

Percepção de coerção de pacientes submetidos a procedimento médico invasivo

Rosmari Wittmann-Vieira¹, José Roberto Goldim²

Resumo

Este estudo objetiva avaliar a percepção de coerção em adultos e idosos internados submetidos a procedimento médico invasivo. Utilizou-se método transversal quantitativo, com 300 pacientes internados após cirurgia, com escala de percepção de coerção. Compararam-se proporções e possíveis associações entre grupos, gêneros, procedimentos eletivos, de urgência e grau de complexidade. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. Os resultados apontam que a maioria dos pacientes (82,7%) tem baixa percepção de coerção, independente do grau de complexidade das operações. Porém, a percepção aumenta nos procedimentos de urgência, quando comparados aos eletivos, independentemente da idade ($p < 0,0001$). A percepção de coerção, de modo geral, foi baixa, pois a maioria dos participantes sentiu-se envolvida na decisão de realizar o procedimento. Verificou-se respeito à autonomia dos pacientes, já que a equipe médica compartilhou com eles e a família a decisão de operar, resultado adequado do ponto de vista bioético.

Palavras-chave: Envelhecimento. Tomada de decisão. Bioética. Autonomia pessoal. Comunicação. Coerção. Procedimentos cirúrgicos operatórios.

Resumen

Percepción de coerción de pacientes sometidos a procedimientos médicos invasivos

Este estudio tiene como objetivo evaluar la percepción de coerción en adultos y ancianos internados sometidos a procedimientos médicos invasivos. Se utilizó un método transversal cuantitativo, con 300 pacientes internados después de cirugía, con una escala de percepción de coerción. Se compararon las proporciones y posibles asociaciones entre grupos, géneros, procedimientos electivos, urgencia y grado de complejidad. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales. Los resultados indican que la mayoría de los pacientes (82.7%) presentaron baja percepción de coerción, independientemente del grado de complejidad de las operaciones. Sin embargo, la percepción aumenta en los procedimientos de urgencia en comparación con los electivos, independientemente de la edad ($p < 0,0001$). La percepción de coerción, de modo general, fue baja, pues la mayoría de los participantes se sintieron involucrados en la decisión de realizar el procedimiento. Se verificó el respeto a la autonomía de los pacientes, ya que el equipo médico compartió con ellos y con la familia la decisión de operar, un resultado apropiado desde el punto de vista bioético.

Palabras clave: Envejecimiento. Toma de decisiones. Bioética. Autonomía personal. Comunicación. Coerción. Procedimientos quirúrgicos operativos.

Abstract

Perception of coercion of patients subjected to invasive medical procedure

The objective of this study was to evaluate the perception of coercion in hospitalized adults and elderly people subjected to invasive medical procedures. A quantitative cross-sectional study method, with a coercion perception scale, was used with 300 inpatients after surgery. The proportions and possible associations between groups, genders, elective procedures, urgency and degree of complexity were compared. Descriptive and inferential statistical analyzes were performed. The results indicate that most patients (82.7%) presented low perception of coercion, regardless of the degree of complexity of the procedures. However, this perception increased in cases of urgent procedures, when compared to elective procedures, regardless of age ($p < 0.0001$). The perception of coercion was generally low, as most participants felt involved in the decision to perform the procedure. Respect for patients' autonomy was confirmed, as the medical team shared with them and their families the decision to operate, which was an appropriate result from the bioethical point of view.

Keywords: Aging. Decision making. Bioethics. Personal autonomy. Communication. Coercion. Surgical procedures, operative.

Aprovação CEP-HCPA CAAE 51660915.8.0000.5327

1. **Doutoranda** rvieira@hcpa.edu.br – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) 2. **Doutor** jgoldim@hcpa.edu.br – PUCRS, Porto Alegre/RS, Brasil.

Correspondência

Rosmari Wittmann-Vieira – Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rua Ramiro Barcelos, 2.350 CEP 90035-903, Porto Alegre/RS, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

O envelhecimento da população mundial é uma realidade¹. Diversos fatores são apontados como responsáveis por aumentar a sobrevida dos indivíduos. Dentre eles, destacam-se: melhor saneamento básico; acesso à informação, alimentação e a programas de saúde pública, bem como as novas tecnologias desenvolvidas e implantadas na área da saúde^{2,3}.

