

Percepção de coerção de pacientes submetidos a procedimentos médicos invasivos

Rosmari Wittmann-Vieira¹, José Roberto Goldim²

Resumen

Este estudio tiene como objetivo evaluar la percepción de coerção 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 coerção. 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 coerção, 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 coerção, 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. Coerção. Procedimientos quirúrgicos operativos.

Resumo

Percepção de coerção de pacientes submetidos a procedimento médico invasivo

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.

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.

El envejecimiento de la población mundial es una realidad¹. Diversos factores se señalan como responsables de aumentar la supervivencia de los individuos. Entre ellos, se destacan: mejor saneamiento básico; acceso a la información, la alimentación y a programas de salud pública, así como las nuevas tecnologías desarrolladas e implementadas en el área de la salud^{2,3}.

El acceso a la información ha planteado desafíos a los profesionales, ya que el volumen de datos se renueva a gran velocidad. En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso seis metas internacionales para promover la seguridad del paciente, y una de ellas fue mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales de la asistencia⁴. La implementación de estas metas lleva a los hospitales a buscar sistemas de acreditación reconocidos internacionalmente, como el de la Joint Commission International (JCI), que evalúa protocolos implementados y la necesidad de mejoras para alcanzar los estándares internacionales de seguridad de los pacientes⁵.

Un factor importante de seguridad y comunicación es el proceso de consentimiento. El diálogo efectivo con los pacientes y los familiares pasa por la adecuación de la información, su finalidad y propósito, que debe registrarse adecuadamente. Se debe incluir en el expediente el documento de consentimiento libre e informado (DCLI) firmado por el paciente o el responsable legal, así como por el médico u otro profesional que obtenga el documento. Es a partir de aquí que se inicia la toma de decisiones.

La seguridad del paciente involucra cuestiones éticas, como el respeto a la autonomía⁶⁻⁸, que implica libertad de pensamiento, libre de coacciones internas o externas para que el individuo pueda optar entre las alternativas presentadas. La autonomía puede entenderse como la capacidad de autogobernarse⁸, pero este derecho no siempre se respeta, aunque esté garantizado por la Constitución brasileña⁹ e incluido en los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Esto se evidencia en la gran cantidad de investigación sobre el tema, con datos que se tornan más críticos cuando se trata de la autonomía de grupos vulnerables como, por ejemplo, los ancianos¹⁰.

La OMS utiliza la edad cronológica y el grado de desarrollo del país donde reside el individuo como criterio para definir la población anciana, determinando que, en los países desarrollados, se considera anciano al sujeto con edad igual o superior a 65 años; y en los países en desarrollo, igual o superior a 60 años¹¹⁻¹⁷. Esta población se considera vulnerable por su susceptibilidad a problemas, directamente relacionada con la calidad de la información

sobre cierta cuestión y con la posibilidad de enfrentarla¹⁰⁻¹². Para definir al individuo como vulnerable, se consideran algunos factores como el acceso a la información, la escolaridad, los aspectos biológicos y comportamentales, las creencias y los valores^{2,13}.

La bioética es un campo de reflexión complejo, compartido e interdisciplinario sobre la adecuación de temas que involucran la vida¹⁸. En la cotidianidad del hospital, tiene como objetivo una mirada cuidadosa del paciente, centrándose tanto en su relación con los profesionales de salud como en los riesgos y consecuencias de los actos médicos para el individuo, su familia y para la sociedad. Uno de los temas destacados en bioética son los documentos de consentimiento que procuran brindar información al paciente para que éste decida si acepta o no ser sometido a determinado procedimiento, de manera voluntaria, sin presión externa¹⁹.

El aumento progresivo de la población anciana, asociado al hecho de ser considerada vulnerable, ha generado cuestionamientos sobre su decisión de realizar procedimientos invasivos, ya que estos últimos han sido ampliamente empleados y banalizados. En este contexto, es importante diferenciar las elecciones personales de las decisiones tomadas por medio de constreñimientos y coerción de terceros²⁰⁻²². La voluntad puede verse afectada por la restricción parcial o total de la autonomía del sujeto o por ser miembro de un grupo vulnerable. Las personas enfermas, al estar fragilizadas, especialmente los ancianos, son más fácilmente manipulables en el proceso de obtención del consentimiento²³. Además, se entiende que, por ser más frágiles y vulnerables por la cercanía de la muerte, los ancianos serían más fácilmente manipulados y convencidos para autorizar procedimientos médicos.

