**

- Bardin L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Biondo-Simões, M. L. P., Martynetz, J., Ueda, F. M. K., & Olandoski, M. (2007). Compreensão do Termo de Consentimento Informado. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 34( 3), 183-188.
- Clotet, J. (1995). O consentimento informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. *Bioética*, 3(1), 51-59.
- Fernandez, C. F., & Pithan, L. H. (2007). O consentimento informado na assistência médica e o contrato de adesão: uma perspectiva jurídica e bioética. *Revista HCPA*, 27(2), 78-82.
- Fortes, P. A. C. (1994). Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*, 2, 129-35.
- Gardner, W., Hoge, S. K., Bennett, N., Roth, L. H., Lidz, C. W., Monahan, J., & Mulvey, E. P. (1993). Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law*, 11(3), 307-21.
- Gardner, W., & Lidz, C. (2001). Gratitude and coercion between physicians and patients. *Psychiatr Ann*, 3(2), 125-9.
- Goldim, J. R. (2002). O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. *Revista AMRIGS*, 46 (3,4), 109-116.
- Hiday, V. A., Swartz, M.S., Swanson, J., & Wagner, H.R. (1997). Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(2), 227-241.
- Ismael, S. M. C. (2005). A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In Ismael, S. M. C. (Org.), *A prática da psicologia e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Laplanche, J. (1992). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Marcolino, J. A. M., & Cohen, C. (2008). Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. *Rev Assoc Med Bras*, 54(4), 363-8.

Martins, L., Quayle, J., Livramento, M. L., & Lucia, M. C. S. (2003). Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 69-82.

Monahan, J., Hoge, S.K., Lidz, C.W., Roth, L.T., Bennett, N., Gardner, W., & Mulvey, E.P. (1995). Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*, 18(3), 249-263.

Moraes, R. (2003). Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência e Educação*, 9(2), 191-211.

Oliveira, V. Z., & Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 459-469.

Piaget, J. (1980). *O juízo moral na criança*. São Paulo: Summus editorial.

Protas, J. S. (2010). *Adaptação da Escala de Percepção de Coerção em Pesquisa e da Escala de Expressão de Coerção para procedimentos assistenciais em saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Raubustt, K. D., Alves, L. V. B. N. F., & Goldim, J. R. Restrição alimentar por motivação religiosa e coerção: dados preliminares. In: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Org.), *X Salão de Iniciação Científica – PUCRS*. Resumos (p. 420-422). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Taborda, J. G. V. (2002). *Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Tan, J. O. A., Stewart, A., Fitzpatrick, R., & Hope, T. (2010). Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *Int J Law Psychiatry*, 33(1), 13–19.

Thøgersen, M. H., Morthorst, B. E., & Nordentoft, M. (2010). Perceptions of Coercion in the Community: A qualitative study of patients in a danish assertive community treatment team. *Psychiatr Q*, 81, 35–47.

Vieiro, S. A., Protas, J. S., Herrera, L. B., Teixeira, A., Ferreira, K., Schmitz, A., & Goldim, J. R. (2009). Avaliação da percepção de coerção em pesquisa no processo de consentimento informado. In: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Org.), *X Salão De Iniciação Científica – PUCRS*. Resumos (pp. 1635-1636. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.

Tabela1: Identificação dos pacientes

Paciente	Sexo	Local	Profissão	Idade	Grau de Expressão de coerção	Código de identificação
1	Masculino	Leito	Estudante	28	2	<b>1ML2</b>
2	Masculino	Ambulatório	Aposentado	75	2	<b>2MA2</b>
3	Feminino	Ambulatório	Do lar	46	3	<b>3FA3</b>
4	Masculino	Ambulatório	Motorista	38	1	<b>4MA1</b>
5	Masculino	Leito	Aposentado	48	2	<b>5ML1</b>
6	Feminino	Leito	Cabeleireira	19	2	<b>6FL2</b>

## CONCLUSÕES

A conclusão deste trabalho visa descrever e integrar os resultados emergidos ao longo dos dois artigos apresentados. Nos resultados encontrados por meio do estudo quantitativo, os dados relativos a medida de expressão de coerção não se diferenciam entre as amostras, e indicam um nível baixo de percepção de coerção ao expressar-se. A maioria dos sujeitos apresentaram grau “0” ou “1” de expressão de coerção. Em ambas as amostras foi observada a prevalência do nível “consciosos” da escala de desenvolvimento psicológico-moral e do nível rudimentar de alfabetismo funcional.