O acesso à informação trouxe desafios aos profissionais, pois o volume de dados se renova com grande velocidade. Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs seis metas internacionais para promover a segurança do paciente, e uma delas foi melhorar a comunicação efetiva entre profissionais da assistência⁴. A implantação dessas metas leva os hospitais a buscarem sistemas de acreditação reconhecidos internacionalmente, como o da Joint Commission International (JCI), que avalia protocolos implantados e a necessidade de melhorias para atingir os padrões internacionais de segurança dos pacientes⁵.

Importante fator de segurança e comunicação é o processo de consentimento. O diálogo efetivo com pacientes e familiares passa pela adequação das informações, de sua finalidade e propósito, o que precisa ser devidamente registrado. Deve-se incluir no prontuário o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado pelo paciente ou por seu responsável legal, assim como pelo médico ou outro profissional que obtenha o documento. É a partir disso que se inicia a tomada de decisão.

A segurança do paciente envolve questões éticas, como respeito à autonomia⁶⁻⁸, que implica liberdade de pensamento, livre de coações internas ou externas, para que o indivíduo possa optar pelas alternativas apresentadas. A autonomia pode ser entendida como capacidade de se autogovernar⁸, mas esse direito nem sempre é respeitado, embora seja assegurado pela Constituição brasileira⁹ e incluído nos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU). Isso se evidencia na grande quantidade de pesquisas sobre o tema, com dados que se tornam mais críticos quando se trata da autonomia de grupos vulneráveis, como, por exemplo, de idosos¹⁰.

A OMS utiliza a idade cronológica e o grau de desenvolvimento do país onde o indivíduo reside como critérios para definir a população idosa, determinando que, em países desenvolvidos, considera-se idoso o sujeito com idade igual ou superior a 65 anos; e nos em desenvolvimento, igual ou superior a 60 anos¹¹⁻¹⁷. Essa população é apontada como vulnerável por sua suscetibilidade ao agravo, ligado diretamente à qualidade da informação de certo problema e à possibilidade de

enfrentá-lo¹⁰⁻¹². Para definir o indivíduo como vulnerável, alguns fatores são considerados, como acesso à informação, escolaridade, aspectos biológicos e comportamentais, crenças e valores^{2,13}.

A bioética é campo de reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre adequação de assuntos que envolvem a vida¹⁸. No cotidiano hospitalar, destina olhar apurado ao paciente, focalizando tanto sua relação com os profissionais de saúde quanto os riscos e consequências dos atos médicos para o indivíduo, sua família e para a sociedade. Um dos temas de destaque na bioética são os termos de consentimento que visam dar informações ao paciente para que ele decida se aceita ou não ser submetido a determinado procedimento, de maneira voluntária, livre de pressão externa¹⁹.

O aumento progressivo da população idosa, associado ao fato de ser taxada como vulnerável, tem suscitado questionamentos sobre sua decisão de realizar procedimentos invasivos, uma vez que estes últimos têm sido largamente empregados e banalizados. Neste contexto, é importante diferenciar escolhas pessoais de decisões tomadas mediante constrangimento e coerção de terceiros²⁰⁻²². A voluntariedade pode ser afetada pela restrição parcial ou total da autonomia do sujeito ou pelo fato de ele ser membro de grupo vulnerável. Pessoas doentes, por estarem fragilizadas, especialmente as idosas, são mais facilmente manipuláveis no processo de obtenção de consentimento²³. Além disso entende-se que, por estarem mais frágeis e vulneráveis com a aproximação da morte, os idosos seriam mais facilmente manipulados e convencidos a autorizar procedimentos médicos.

Piaget define coerção como *toda relação entre dois ou mais indivíduos na qual intervém um elemento de autoridade ou de prestígio*²⁴. De acordo com o autor, *coerção existe na medida em que é sofrida, (...) independentemente do grau efetivo de reciprocidade existente*²⁵. Portanto, o TCLE só é válido se não for assinado sob pressão²⁶, e é preciso identificar se existem diferenças associadas à percepção de coerção das pessoas de acordo com a faixa etária e se o fator gênero interfere nos resultados.