Piaget define la coerción como *toda relación entre dos o más individuos en la que interviene un elemento de autoridad o prestigio*²⁴. De acuerdo con el autor, la coerción *existe en la medida en que es sufrida, (...) independientemente del grado efectivo de reciprocidad existente*²⁵. Por lo tanto, el consentimiento informado sólo es válido si no se firma bajo presión²⁶, y es necesario identificar si existen diferencias asociadas a la percepción de coerción de las personas según la franja etaria y si el factor género interfiere en los resultados.

Diversas investigaciones evidencian que el anciano es, en muchos casos, víctima de algún tipo de abuso cometido por parte de extraños o por los propios familiares, ya sea financiero, físico, sexual, emocional o simplemente falta de respeto a su posición, por ejemplo, en una situación que involucra su propia salud²⁷⁻²⁹. En la perspectiva de la

humanización y de la integralidad del cuidado, una de las prerrogativas de la atención individualizada es respetar la voluntad del paciente, independientemente de su edad cronológica³⁰.

Diversos artículos utilizan la escala que evalúa la percepción de coerción en diferentes grupos, como pacientes internados para cuidados paliativos¹⁹, ancianos participantes de investigaciones sobre diagnóstico de la disfunción temporomandibular²¹, pacientes con diabetes tipo II³¹, personas internadas con restricciones alimentarias³², entre otros. En todos los casos, la escala es adaptada al escenario específico.

Los estudios sobre percepción de la coerción en ancianos presentan lagunas, pues comparan esta población entre sí y no con diferentes franjas etarias. Además, no se encontraron investigaciones que considere cuánto los ancianos se perciben a sí mismos como participantes en las decisiones sobre su salud²¹. ¿Ellos tendrían la misma libertad que los adultos para decidir, u otras variables, como sexo y escolaridad, también influyen en este proceso? ¿La urgencia del procedimiento invasivo altera el modo en que los pacientes perciben la coerción? Partiendo de estas preguntas, el objetivo de este estudio es evaluar la comprensión de la coerción de pacientes adultos y ancianos con respecto a las intervenciones quirúrgicas.

Método

Se trata de un estudio transversal cuantitativo, con pacientes adultos sometidos a procedimientos médicos invasivos, internados en unidades quirúrgicas del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos se obtuvieron entre noviembre de 2016 y diciembre de 2017. Los invitados que aceptaron participar en la investigación firmaron un DCLI específico.

En el HCPA hay diferentes lugares para pacientes quirúrgicos adultos, internados a través del Sistema Único de Salud (SUS): en las unidades del ala norte (octavo y noveno piso) se encuentran las dos más grandes, con 45 camas en 15 habitaciones; la distribución de los cuartos es por sexo, siendo ocho para mujeres y siete para hombres. Las unidades en el ala sur son diferentes: las habitaciones tienen dos camas y un baño, y se pueden convertir en vacantes masculinas o femeninas, conforme la demanda.

La muestra consistió en 300 pacientes, incluidos por selección estocástica, comenzando desde el ala norte, por ser la que tiene más camas. Se obtuvo información demográfica, como años de estudio,

sexo y edad, y se aplicó el instrumento sobre percepción de coerción. Los participantes se clasificaron en dos grupos: adultos, con edades entre 18 y 59 años; y ancianos, con 60 años o más. Todos pudieron optar por leer y responder por sí mismos o recibir ayuda de la investigadora para leer las preguntas y escribir las respuestas dictadas por ellos.

Los criterios de inclusión fueron: estar internado a través del SUS en unidades quirúrgicas hasta cinco días después del procedimiento invasivo, ser adulto, estar lúcido y orientado, con capacidad de comunicarse, estar clínicamente estable y no ser diagnosticado con alteraciones psíquicas, Mal de Alzheimer u otros tipos de demencia. La caracterización de lucidez, orientación y conciencia del paciente se basó en la información proporcionada por el equipo de enfermería y registrada en los documentos utilizados para la transferencia de cuidados en los cambios de guardia.

El instrumento para evaluar la capacidad del paciente para consentir voluntariamente se desarrolló a partir de la escala *Admission Experience Survey*, creada por el grupo de trabajo *MacArthur Research Network on Mental Health and Law* para evaluar la coerción en internación psiquiátrica^{33,34}. En 2002, Tabora y colaboradores³⁵ validaron esta escala para su uso en lengua portuguesa y para pacientes clínicos y quirúrgicos. La última adaptación se realizó en 2010, cuando Protas³⁶ elaboró una versión con cinco afirmaciones, a partir de las cuales el participante debe indicar si está de acuerdo o en desacuerdo.

