



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Portela Bittencourt, Ana Luiza; Manuel Quintana, Alberto; Aquino de Campos Velho, Maria Teresa;
Goldim, José Roberto; Faccio Wottrich, Laura Anelise; de Quadros Cherer, Evandro
A VOZ DO PACIENTE: POR QUE ELE SE SENTE COAGIDO?
Psicologia em Estudo, vol. 18, núm. 1, enero-marzo, 2013, pp. 93-101
Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287127997010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

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

Ana Luiza Portela Bittencourt^{*}

Alberto Manuel Quintana[#]

Maria Teresa Aquino de Campos Velho[¶]

José Roberto Goldim^æ

Laura Anelise Faccio Wottrich^θ

Evandro de Quadros Cherer^φ

RESUMO. O processo de consentimento livre e esclarecido é essencial para garantir aos pacientes o direito de opinar e decidir sobre seu tratamento médico; todavia, a expressão de coerção pode estar associada a essa prática de modo que o sujeito sente que não foi capaz de exercer sua autonomia e voluntariedade. Neste sentido, buscou-se compreender que fatores levaram os participantes a identificarem coerção ao expressarem-se em relação ao seu tratamento. O presente estudo é de caráter qualitativo e foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com seis sujeitos que apresentaram algum grau de expressão de coerção. As entrevistas foram analisadas utilizando-se análise de conteúdo. Observou-se que a identificação, pelo paciente, de que não teve voz no tratamento parece interligada ao fornecimento de informação, às vivências junto ao hospital e a elementos como o tempo de vinculação à instituição, à gratidão e ao modo como as vivências foram integradas psicologicamente.

Palavras-chave: Coerção; bioética; assistência médica.

THE PATIENT'S VOICE: WHY HE FEELS COERCED?

ABSTRACT. The process of informed consent is essential to guarantee patients the right to opine and decide on their medical treatment. However, the expression of coercion may be associated with this practice by restricting the autonomy and willingness of the subject. Accordingly, we sought to understand what factors had influenced the perception of coercion manifested by the research subjects. This is 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. It is observed that this identification by the patient, who had no voice in the treatment appears linked to the provision of information, the experiences with the hospital, and the elements as time linking to the institution, to gratitude and how the experiences were integrated psychologically.

Key words: Coercion; bioethics; medical assistance.

^{*} 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 UFRGS e psicóloga do CAPSIA do município de Santa Cruz do Sul – RS.

[#] Psicólogo, graduado em Psicologia pela Universidad Argentina J F Kennedy. Mestre em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Doutor em Ciências Sociais, com área de concentração em Antropologia Clínica, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Pós-doutorado na Universidade Complutense de Madrid - ES na temática de Bioética. Atualmente é Professor Associado IV da Universidade Federal de Santa Maria.

[¶] 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. Atualmente é professora de 3º grau na Universidade Federal de Santa Maria.

^æ Biólogo, graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre pelo PPG em Educação da UFRGS, Doutor pelo PPG em Medicina: Clínica Médica da UFRGS. Biólogo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) desde 1981, atualmente é chefe do Serviço de Bioética do Hospital.

^θ Psicóloga, graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva, com residência em Saúde Mental Coletiva - UFRGS.

LA VOZ DEL PACIENTE: ¿POR QUE SE SIENTE COERCIONADO?

RESUMEN. El proceso de consentimiento libre y esclarecido es esencial para garantizar a los pacientes el derecho a opinar y decidir sobre su tratamiento médico. Sin embargo, la expresión de coerción puede estar asociada a esa práctica de manera que el sujeto sienta que no fue capaz de ejercer su autonomía y voluntariedad. Así, hemos tratado de comprender que factores llevaron a los sujetos de la pesquisa a identificar coerción para expresarse sobre su tratamiento. Es un estudio cualitativo, usando entrevistas semi-estructuradas con seis sujetos que presentaron algún grado de expresión de coerción. Las entrevistas fueron analizadas utilizando análisis de contenido. La percepción del paciente de que no tuvo voz en su tratamiento parece relacionada al suministro de información, las vivencias junto al hospital y a elementos como el tiempo de vinculación a la institución, a la gratitud y al modo como las vivencias fueron integradas psíquicamente.

Palabras-clave: Coerción; bioética; asistencia médica.

A medicina avançou enormemente nos últimos anos, aprimorando suas rotinas e tratamentos e levando à modificação da relação entre médico e paciente. O paciente coloca-se em 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 e pode questionar a utilização desses recursos (Marcolino & Cohen, 2008).

Tal direito é ressaltado e assegurado na *Carta dos direitos dos usuários da saúde* (Brasil, 2006). Neste documento encontra-se uma descrição detalhada das informações às quais o paciente deve ter o acesso garantido, de maneira clara, respeitosa e compreensível, desde o momento das hipóteses diagnósticas até as questões relacionadas aos tratamentos e intervenções realizados.