Várias pesquisas evidenciam que o idoso é, em muitos casos, vítima de algum tipo de abuso cometido por estranhos ou pelos próprios familiares, seja financeiro, físico, sexual, emocional ou simplesmente o desrespeito ao seu posicionamento, por exemplo, em situação que envolva sua própria saúde²⁷⁻²⁹. Na perspectiva da humanização e da integralidade do cuidado, uma das prerrogativas do atendimento

individualizado é respeitar a vontade do paciente independentemente de sua idade cronológica³⁰.

Diversos artigos utilizam a escala que avalia a percepção de coerção em diferentes grupos, como pacientes internados para cuidados paliativos¹⁹, idosos participantes de pesquisa sobre diagnóstico da disfunção temporomandibular²¹, pacientes com diabetes tipo II³¹, pessoas internadas com restrições alimentares³², entre outros. Em todos os casos a escala é adaptada ao cenário específico.

Estudos sobre percepção de coerção em idosos apresentam lacunas, pois comparam essa população entre si e não com diferentes faixas etárias. Além disso, não foram encontradas pesquisas que considerem o quanto os idosos se percebem participantes em decisões sobre sua saúde²¹. Eles teriam a mesma liberdade que os adultos para decidir, ou outras variáveis, como sexo e escolaridade, também influenciam esse processo? A urgência do procedimento invasivo altera o modo como os pacientes percebem a coerção? Partindo dessas questões, o objetivo deste estudo é avaliar a compreensão de coerção de pacientes adultos e idosos quanto a intervenções cirúrgicas.

Método

Trata-se de estudo transversal quantitativo, com pacientes adultos submetidos a procedimentos médicos invasivos, internados em unidades cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram obtidos entre novembro de 2016 e dezembro de 2017. Os convidados que aceitaram participar da pesquisa assinaram TCLE específico.

No HCPA existem diferentes acomodações para pacientes cirúrgicos adultos internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS): nas unidades da ala norte (oitavo e nono andares) encontram-se as duas maiores, com 45 leitos em 15 quartos; a distribuição dos quartos é por sexo, sendo oito para mulheres e sete para homens. As unidades da ala sul são diferentes: os quartos têm duas camas e banheiro, e podem ser convertidos em acomodações masculinas ou femininas conforme a demanda.

A amostra contou com 300 pacientes, incluídos por seleção estocástica, iniciando-se pela ala norte, por ser a com mais leitos. Foram obtidas informações demográficas como anos de estudo, sexo e idade, e aplicou-se o instrumento sobre percepção de coerção. Os participantes foram classificados em dois grupos: adultos, com idades entre 18 a 59 anos;

e idosos, com 60 anos ou mais. Todos puderam optar por ler e responder sozinhos ou receber auxílio da pesquisadora para ler as questões e escrever as respostas ditadas por eles.

Os critérios de inclusão foram: estar internado pelo SUS em unidades cirúrgicas até cinco dias após o procedimento invasivo, ser adulto, estar lúcido e orientado, com capacidade de se comunicar, estar clinicamente estável e não ser diagnosticado com alterações psíquicas, doença de Alzheimer ou outros tipos de demência. A caracterização de lucidez, orientação e consciência do paciente baseou-se nas informações fornecidas pela equipe de enfermagem e registradas nos documentos utilizados para transferência de cuidado nas passagens de plantão.

O instrumento para avaliar a capacidade do paciente de consentir voluntariamente foi desenvolvido a partir da escala *Admission Experience Survey*, criada pelo grupo de trabalho MacArthur Research Network on Mental Health and Law para avaliar coerção em internação psiquiátrica^{33,34}. Em 2002, Tabora e colaboradores³⁵ validaram essa escala para uso na língua portuguesa e para pacientes clínicos e cirúrgicos. A última adaptação foi em 2010, quando Protas³⁶ elaborou versão com cinco afirmativas, com as quais o participante deve indicar se concorda ou discorda.