Cada respuesta negativa se evalúa como un nivel de percepción de coerción, cuya variación es de cero a cinco. Para llegar al grado percibido, se suma la cantidad de respuestas "en desacuerdo"; cuanto mayor es el valor, mayor es la percepción de coerción, que puede ser ninguna (0), mínima (1), baja (2), media (3), moderada (4) o alta (5). El grupo de investigación tuvo la autorización del autor para utilizar el instrumento. Además de las cinco preguntas, se incluyeron dos más, abiertas: 1) ¿Usted delegó al médico (le pidió que decidiera) si realizar o no el procedimiento? 2) ¿Quién le ayudó o tuvo más influencia para decidir realizar el procedimiento?

Las operaciones por las cuales pasaron los pacientes se clasificaron según el grado de complejidad (baja, media o alta), con el fin de evaluar la probable asociación entre esta clasificación y la percepción de coerción. Los datos se almacenaron, sin identificación personal directa, en una base de datos desarrollada en Excel. Se realizaron evaluaciones estadísticas en el sistema SPSS, versión 18, y se presentaron las descripciones en sus medidas de tendencia central y de variabilidad. Los análisis

estadísticos descriptivos incluyeron media, mediana, desviación estándar y rango intercuartil, de acuerdo con la distribución de variables.

Se utilizaron medidas estadísticas inferenciales, con pruebas de chi-cuadrado y de Mann-Whitney, para verificar eventuales asociaciones o diferencias. Para los resultados dicotómicos con función de enlace logit, tomando como referencia la categoría (respuesta) “en desacuerdo”, se compararon las proporciones de los grupos “adultos y ancianos”, “femenino y masculino”, “procedimiento electivo y de urgencia” e “interacción”. Se definió como nivel de significancia el 5% ($p < 0.05$).

El proyecto contempló todas las exigencias regulatorias del Consejo Nacional de Salud (CNS) en la Resolución CNS 466/2012³⁷ y las demás directrices asociadas a la investigación con seres humanos, siendo aprobado por el Comité de Ética en Investigación del HCPA.

Resultados

De los 300 participantes, 117 (39%) eran de sexo masculino y 183 (61%) femenino. Las franjas etarias fueron divididas en dos grupos: 166 (55.3%) adultos, siendo 58 (35%) hombres y 108 (65%) mujeres; y 134 (44.7%) ancianos, de los cuales 59 (44%) eran hombres y 75 (56%) mujeres. No se verificó asociación entre los dos grupos etarios y la distribución por sexo.

En relación con la escolaridad, entre los adultos, la variación del tiempo de estudio fue de 0 a 17 años, y en el grupo de ancianos, de 0 a 23 años. Al calcular la media de esta variable, se obtuvo 8.78 ± 3.74 años para el primer grupo y 5.88 ± 4.01 para el segundo. La prueba de Kruskal-Wallis mostró que esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.0001$), al contrario de la asociación entre escolaridad y sexo, independientemente de la franja etaria.

La percepción de coerción general fue baja, representando el 82.7% de los participantes en esta investigación. Entre estos, el 39.7% no percibió ninguna coerción; el 28%, un grado mínimo de coerción; y sólo el 15% respondió tener una baja percepción de coerción. El número y el porcentaje de respuestas “De acuerdo” de cada frase que compone la escala fueron separados en dos grupos, adultos y ancianos, verificándose la correlación entre ellos. No hubo resultados estadísticamente significativos (Tabla 1), ni relación significativa entre la percepción analizada y la edad de los pacientes, comparados por franja etaria o por sexo.

La evaluación de las respuestas a cada frase de la escala muestra que la libertad para tomar la decisión fue la que obtuvo el mayor acuerdo, con el 89.2% de los adultos y el 88.1% de los ancianos participantes. En contrapartida, el ítem con menos respuestas concordantes, con una frecuencia del 44% de los adultos y el 51.5% de los ancianos, se relacionó con haber tenido la idea de realizar el procedimiento (Tabla 2).

