

## ARTÍCULO

## Consentimento livre e esclarecido e avaliação do grau de expressão de coerção em assistência

## Informed consent and evaluation of the degree of expression in enforcement assistance

ANA LUIZA PORTELA BITTENCOURT\*

ALBERTO MANUEL QUINTANA\*

MARIA TERESA AQUINO DE CAMPOS VELHO\*

JOSÉ ROBERTO GOLDIM\*

LAURA ANELISE FACCIO WOTTRICH\*

AMANDA SCHÖFFEL SEHN\*

\* Ana Luiza Portela Bittencourt, psicóloga, graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Psicologia Hospitalar pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Atualmente doutoranda pelo PPG em Medicina: Clínica Médica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: alportelab@gmail.com

\* Alberto Manuel Quintana, psicólogo, graduado em Psicologia pela Universidad Argentina J F Kennedy. Mestre em Psicologia pela Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Doutor em Ciências Sociais pela Pontificia Universidade Católica de São Paulo e Pós-doutorado na Universidade Complutense de Madrid. E-mail: albertom.quintana@gmail.com

\* Maria Teresa Aquino de Campos Velho, médica, graduada em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria. Mestre em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: mtcamposvelho@hotmail.com

\* José Roberto Goldim, biólogo, graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre pelo PPG em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor pelo PPG em Medicina: Clínica Médica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: jrgoldim@gmail.com

\* Laura Anelise Faccio Wottrich, psicóloga, graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva e residência em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: lau.wottrich@gmail.com

\* Amanda Schöffel Sehn, graduanda do nono semestre do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria - RS. E-mail: amanda\_sehn@hotmail.com

## Índice

1. Introdução.
2. Método.
  - 2.1. Amostra.
3. Resultados.
  - 3.1. Amostra de pacientes ambulatoriais.
  - 3.2. Amostra de pacientes em internação.
  - 3.3. Correlações entre os constructos nas amostras.
  - 3.4. Dados comparativos entre as amostras.
4. Discussão e Conclusão.
5. Referências.

## 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. Utilizou-se o Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Psicológico-moral para avaliar também este dado. 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 que os participantes do estudo sentiram-se livres para expor suas escolhas e apresentam capacidade para tomar decisões autonomamente.

**Palavras-chaves:** consentimento livre e esclarecido; coerção; bioética; assistência hospitalar.

## Abstract

**Introduction:** The informed consent process 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. We used the Assessment Instrument Development Psychological and moral to also evaluate this data. 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 revealed that the study participants felt free to express their choices and have the capacity to make decisions autonomously.

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

## 1. Introdução

A designação “Consentimento Informado” foi criada nos EUA em 1957 sendo resultado de uma decisão judicial. No Brasil, o uso do consentimento informado começou a ser normatizado apenas na década de 70 (Goldim, 2002). 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).

O documento é apenas uma parte desse procedimento, o qual envolve a informação dos fatos e o curso da ação. 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).

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). 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). 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.

Percebe-se a tomada de decisão e os elementos relacionados a ela, 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 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.

A coerção é entendida por Piaget (1980) 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.

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).

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). Vázquez (2008) refere que no seguimento do tratamento medidas coercitivas geram conflitos e não são úteis para a recuperação do paciente.

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). 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.

## 2. Método

Trata-se de um estudo transversal realizado com duas amostras de pacientes (ambulatoriais e em internação) de um hospital universitário 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 e foram previamente informados sobre a pesquisa tendo consentido em participar da mesma.

Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de expressão de coerção percebido pelos pacientes que compuseram a amostra. Foi utilizada uma escala derivada da escala desenvolvida pelo *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* (Gardner et al, 1993), a qual foi adaptada para o português por Taborda (2002) e adaptada a situação de assistência por Protas (2010). O resultado é dado através de uma graduação que indica o grau de expressão de coerção variando entre 0 e 4.

Para complementar este propósito, foi também utilizado o instrumento de avaliação do desenvolvimento psicológico-moral dos participantes a fim de melhor compreender os fatores envolvidos na tomada de decisão em assistência à saúde. O Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Psicológico-moral foi 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. Outros estudos já mostram a aplicabilidade desse instrumento (Protas, 2010; Ramos, 2008; Pavan, 2008; Vieiro et al., 2009).

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 o desenvolvimento psicológico-moral por meio do Índice de *Correlação de Spearman*.

## 2.1. 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. 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.

## 3. Resultados

### 3.1. 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.

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 "consciente" 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.

### 3.2. 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 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 “consciente” 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.

### 3.3. Correlações entre os constructos nas amostras

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

### 3.4. Dados comparativos entre as amostras

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

## 4. Discussão e Conclusão

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 “consciosos” 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).

A ausência de correlação significativa entre o grau de expressão de coerção e o nível de desenvolvimento psicológico moral indica que o grau de expressão de coerção independe da capacidade de decisão, de forma que tanto sujeitos capazes como incapazes, 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.

Com base no que foi exposto, pode-se inferir que os pacientes participantes desta 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.

## 5. Referências

- ◆ Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola.
- ◆ Centro de Controle Estatístico-Cep. (2006) O propósito do controle estatístico do processo em tempo real. *Vitaminas Dr. CEP*, 3 (35). Recuperado de: <http://www.datalyzer.com.br/site/suporte/administrador/info/arquivos/info60/60.html>
- ◆ Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- ◆ [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. *Behavioral Sciences & the Law*, 11(3), 307-21.
- ◆ Goldim, J. R. (2002). O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. *Revista Associação Médica do Rio Grande do Sul*, 46 (3,4), 109-116.
- ◆ 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. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(3), 249-263.
- ◆ O'Neill, O. (2004) Informed consent and public health. *Philosophical Transactions of the Royal Society 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)
- ◆ 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.
- ◆ Tabora, 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.
- ◆ Vázquez, J. M. (2008). Tratamiento ambulatorio involuntário. *Revista de Bioética y Derecho*, 12, 33-43.
- ◆ 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* (p.1635-1636). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

**Fecha de recepción: 17 de junio de 2013**

**Fecha de aceptación: 3 de septiembre de 2013**