Cada resposta negativa é avaliada como um nível de percepção de coerção, cuja variação é de zero a cinco. Para chegar ao grau percebido, soma-se a quantidade de respostas “discordo”; quanto maior o valor, maior a percepção de coerção, que pode ser nenhuma (0), mínima (1), baixa (2), média (3), moderada (4) ou alta (5). O grupo de pesquisa teve autorização do autor para utilizar o instrumento. Além das cinco perguntas, foram incluídas duas questões abertas: 1) Você delegou ao médico (pediu para que ele decidisse) sobre fazer ou não o procedimento? 2) Quem te ajudou ou mais influenciou a decidir fazer o procedimento?

As operações pelas quais os pacientes passaram foram classificadas quanto ao grau de complexidade (baixa, média ou alta), a fim de avaliar provável associação entre esta classificação e a percepção de coerção. Os dados foram armazenados, sem identificação pessoal direta, em um banco desenvolvido no Excel. Realizaram-se avaliações estatísticas no sistema SPSS, versão 18, e as descrições foram apresentadas em suas medidas de tendência central e de variabilidade. As análises estatísticas descritivas incluíram média, mediana, desvio-padrão e intervalo interquartil, de acordo com a distribuição das variáveis.

Foram utilizadas medidas estatísticas inferenciais, com testes qui-quadrado e de Mann-Whitney, para verificar eventuais associações ou diferenças. Para desfechos dicotômicos com função de ligação logito, usando como referência a categoria (resposta) “discordo”, compararam-se as proporções dos grupos “adultos e idosos”, “feminino e masculino”, “procedimento eletivo e de urgência” e “interação”. Definiu-se como nível de significância 5% ($p < 0,05$).

O projeto contemplou todas as exigências regulatórias do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Resolução CNS 466/2012³⁷ e as demais diretrizes associadas à pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

Resultados

Dos 300 participantes, 117 (39%) eram do sexo masculino e 183 (61%) do feminino. As faixas etárias foram divididas em dois grupos: 166 (55,3%) adultos, sendo 58 (35%) homens e 108 (65%) mulheres; e 134 (44,7%) idosos, dos quais 59 (44%) eram homens e 75 (56%) mulheres. Não foi

verificada associação entre os dois grupos etários e a distribuição de sexo.

Em relação à escolaridade, entre os adultos a variação de tempo de estudo foi de 0 a 17 anos, e no grupo dos idosos, de 0 a 23 anos. Ao calcular a média dessa variável, obteve-se $8,78 \pm 3,74$ anos para o primeiro grupo e $5,88 \pm 4,01$ para o segundo. O teste de Kruskal-Wallis demonstrou que esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,0001$), ao contrário da associação entre escolaridade e sexo, independentemente da faixa etária.

A percepção de coerção geral foi baixa, representando 82,7% dos participantes desta pesquisa. Dentre estes, 39,7% não perceberam qualquer coerção; 28%, mínimo grau de coerção; e somente 15% responderam ter baixo grau de percepção de coerção. O número e percentual de respostas “concordo” de cada frase que compõe a escala foram separados em dois grupos, adultos e idosos, verificando-se a correlação entre eles. Não houve resultados estatisticamente significativos (Tabela 1), nem relação significativa entre a percepção analisada e a idade dos pacientes, comparados por faixa etária ou por sexo.

Tabela 1. Percepção de coerção de pacientes adultos e idosos submetidos a procedimento médico invasivo (HCPA, Porto Alegre, Brasil)

Soma	Grau de Percepção de Coerção	Adultos	%	Idosos	%	Geral	%
0	Nenhuma	62	37,3	57	42,5	119	39,7
1	Mínima	53	31,9	31	23,1	84	28
2	Baixa	25	15,1	20	14,9	45	15
3	Média	11	6,6	12	9	23	7,7
4	Moderada	10	6	6	4,5	16	5,3
5	Alta	5	3	8	6	13	4,3

A avaliação das respostas a cada frase da escala demonstra que a liberdade para tomar decisão foi a que obteve maior concordância, com 89,2% dos adultos e 88,1% dos idosos participantes. Em

contrapartida, o item com menos respostas concordantes, com frequência de 44% dos adultos e 51,5% dos idosos, foi relativo a ter tido a ideia de realizar o procedimento (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das respostas “concordo” às questões da Escala de Percepção de Coerção, e grau de significância da relação adultos/idosos (HCPA, Porto Alegre, Brasil)