Com base no que foi exposto, pode-se inferir que os pacientes participantes da pesquisa se perceberam livres para expressar suas escolhas com relação ao tratamento a seguir. Os dados também indicam que esses sujeitos, de modo geral, possuem um grau de desenvolvimento psicológico-moral que os capacita a tomar decisões de modo autônomo, embora ainda estejam passíveis a constrangimentos. No entanto, constatou-se existirem limitações quanto à leitura de textos complexos como normalmente são os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, o que pode limitar a autonomia dos sujeitos ao decidir caso não haja outras estratégias informativas.

Com relação aos relatos dos entrevistados, observou-se, de maneira geral, que esses não se detiveram em momentos específicos, como o momento de decisão pelo tratamento, e sim, estenderam suas falas para todo o período de contato com o hospital, seja na internação, seja no tratamento ambulatorial. A percepção de que foram coagidos ao expressar-se parece, nos casos aqui analisados, relacionada ao fornecimento de informação, às vivências junto ao hospital (principalmente da relação com o médico), e ainda de elementos como o tempo de vinculação à instituição, o sentimento de gratidão e o modo como as vivências foram integradas psiquicamente pelos pacientes.

Pode-se apontar que, apesar de estas pessoas terem apresentado um grau baixo de expressão de coerção, é preciso alertar para o cuidado que a equipe de profissionais precisa ter, posicionando-se de forma a garantir que o paciente não sofra constrangimentos na hora de decidir sobre sua terapêutica, pois esses estão ainda vulneráveis a tais comportamentos podendo aceitar indicações postas a eles. A percepção do paciente de que foi coagido em sua tentativa de expressar sua vontade parece permeada por uma série de fatores que podem atenuá-la ou agravá-la, e que vão além da possibilidade de falar especificamente. No entanto,

todos estes elementos parecem afetar a experiência do paciente, despertando diferentes sentimentos em relação ao seu tratamento. Alguns desses fatores foram apontados aqui, merecendo maior observação por parte daqueles que trabalham no campo da saúde a fim de auxiliar na redução do sofrimento do paciente diante de seu tratamento e na expressão de sua autonomia. No entanto, são necessários mais estudos sobre este objeto para que se possa fornecer indicações mais concretas.

## **ANEXOS**

ANEXO A- ESCALA DE EXPRESSÃO DE COERÇÃO EM ASSITÊNCIA

<input type="text"/>									
ANO	MÊS	DIA	L	COLET.	SUI.				

**SEXO:** ( )F ( )M

**IDADE:** \_\_\_\_ANOS      **PROFISSÃO:** \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDADE:** \_\_\_\_ANOS DE ESTUDO

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

**Leia as seguintes frases e assinale se concorda ou discorda da afirmação:**

	Concordo	Discordo
Tive oportunidade suficiente de dizer se queria me tratar.		
Tive oportunidade de dizer o que queria a respeito do tratamento.		
Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me tratar.		
Minha opinião sobre o tratamento não interessou.		

<input type="text"/>				
0	1	2	3	4



ANEXO C- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ALFABETISMO FUNCIONAL

ANO	MÊS	DIA	L	COLET.	SUI.					

**As florestas tropicais estão acabando**

A situação do Brasil é alarmante, sobretudo nos Estados costeiros - antigamente cobertos pela Mata Atlântica - e na Região Amazônica. Atualmente, sobra apenas 3% da extensão de Mata Atlântica que existia no Brasil colonial. A existência de matas ainda extensas na região norte não significa que espécies ameaçadas pela destruição da Mata Atlântica possam ali se desenvolver, pois o clima e o relevo são diferentes, assim como a flora e a fauna.

As florestas tropicais, que cobrem apenas 7% da superfície terrestre, contém mais da metade das espécies vegetais e animais conhecidas.

Das 100.000 espécies de plantas da América Latina, cerca de 30.000 estão concentradas na região amazônica, onde o desmatamento chega a taxas alarmantes.

A harmonia, conhecida em geral como "equilíbrio ecológico", está sendo perturbada e as conseqüências são desastrosas.

Uma primeira conseqüência, bastante evidente, é a extinção de espécies animais e vegetais. Só para dar uma idéia da proporção alarmante em que aumentou a taxa de extinção, vejamos o caso das aves. Até o ano de 1700, dez espécies de aves eram consideradas extintas no planeta; de 1700 a 1900, num período de apenas 200 anos, desapareceram 90 espécies, e de 1900 em diante, calcula-se que desaparecerá uma espécie ou subespécie por ano.

O desmatamento da floresta amazônica provoca também o aumento do volume de água dos rios. A folhagem da floresta intercepta uma parte das águas da chuva que, assim, não chega ao solo. Além disso, as raízes das árvores retêm parte das águas. Cortando-se a mata, toda esta água aumenta o leito dos rios.