Paulo Freire, em seu livro “Pedagogia da Autonomia”, faz-nos deparar 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, 2011, p.24). Apesar de estar falando acerca do processo educativo, essa é uma observação que cabe também àqueles 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 julgar melhor para si. Não cabe ao profissional da saúde, seja qual for a sua área de atuação, decidir pelo paciente, sem consultá-lo, sobre questões que o envolvem diretamente. Quando possibilitamos 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 constitui-se 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 ao paciente uma descrição dos procedimentos a que se submeterá, bem como dos riscos e benefícios da terapêutica 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.

Ressalta-se que o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido não se restringe à assinatura de um termo. 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 entre o médico e o paciente. Isto evita 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. Este entendimento está em consonância com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde na elaboração dos princípios que asseguram o direito a um ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados, sustentando a necessidade e a

garantia de atendimentos que sejam humanizados e acolhedores e que respeitem os valores e direitos das pessoas (Brasil, 2006).

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. Uma escolha só poderá ser considerada autônoma se for voluntária, ou seja, se a pessoa estiver livre de qualquer influência (Dias et al., 2007).

Não obstante, 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 corresponda 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 os estudos realizados pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os quais têm como especialidades a psicologia (Protas, 2010; Vieiro et al., 2009) e a nutrição (Raubustt, Alves & Goldim, 2009).

Sob o viés da psicologia, Piaget (1994) identifica, em todos os domínios, dois tipos de relação social: coerção e cooperação. A coerção é por ele entendida como a relação social em que existe um elemento de respeito unilateral, de

autoridade ou prestígio, e em que se impõem opiniões e modos de uso das regras. Por sua vez, a cooperação alimenta o processo intelectual ou moral, visto que é necessário buscar um acordo entre as partes no que concerne às regras a serem seguidas.

Levando-se esta compreensão para a área da saúde, pode-se pensar que o médico, ao impor regras aos seus pacientes, atua como o adulto em relação à criança, impedindo questionamentos que possam levar ao estabelecimento de regras mais ajustadas à situação vivenciada pelo sujeito. Esta relação está permeada, com frequência, pelo elemento de autoridade, o poder médico, que tende a impedir qualquer relação cooperativa entre os sujeitos envolvidos (médico e paciente). Nestes 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.

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 àquilo 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. Nestas condições é comum ignorar a voluntariedade do sujeito e coagi-lo de modo que aceite o tratamento proposto.

A percepção de coerção, não obstante, coloca-se 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 ao processo, 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 refere-se a um

reflexo dos sentimentos do paciente, seja qual for o modo como ele tenha sido tratado.

Ludwig, Redivo, Jorge e Müller (2007) acreditam que “a Bioética não nega o inconsciente, apenas lida com a capacidade consciente do ser humano de tomar as decisões e fazer suas escolhas” (p. 607). Diante desta afirmação, ressalta-se o anteriormente mencionado - que cabe também à psicologia atentar para os aspectos apontados anteriormente, a fim de contribuir para a saúde psíquica e a qualidade de vida do paciente usuário das instituições de saúde. Assim, o presente trabalho tem como foco principal justamente a compreensão da percepção de coerção no que se refere à possibilidade de o paciente expressar-se em relação ao tratamento proposto a ele, ou seja, de estudar que fenômenos envolvidos no processo de decisão pelo tratamento podem levá-lo 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 em Pesquisa, sob o Protocolo de número CAAE 0142.0.243.000-09.

Aqueles sujeitos que, naquela pesquisa, apresentaram algum grau de expressão de coerção, na escala previamente aplicada¹, foram convidados a participar de um segundo momento onde foram feitas entrevistas semiestruturadas 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 haver-se sentido coagidos ao expressar-se. A amostra foi composta por um total de seis sujeitos, três dos quais estavam internados na instituição e três faziam tratamento ambulatorial. Todos os sujeitos entrevistados tinham idade superior a dezoito 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.

Como se tratava de um estudo qualitativo, o número de sujeitos entrevistados foi definido pelo critério de saturação da amostra (Moraes, 2003; Turato, 2008), 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 o emprego da análise de conteúdo (Bardin, 2009).

Para preservar a identidade dos participantes, seus 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 (ambatório - A ou leito - L) e, por fim, o grau de expressão de coerção indicado no questionário, que varia de 0 a 4. Estes dados podem ser melhor compreendidos através da tabela 1.