Variável	Adultos	%	Idosos	%	p
Senti-me livre para fazer o que quisesse a respeito de fazer ou não o procedimento médico invasivo	148	89,2	118	88,1	0,909
Eu escolhi fazer o procedimento médico invasivo	147	88,6	115	85,8	0,594
Foi minha a ideia de fazer o procedimento médico invasivo	73	44	69	51,5	0,238
Tive bastante decisão em fazer o procedimento médico invasivo	141	84,9	114	85,1	1,000
Tive mais influência do que qualquer outra pessoa sobre fazer o procedimento médico invasivo	120	72,3	83	61,9	0,075
Média	125,8	75,8	99,8	74,5	0,875

Observou-se que 24,2% dos pacientes adultos e 25,5% dos idosos afirmaram que outras pessoas tiveram mais influência do que eles na decisão. As perguntas “Você delegou ao médico (pediu para que ele decidisse) sobre fazer ou não o procedimento?” e “Quem te ajudou ou mais influenciou a decidir fazer o procedimento?” visavam elucidar melhor este aspecto. As respostas obtidas foram agrupadas da seguinte forma: próprio paciente, médicos e membros da família. O primeiro grupo totalizou 60% das respostas, corroborando os demais resultados; o segundo representou 33,3% dos participantes; e o terceiro, 6,7%.

Destaca-se que 18,8% dos pacientes disseram ter optado por delegar ao médico a responsabilidade de decidir o procedimento adequado para seu caso, seja pela gravidade do quadro de saúde ou por reconhecerem não ter conhecimento suficiente para escolher o que seria melhor. Quanto ao tipo de procedimento, 223 (74,33%) foram eletivos e 77 (25,66%) de urgência. Quanto à complexidade, 34 (11,3%) eram de baixo grau, 206 (68,7%) de médio grau e 60 (20%) de alto grau de complexidade. O resultado foi equivalente nos três grupos, sem associação estatisticamente significativa ($X^2=2,71$; $p=0,2574$ – NS) (Tabela 3).

Tabela 3. Percepção de coerção dos pacientes segundo complexidade do procedimento (HCPA, Porto Alegre, Brasil)

Soma	Grau de Percepção de Coerção	Baixa	%	Média	%	Alta	%	Geral	%
0	Nenhuma	10	29,4	90	43,7	19	31,7	119	39,7
1	Mínima	10	29,4	60	29,1	14	23,3	84	28
2	Baixa	6	17,6	28	13,6	11	18,3	45	15
3	Média	4	11,7	9	4,4	10	16,7	23	7,7
4	Moderada	2	5,9	10	4,8	4	6,7	16	5,3
5	Alta	2	5,9	9	4,4	2	3,3	13	4,3
	Total	34	11,3	206	68,7	60	20	300	100

Realizou-se teste U de Mann-Whitney para avaliar a relação entre percepção de coerção e cirurgia eletiva ou de urgência. Foi verificada diferença estatisticamente significativa ($p<0,0001$), com mediana (Md) igual a 1, menor que a verificada nos procedimentos de urgência (Md=2). Esta relação não foi influenciada pela idade dos participantes nem pelo grau de complexidade do procedimento. Vale destacar que os pacientes submetidos a procedimentos de urgência foram os únicos a relatar percepção de coerção moderada ou alta. Os termos de consentimento constavam em todos os 300 prontuários.

Discussão

O sexo feminino prevaleceu nos dois grupos, porém em proporções menores do que o esperado, pois não foi encontrada diferença significativa, como na literatura sobre o tema, em que a maioria da população adulta e idosa é feminina². Este achado possivelmente se relaciona com a forma como os leitos são distribuídos nas duas maiores unidades de internação cirúrgica do hospital, onde ocorreu a maioria das coletas.