Tabla 1. Percepción de coerción de pacientes adultos y ancianos sometidos a procedimiento médico invasivo (HCPA, Porto Alegre, Brasil)

Suma	Grado de Percepción de Coerción	Adultos	%	Ancianos	%	General	%
0	Ninguna	62	37,3	57	42,5	119	39,7
1	Mínima	53	31,9	31	23,1	84	28
2	Baja	25	15,1	20	14,9	45	15
3	Media	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

Tabla 2. Distribución de las respuestas “de acuerdo” para las preguntas de la Escala de Percepción de Coerción, y grado de significancia de la relación adultos/ancianos (HCPA, Porto Alegre, Brasil)

Variable	Adultos	%	Ancianos	%	p
Sentirme libre para hacer lo que quiera respecto de realizar o no el procedimiento médico invasivo	148	89,2	118	88,1	0,909
Yo elegí hacer el procedimiento médico invasivo	147	88,6	115	85,8	0,594
Fue mía la idea de hacer el procedimiento médico invasivo	73	44	69	51,5	0,238
Tuve bastante decisión en hacer el procedimiento médico invasivo	141	84,9	114	85,1	1,000
Tuve más influencia que cualquier otra persona respecto de hacer el procedimiento médico invasivo	120	72,3	83	61,9	0,075
Media	125,8	75,8	99,8	74,5	0,875

Se observó que el 24.2% de los pacientes adultos y el 25.5% de los ancianos afirmaron que otras personas tuvieron más influencia que ellos en la decisión. Las preguntas “¿Usted delegó al médico (le pidió que decidiera) si realizar o no el procedimiento?” y “¿Quién le ayudó o tuvo más influencia para decidir realizar el procedimiento?”, procuraban elucidar mejor este aspecto. Las respuestas obtenidas se agruparon de la siguiente manera: el propio paciente, los médicos y los familiares. El primer grupo totalizó un 60% de las respuestas, corroborando los demás resultados; el segundo representó el 33.3% de los participantes; y el tercero, el 6.7%.

Se destaca que el 18.8% de los pacientes dijeron haber optado por delegar al médico la responsabilidad de decidir el procedimiento adecuado para su caso, ya sea por la gravedad del cuadro de salud o por reconocer no tener el conocimiento suficiente para elegir lo que sería mejor. En cuanto al tipo de procedimiento, 223 (74.33%) fueron electivos y 77 (25.66%) de urgencia. Con respecto a la complejidad, 34 (11.3%) fueron de bajo grado, 206 (68.7%) de grado medio y 60 (20%) de alto grado de complejidad. El resultado fue equivalente en los tres grupos, sin asociación estadísticamente significativa ($X^2=2.71$; $p=0.2574$ – NS) (Tabla 3).

Tabla 3. Percepción de coerción de los pacientes según complejidad del procedimiento (HCPA, Porto Alegre, Brasil)

Suma	Grado de Percepción de Coerción	Baja	%	Media	%	Alta	%	General	%
0	Ninguna	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	Baja	6	17,6	28	13,6	11	18,3	45	15
3	Media	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

Se realizó la prueba U de Mann-Whitney para evaluar la relación entre percepción de coerción y cirugía electiva o de urgencia. Se verificó una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,0001$), con una mediana (Md) igual a 1, menor que la verificada en los procedimientos de urgencia (Md=2). Esta relación no estuvo influenciada por la edad de los participantes ni por el grado de complejidad del procedimiento. Cabe destacar que los pacientes sometidos a procedimientos de emergencia fueron los únicos en relatar percepción de coerción moderada o alta. Es importante recordar que los documentos de consentimiento constaban en los 300 expedientes.

Discusión

El sexo femenino prevaleció en los dos grupos, pero en proporciones menores a lo esperado, ya que no se encontraron diferencias significativas, como en la literatura sobre el tema, en la que la mayoría de la población adulta y anciana es femenina². Este hallazgo posiblemente esté relacionado con la forma en que se distribuyen las camas en las dos unidades de hospitalización quirúrgica más grandes del hospital, donde tuvo lugar la mayor parte de la recolección.

Llamó la atención que el individuo con más tiempo de estudio (23 años) era un anciano, mientras que el adulto con mayor escolaridad tenía 17

años de estudio. Esto no alteró el hecho de que los ancianos de la investigación presentaron una media menor en esta variable, dato estadísticamente significativo, en comparación con los adultos, independientemente del sexo. Esta constatación refuerza la información de la literatura². Sin embargo, el menor tiempo de estudio de los ancianos no alteró su percepción de la coerción, difiriendo de la investigación realizada con esta franja etaria en Paraíba, que presentó una relación directa entre escolaridad y percepción de la coerción²¹.