Tabela 1. Identificação dos Pacientes

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

¹ 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 semiestruturadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas levou ao agrupamento das falas em três categorias: “Eu fico esperando eles darem uma resposta”; “Paciente-coisa”; e “Foi Maravilhoso!”. Estes fragmentos foram entendidos como aspectos significativos para a compreensão dos fatores que levaram os sujeitos da pesquisa a identificarem coerção ao se expressarem em relação a seu tratamento. As categorias identificadas são expostas a seguir.

“Eu fico esperando eles darem uma resposta”

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

“Porque aqui tá muito demorado, e eu não sei o que tá me dando. Eu tô 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). Em alguns momentos é claramente exposto desejo de ser informado, como na seguinte exposição:

“(...) é que eu fico esperando eles dar uma resposta, mas eles não vêm 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 em 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 ajudá-lo a ter maior controle sobre a situação, diminuindo seu medo e facilitando sua recuperação no período de hospitalização (Ismael, 2005). Assim, como apontam Monahan et al. (1995), acredita-se que, embora nem todos os pacientes o queiram, muitos gostariam de ter mais conhecimento e controle sobre seu tratamento, o que se pode relacionar com a indicação de perceber-se coagido ao expressar-se, pois, sem informação o paciente pode ter dificuldade em embasar e expor suas decisões.

Acredita-se que a dificuldade apresentada pelos médicos no tocante à comunicação com o paciente possa estar relacionada ao fato de a comunicação muitas vezes ser vista como uma ação secundária, um mal necessário, e não como atividade própria do exercício da medicina. Assim, o diálogo passa a ser encarado como um desperdício de tempo na busca da cura; no entanto, como evidenciado pela fala dos pacientes e discutido por Howe (2012), tal entendimento é enganoso, uma vez que o diálogo pode tranquilizar o paciente e deixá-lo mais confiante para enfrentar o tratamento.

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. Isso pode estar contribuindo para o reforço da visão negativa a respeito do tratamento e refletindo o grau de expressão de coerção. Tais colocações foram agrupadas nesta categoria e remetem a um entendimento do sujeito como um simples objeto de estudo, como se observa 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, tanto que, para Fernandez e Pithan (2007), dá-se 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, que ele não tem possibilidade de escolha e sente-se então como uma cobaia, à mercê da curiosidade dos estudantes de medicina.

Em outras situações, o que se apresenta nas entrevistas é a imagem de um relacionamento em que 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 aí (...) aí 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 se percebe tratada como “sem cérebro”, alguém que não pode compreender o que está vivenciando. Neste 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 geradora de insatisfação e de perda de confiança no médico. Na segunda citação, o que se coloca é uma ideia de descaso, ou de 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” (5ML1).

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 para a diminuição do sentimento de que foram coagidos e está diretamente relacionado com a possibilidade de o paciente se expressar em relação ao tratamento. Acredita-se que tal entendimento emergiu nas entrevistas porque 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, Quayle, Livramento e Lucia (2003), que, ao refletirem sobre as visitas médicas em um hospital-escola, constataram que quando o paciente está internado, na maioria das vezes ele não tem opções. Estando à mercê da equipe, sua vontade é postergada, seus desejos são restringidos e sua intimidade é 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), e acaba por se tornar apenas mais um caso a ser estudado.

Foi maravilhoso

Levando-se 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, não ter sido escutados, existem elementos que contribuem para suavizar esta percepção de forma a indicar um grau mais baixo na avaliação do instrumento. Desta forma, nesta 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 graus de expressão de coerção semelhantes aos dos 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 o mesmo que uma pessoa da família pra nós já”. (2MA2)

Como observaram Tan et al. (2010), mesmo experiências de maior restrição no tocante às escolhas podem ser sentidas como menos negativas quando realizadas dentro de um relacionamento de confiança e de um ambiente de suporte. No presente caso há uma proximidade com a médica, uma ligação fortalecida pelo tempo de convívio. Assim, apesar de perceberem não ter tido 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 ter sido feito o diagnóstico e encontrado tratamento nesse serviço, 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 aí 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 que nestes dizeres houve uma valorização do atendimento recebido pelos entrevistados, pois obtiveram o diagnóstico do problema apresentado. Os pacientes mostraram-se gratos aos médicos e à própria instituição, pois disponibilizaram atendimento a eles, não importando a forma como foi prestado. Em estudo realizado por Fiorillo et al. (2012) observou-se que a percepção, pelo paciente psiquiátrico, da redução dos sintomas e melhora do quadro geral pode contribuir para a redução da percepção de coerção. Gardner e Lidz (2001) já referiam que a gratidão é uma resposta a alguém de quem se tenha recebido benefício. 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 se sente grato por estar sendo atendido, sua insatisfação com o 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 ideia, né? Então eles tão aí 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)