Chamou a atenção que o indivíduo com mais tempo de estudo (23 anos) era um idoso, enquanto o adulto com maior escolaridade tinha 17 anos de

estudo. Isso não alterou o fato de os idosos da pesquisa terem apresentado menor média nessa variável, dado estatisticamente significativo, na comparação com adultos, independentemente do sexo. Esta constatação reforça informações da literatura². Porém, o menor tempo de estudo dos idosos não alterou sua percepção de coerção, diferindo de pesquisa realizada com essa faixa etária na Paraíba, que apresentou relação direta entre escolaridade e percepção de coerção²¹.

O fato de todos os participantes terem seus TCLE nos prontuários sugere que houve respeito ao direito à informação e não discriminação, como orientam os direitos humanos, e que a comunicação entre profissional e paciente/família foi efetiva, além de demonstrar comprometimento da equipe de saúde com suas atividades assistenciais, dentro dos padrões de qualidade e segurança internacionais preconizados pela instituição.

Vale lembrar que, quando o paciente corre risco de morte, geralmente em situações de urgência e emergência, o médico deve realizar os procedimentos necessários, dispensando o consentimento formal. Mesmo assim, todos os pacientes tinham assinado o TCLE. Tal achado difere de pesquisa realizada em 2016 em hospital universitário brasileiro, onde apenas 16% dos prontuários dos pacientes submetidos a procedimentos tinham o TCLE³⁸.

A baixa percepção de coerção nos dois grupos sugere que os participantes se sentiram respeitados por terem sua voluntariedade preservada, independentemente da idade. Isso é reforçado pela prevalência de concordância com a afirmação de que “se sentiram livres para fazer o que quisessem a respeito da decisão de realizar ou não o procedimento”.

As respostas sobre “ter sido sua ideia realizar o procedimento” superaram as expectativas (44% dos adultos e 51,5% dos idosos), pois, em geral essa recomendação parte dos profissionais de saúde e não dos pacientes, exceto em casos estéticos ou para alívio da dor. Outro dado que surpreendeu positivamente foi a falta de relação entre o grau de complexidade do procedimento e a percepção de coerção.

Estes resultados permitem inferir que o médico, após o diagnóstico, explicou ao paciente as alternativas possíveis, e este se sentiu confortável para realizar ou não o procedimento de forma autônoma, livre de pressões externas, a ponto de relatar que a ideia foi sua. Delegar ao médico a responsabilidade de definir o tratamento também é forma de decisão, que demonstra a percepção do paciente quanto ao respeito à sua autonomia para decidir ou não sobre o assunto.

De fato, o que o paciente faz nessas situações é transferir autonomamente sua autodeterminação ao médico, confiando no discernimento e na qualificação profissional dele. Isto também pode ser entendido como indicador de que os profissionais não banalizam os procedimentos nem a necessidade de orientar adequadamente os pacientes.

O reagrupamento das respostas à pergunta sobre quem mais influenciou a decisão deixa claro que a maioria dos pacientes se sentiu envolvida na tomada de decisão. Vale destacar que a percepção de coerção foi significativamente maior nas cirurgias

de urgência do que nas eletivas, independentemente da idade. Esse resultado foi adequado e esperado, pois em situações urgentes, após identificar o problema é preciso propor intervenção rápida, e há pouco tempo para o paciente assimilar informações. Pode-se deduzir que esse fator estressor influencia a percepção dos pacientes, já que todos os que relataram coerção moderada ou alta foram submetidos a operações urgentes.

Os resultados permitem inferir que o tratamento pessoal entre profissionais, pacientes e familiares foi seguro e respeitoso, sendo as orientações claras, de modo que os pacientes puderam decidir sobre o tratamento, independentemente da idade. Esta postura possibilita que os indivíduos, mesmo idosos, assumam o controle da própria vida, de forma autônoma.

Considerações finais

Este estudo evidenciou que os idosos participaram ativamente dos processos de tomada de decisão sobre sua saúde. A pesquisa identificou que, em grande parte das intervenções, independentemente do grau de complexidade, a decisão foi compartilhada entre paciente, família e profissionais, de acordo com os princípios da bioética.