Fonte: <http://www.ipm.org.br>

Conseqüências citadas:

## ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Santa Maria

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Questionários**

Você está sendo convidado a participar do estudo “Expressão de coerção em assistência de pacientes atendidos em um hospital universitário”, que tem por objetivo investigar se os pacientes do HUSM sentiram-se pressionados ou forçados ao expressar sua opinião no momento de decidir pelo tratamento. Tal estudo prevê a participação de indivíduos sexo masculino e feminino, com idade superior a 18 anos, que sejam pacientes ambulatoriais ou pacientes internados nas unidades do hospital. Todos os participantes de pesquisas ou pacientes não poderão estar em atendimento nas áreas de Psiquiatria e Neurologia nem apresentar deficiência visual que incapacite a leitura. Para isso necessitamos que você responda a alguns questionários para posterior análise. Você não terá nenhum benefício direto nesta participação. Entretanto, os resultados do estudo servirão para ampliar o entendimento atual sobre a percepção de coerção ao expressar-se (sentir-se que não foi ouvido quanto às decisões sobre o tratamento). Você não terá nenhum tipo de despesa por participar do estudo, bem como nada será pago por sua participação. A sua participação no presente projeto de pesquisa não acarreta riscos adicionais, podendo ocorrer, ou não, apenas desconforto em responder perguntas sobre a sua pessoa.

Sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento, você poderá solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando sua identidade. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade dos pesquisadores, no Instituto de Psicologia da UFSM, sala número 319, e após cinco anos será destruído. Dados individuais dos participantes coletados no processo de pesquisa não serão informados às instituições envolvidas ou aos familiares, mas haverá uma devolução dos resultados, de forma coletiva, para a instituição.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais. Os pesquisadores do projeto são Ana Luiza Portela Bittencourt e Alberto Manuel. Caso queira contatar com nossa equipe, isto poderá ser feito pelo telefone (55) 99775672.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, fone (55) 3220 9362.

---

Pesquisadora Responsável

Pelo presente consentimento, eu \_\_\_\_\_ declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga nenhum prejuízo.

Entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade. Concordo com a participação neste estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das informações prestadas em entrevista.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM  
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702  
Cidade Universitária - Bairro Camobi  
97105-900 - Santa Maria - RS  
Fone: (55) 3220 9362

## ANEXO E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Santa Maria

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Entrevista**

Você está sendo convidado a participar do “Expressão de coerção em assistência de pacientes atendidos em um hospital universitário”, que tem por objetivo investigar se os pacientes do HUSM sentiram-se pressionados ou forçados ao expressar sua opinião no momento de decidir pelo tratamento. Tal estudo prevê a participação de indivíduos sexo masculino e feminino, com idade superior a 18 anos, que sejam pacientes ambulatoriais ou pacientes internados nas unidades do hospital. Todos os participantes de pesquisas ou pacientes não poderão estar em atendimento nas áreas de Psiquiatria e Neurologia nem apresentar deficiência visual que incapacite a leitura. Para isso necessitamos que você participe de uma entrevista a respeito do seu tratamento do Hospital Universitário de Santa Maria. Você não terá nenhum benefício direto nesta participação. Entretanto, os resultados do estudo servirão para ampliar o entendimento atual sobre a percepção de coerção ao expressar-se (sentir-se que não foi ouvido quanto às decisões sobre o tratamento). Você não terá nenhum tipo de despesa por participar do estudo, bem como nada será pago por sua participação. A sua participação no presente projeto de pesquisa não acarreta riscos adicionais, podendo ocorrer, ou não, apenas desconforto em responder perguntas sobre a sua pessoa.

Sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento, você poderá solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando sua identidade. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade dos pesquisadores, no Instituto de Psicologia da UFSM, sala número 319, e após cinco anos será destruído. Dados individuais dos participantes coletados no processo de pesquisa não serão informados às instituições envolvidas ou aos familiares, mas haverá uma devolução dos resultados, de forma coletiva, para a instituição.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais. Os pesquisadores do projeto são Ana Luiza Portela Bittencourt e Alberto Manuel. Caso queira contatar com nossa equipe, isto poderá ser feito pelo telefone (55) 99775672.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, fone (55) 3220 9362.

---

Pesquisadora Responsável

Pelo presente consentimento, eu \_\_\_\_\_ declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga nenhum prejuízo.

Entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade. Concordo com a participação neste estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das informações prestadas em entrevista.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM  
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702  
Cidade Universitária - Bairro Camobi  
97105-900 - Santa Maria - RS  
Fone: (55) 3220 9362