Por esses 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, 2001), justificando as falhas

institucionais como fruto de uma instância maior que coloca obstáculos a um atendimento de melhor qualidade, e assim se eximem de culpar diretamente a instituição em que estão internados. Um dos sujeitos acredita, inclusive, que os médicos também têm limitações dentro da instituição: “eles têm que lutar com aquilo que têm”. Então é preciso resignar-se à forma como se dá o tratamento na instituição: ou se aceita o que é oferecido ou se procura um serviço pago, ao qual esses indivíduos não têm condições de recorrer. Sendo assim, ao interpretar os relatos dos entrevistados se entende que a única possibilidade seria, de fato, resignar-se.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se, de maneira geral, que os entrevistados, em seus relatos, não se detiveram em momentos específicos, como o da decisão pelo tratamento, e sim, ampliaram 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 apresentou 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 se expressar parece, nos casos aqui analisados, relacionada ao fornecimento de informação e às vivências junto ao hospital (principalmente da relação com o médico), e ainda a 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 os entrevistados ao sentimento de terem sido abandonados.

Sobressaiu claramente na análise a forma como os entrevistados se relacionavam com a instituição, sobretudo com o médico, indicando que não respeitar a vontade do paciente, ou não ouvir o que ele tem a dizer, faz que esse se sinta 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 a atenuaram ou a agravaram, 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, do 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.

Embora sejam necessários mais estudos sobre esse objeto para que se possam fornecer indicações mais concretas, é possível apontar que não está sendo alcançado um dos objetivos mais importantes do “Consentimento Livre e Esclarecido”, que é a comunicação que este deve oferecer, através da qual se fornecem ao paciente as informações necessárias a uma real e livre tomada de decisões. Torna-se, assim, necessário pensar estratégias junto aos profissionais e, principalmente, nos cursos de formação médica, para que o TCLE atinja seus reais objetivos de comunicação, e não se restrinja apenas à assinatura de um documento vazio de significado para o paciente.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (4ª. ed.). Lisboa: Edições 70.
- Biondo-Simões, M. L. P., Martynetz, J., Ueda, F. M. K., & Olandoski, M. (2007). Compreensão do termo de consentimento informado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 34(3), 183-188.
- Brasil (2006). Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- 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.
- Dias, H. Z. J., Gauer, G. J. C., Rubin, R. & Dias, A. V. (2007). Psicologia e bioética: diálogos. *Psicologia Clínica*, 19(1):125-135.
- 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.
- Fiorillo, A.; Giacco, D.; De Rosa, C.; Kallert, T.; Katsakou, C.; Onchev, G.; Raboch, J.; Mastrogianni, A.; Vel Vecchio,

- V.; Luciano, M.; Catapano, F.; Dembinskas, A.; Nawka, P.; Kiejna, A.; Torres-Gonzales, F.; Kjellin, L.; Maj, M. & Priebe, S. (2012). Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6):460-267.
- Fortes, P. A. C. (1994). Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*, 2, 129-135.
- Freire, P. (2011). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (43ª. ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Gardner, W., & Lidz, C. (2001). Gratitude and coercion between physicians and patients. *Psychiatric Annals*, 3(2), 125-129.
- 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), 307-321.
- 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.
- Howe, E. G. (2012). How should careproviders respond to patients' requests that may be refused? *Journal of Clinical Ethics*, 23(2):99-109.
- Ismael, S. M. C. (2005). A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In S. M. C., Ismael (Org.). *A prática da psicologia e sua interface com as doenças* (pp. 17- 37) (1ª. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Laplanche, J. (2001). *Vocabulário de psicanálise* (4ª. ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Ludwig, M. W. B.; Redivo, L. B.; Jorge, H. Z. & Müller, M.C. (2007). Psicoterapia e bioética: aproximando conceitos, Aperfeiçoando Práticas. *Psicologia em Estudo*, 12 (3), 603-608.
- Marcolino, J. A. M., & Cohen, C. (2008). Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(4), 363-368.
- 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. *International Journal of Law and 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. (1994). *O juízo moral na criança*. (4ª. ed.). 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 não publicada, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Raubustt, K. D., Alves, L. V. B. N. F. & Goldim, J. R. (2009). Restrição alimentar por motivação religiosa e coerção: dados preliminares (pp. 420-422). *Resumos do X Salão de Iniciação Científica – PUCRS*, 10 (pp. 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 não publicada, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, 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. *International Journal of Law and 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. *Psychiatric Quarterly*, 81, 35–47.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (3ª. ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- 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.), *10º Salão de Iniciação Científica – PUCRS. Resumos* (pp.1635-1636). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Zimmerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática* (1ª. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Recebido em 27/03/2012
Aceito em 18/09/2012

Endereço para correspondência: Ana Luiza Portela Bittencourt. Rua Venâncio Aires, 591, ap 201, CEP 96810-100, Santa Cruz do Sul-RS, Brasil. E-mail: alportelab@gmail.com.