Ficou evidente que os pacientes receberam orientações sobre o procedimento e optaram por realizá-lo. Já nos casos de urgência nem sempre os enfermos tiveram escolha, ficando a cargo da família ou do médico a responsabilidade sobre qual conduta adotar, postura apropriada e esperada em situações urgentes. Possivelmente esse foi o fator responsável por aumentar a percepção de coerção. De modo geral, houve respeito à autonomia dos pacientes e familiares.

Referências

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World population ageing 2013 [Internet]. 2013 [acesso 20 dez 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2AZfDke>
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso 12 maio 2018];19(3):507-19. DOI: 10.1590/1809-98232016019.150140
3. Andrade J, Ayres JA, Alencar RA, Duarte MTC, Parada CMGL. Vulnerability of the elderly to sexually transmitted infections. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 18 jun 2018];30(1):8-15. DOI: 10.1590/1982-0194201700003
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2016.
5. Joint Commission International. Accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals [Internet]. Oakbrook Terrace; 2017 [acesso 10 maio 2018]. Disponível: <http://bit.ly/30Yr6v2>
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o Novo Código de Ética de Enfermagem [Internet]. 2017 [acesso 22 ago 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2IC5XQV>


7. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 [Internet]. Brasília: CFM; 2009 [acesso 20 ago 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2M6iP3V>
8. Gracia D. The many faces of autonomy. *Theor Med Bioeth* [Internet]. 2012 [acesso 5 abr 2018];33(1):57-64. Disponível: <http://bit.ly/2nJaY2Y>
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2015 [acesso 25 maio 2018]. Disponível: <http://bit.ly/33twTKq>
10. Saquetto M, Schettino L, Pinheiro P, Sena ELS, Yarid SD, Gomes Filho DL. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 8 ago 2018];21(3):518-24. DOI: 10.1590/S1983-80422013000300016
11. World Health Organization. Healthy ageing. In: World Health Organization. *World report on ageing and health* [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso 22 maio 2018]. p. 25-39. Disponível: <http://bit.ly/33mqkJH>
12. Barletta FR. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso. *Rev Direito Sanit* [Internet]. 2014 [acesso 8 jan 2018];15(1):119-36. Disponível: <http://bit.ly/2VYqMls>
13. Moraes JCO, Brito FM, Costa EO, Barros EO, Costa IP. O idoso e seus direitos em saúde: uma compreensão sobre o tema na realidade atual. *Rev Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2014 [acesso 3 fev 2018];18(3):255-60. DOI: 10.4034/RBCS.2014.18.03.10
14. Ayres JR, Paiva V, França I Jr. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.
15. Ribeiro PRO. A judicialização das políticas públicas: a experiência da central judicial do idoso. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, organizadores. *Política nacional do idoso: velhas e novas questões* [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016 [acesso 15 maio 2018]. p. 379-96. Disponível: <http://bit.ly/2nDnTTT>
16. Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul. *Direitos da pessoa idosa* [Internet]. Campo Grande; 2017 [acesso 18 maio 2018]. p. 1-23. Disponível: <http://bit.ly/32aQXsp>
17. Navarro JHN, Andrade FP, Paiva TS, Silva DO, Gessinger CF, Bós AJG. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso 18 mar 2018];20(2):461-70. DOI: 10.1590/1413-81232015202.03712014
18. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. *Rev HCPA* [Internet]. 2006 [acesso 18 out 2018];26(2):86-92. Disponível: <http://bit.ly/2q6COXI>
19. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioethics and palliative care: decision making and quality of life. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 10 jul 2018];25(3):334-9. DOI: 10.1590/S0103-21002012000300003
20. Protas JS, Bittencourt VC, Wollmann L, Moreira CA, Fernandes CF, Fernandes MS *et al.* Avaliação da percepção de coerção no processo de consentimento. *Rev HCPA* [Internet]. 2007 [acesso 5 jul 2018];27(Supl 1):272. Disponível: <http://bit.ly/318POZE>
21. Cavalcanti MOA, Gomes I, Goldim JR. Perceived coercion of noninstitutionalized elderly patients undergoing research for the diagnosis of temporomandibular joint dysfunction. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2 abr 2018];36(2):28-34. DOI: 10.1590/1983-1447.2015.02.49109
22. Erlen JA. Informed consent: the information component. *Orthop Nurs* [Internet]. 1994 [acesso 2 jun 2018];13(2):75-8.
23. Bittencourt ALP, Quintana AM, Velho MTAC, Goldim JR, Wottrich LAF, Sehn AS. Informed consent and evaluation of the degree of expression in enforcement assistance. *Rev Bioét Derecho* [Internet]. 2014 [acesso 1º jul 2018];31(1):81-9. DOI: 10.4321/S1886-58872014000200007
24. Piaget J. Les trois systèmes de la pensée de l'enfant: étude sur les rapports de la pensée rationnelle et de l'intelligence motrice. *Bull SFP*. 1928;27:121-2. p. 121.
25. Piaget J. *Études sociologiques*. 3ª ed. Genebra: Groz; 1977. p. 225.
26. Ugarte ON, Acioly MA. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2014 [acesso 3 jul 2018];41(5):274-7. DOI: 10.1590/0100-69912014005013
27. Peterson JC, Burnes DP, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR Jr, Wells MT *et al.* Financial exploitation of older adults: a population-based prevalence study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2014 [acesso 3 jul 2018];29(12):1615-23. DOI: 10.1007/s11606-014-2946-2
28. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist* [Internet]. 2016 [acesso 22 ago 2018];56(2):194-205. DOI: 10.1093/geront/gnw004
29. Estebansari F, Dastoorpoor M, Mostafaei D, Khanjani N, Khalifehkandi ZR, Foroushani AR *et al.* Design and implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018 [acesso 12 set 2018];13:669-79. DOI: 10.2147/CIA.S158097
30. Martins CP, Luzio CA. Humaniza SUS policy: anchoring a ship in space. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2017 [acesso 20 set 2018];21(60):13-22. DOI: 10.1590/1807-57622015.0614
31. Gross CC, Gross JL, Goldim JR. Problemas emocionais e percepção de coerção em pacientes com diabetes tipo 2: um estudo observacional. *Rev HCPA* [Internet]. 2010 [acesso 22 out 2018];30(4):431-5. Disponível: <http://bit.ly/2q8zVpr>
32. Wettstein MF, Alves LVBF, Goldim JR. Restrição alimentar por motivação religiosa e coerção: dados preliminares. *Clin Biomed Res* [Internet]. 2010 [acesso 22 out 2018];30(3):290-3. Disponível: <http://bit.ly/31c2NtE>

33. Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP *et al.* Perceived coercion in mental hospital admission: pressures and process. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1995 [acesso 20 out 2018];52(12):1034-9. DOI: 10.1001/archpsyc.1995.03950240052010
34. Wittmann-Vieira R. Bioética, cuidados paliativos e qualidade de vida: a importância do processo de tomada de decisão [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2010 [acesso 24 ago 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2B79xhU>
35. Taborda JGV, Baptista JP, Gomes DAR, Nogueira L, Chaves MLF. Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2004 [acesso 7 jul 2018];27(2):179-92. DOI: 10.1016/j.ijlp.2004.01.008
36. Protas JS. Adaptação da escala de percepção de coerção em pesquisa e da escala de expressão de coerção para procedimentos assistenciais em saúde [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2010 [acesso 9 mar 2019]. Disponível: <http://bit.ly/2oyZ63S>
37. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 12, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 27 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2KeJPu8>
38. Veríssimo EJ, Silva MF. Real × legal: cotidiano do consentimento informado na realização de procedimentos cirúrgicos. *Diversitates Int J* [Internet]. 2016 [acesso 22 ago 2018];8(1):1-14. Disponível: <http://bit.ly/33mzC8x>


Participação dos autores


Rosmari Wittmann-Vieira coletou os dados, fez o levantamento bibliográfico e formatou o artigo. Ambos os autores conceberam o estudo, analisaram e interpretaram os dados, redigiram o artigo e revisaram o texto final.

Rosmari Wittmann-Vieira

 0000-0002-7347-1327

José Roberto Goldim

 0000-0003-2127-6594



Recebido: 26.9.2018

Revisado: 29.1.2019

Aprovado: 11.2.2019