El hecho de que todos los participantes tuvieran su DCLI en los registros médicos sugiere que hubo respeto por el derecho a la información y no discriminación, como señalan los derechos humanos, y que la comunicación entre profesional y paciente/familia fue efectiva, además de demostrar el compromiso del equipo de salud con sus actividades asistenciales, dentro de los estándares de calidad y seguridad internacionales proclamados por la institución.

Cabe destacar que, cuando el paciente corre riesgo de muerte, generalmente en situaciones de urgencia y emergencia, el médico debe realizar los procedimientos necesarios, excusando el consentimiento formal. Incluso así, todos los pacientes habían firmado el DCLI. Este hallazgo difiere de la investigación realizada en 2016 en un hospital universitario brasileño, donde sólo el 16% de los expedientes médicos de los pacientes sometidos a procedimientos tenían el DCLI³⁸.

La baja percepción de coerción en los dos grupos sugiere que los participantes se sintieron respetados por tener preservada su voluntad, independientemente de su edad. Esto se ve reforzado por la prevalencia del acuerdo con la afirmación de que “se sintieron libres para hacer lo que quisieran respecto de la decisión de realizar o no el procedimiento”.

Las respuestas sobre “haber sido suya la idea de realizar el procedimiento” excedieron las expectativas (44% de los adultos y 51.5% de los ancianos), pues, en general, esta recomendación proviene de profesionales de la salud y no de los pacientes, excepto en casos estéticos o para alivio del dolor. Otro dato que sorprendió positivamente fue la falta de relación entre el grado de complejidad del procedimiento y la percepción de coerción.

Estos resultados permiten inferir que el médico, después del diagnóstico, le explicó al paciente las alternativas posibles, y el paciente se sintió cómodo para realizar o no el procedimiento de forma autónoma, libre de presiones externas, hasta el punto de informar que la idea fue suya. Delegar al médico la responsabilidad de definir el tratamiento también es una forma de decisión, que demuestra la percepción del paciente en cuanto al respeto por su autonomía para decidir o no sobre la cuestión.

De hecho, lo que hace el paciente en estas situaciones es transferir autónomamente su autodeterminación al médico, confiando en el discernimiento y en la calificación profesional de éste. Esto también puede entenderse como un indicador de que los profesionales no banalizan los procedimientos ni la necesidad de orientar adecuadamente a los pacientes.

La reagrupación de las respuestas a la pregunta sobre quién influyó más en la decisión deja claro que la mayoría de los pacientes se sintieron implicados en la toma de decisiones. Vale destacar que la percepción de coerción fue significativamente mayor

en cirugías de urgencias que en las electivas, independientemente de la edad. Este resultado fue adecuado y esperado, porque en situaciones urgentes, después de identificar el problema, es necesario proponer una intervención rápida, y hay poco tiempo para que el paciente pueda asimilar informaciones. Se puede deducir que este factor estresante influye en la percepción de los pacientes, ya que todos los que informaron coerción moderada o alta fueron sometidos a operaciones urgentes.

Los resultados nos permiten inferir que el tratamiento personal entre profesionales, pacientes y familiares fue seguro y respetuoso, con orientaciones claras, para que los pacientes pudieran decidir el tratamiento, independientemente de la edad. Esta postura posibilita que los individuos, incluso los ancianos, asuman el control de su propia vida de forma autónoma.

Consideraciones finales

Este estudio evidenció que los ancianos participaron activamente en los procesos de toma de decisiones sobre su salud. La investigación identificó que, en gran parte de las intervenciones, independientemente del grado de complejidad, la decisión fue compartida entre el paciente, la familia y los profesionales, de acuerdo con los principios de la bioética.

Se evidenció que los pacientes recibieron orientaciones sobre el procedimiento y optaron por realizarlo. Sin embargo, en los casos de urgencias, no siempre los enfermos tuvieron elección, quedando a cargo la familia o el médico de la responsabilidad sobre qué conducta adoptar, postura adecuada y esperada en situaciones urgentes. Posiblemente este fue el factor responsable de aumentar la percepción de coerción. De modo general, hubo respeto a la autonomía de los pacientes y los 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/2VvqMls>
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, França 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. Tabora 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>


Participación de los autores

Rosmari Wittmann-Vieira recolectó los datos, realizó la revisión bibliográfica y dio formato al artículo. Ambos autores concibieron el estudio, analizaron e interpretaron los datos, redactaron el artículo y revisaron el 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