

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**PERCEPÇÃO DE COERÇÃO EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS,
CIRÚRGICOS E CLÍNICOS HOSPITALIZADOS**

JOSÉ GERALDO VERNET TABORDA

Autor

PROFA. DRA. MÁRCIA LORENA FAGUNDES CHAVES

Orientadora

TESE DE DOUTORADO

2002

A presente tese foi apresentada e defendida no Auditório Mário Rigatto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no dia 28 de outubro de 2002, tendo recebido conceito A de banca examinadora presidida pela Profa. Dra. Márcia Lorena Fagundes Chaves e composta pelos professores Dr. Ellis Alindo D'Arrigo Busnello, Miguel Chalub e José Roberto Goldim.

Catálogo na publicação

T114 Taborda, José Geraldo Vernet

Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados / José Geraldo Vernet Taborda. — 2002.
107 f.

Tese (doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

1. Coerção 2. Hospitalização 3. Internação compulsória de doente mental
4. Transtornos mentais – Psicologia 5. Pacientes internados – Psicologia I.
Título

CDD 614.1
NLM W 740

(Bibliotecária responsável: Viviane Castanho – CRB-10/1130)

Para **Zenóbia, Maria Laura e Júlio Rafael,**

Amores de minha vida

In Memoriam

A meu pai, **Attila Taborda**, de quem herdei a paixão pela Medicina e recebi permanentes lições de integridade, tolerância e amor ao próximo.

A minha mãe, **Laura Vernet Taborda**, cuja alegria de viver era sua marca registrada, com quem aprendi a amar os clássicos e o tango, bem como a desenvolver um profundo sentimento de unidade familiar.

A meus irmãos, **João Afonso Vernet Taborda**, **Tarcísio Antônio Costa Taborda** e **Anna Rachel Vernet Taborda**, cujas mortes trágicas e tão precoces, no auge de suas potencialidades, causaram profunda dor.

A minha irmã **Maria Costa Taborda**, exemplo de abnegação e dedicação familiar.

AGRADECIMENTOS

A obtenção do grau acadêmico de doutor é o ápice de longa trajetória, a qual conseguimos percorrer com êxito graças ao fundamental apoio de inúmeras pessoas. Dentre essas, gostaria de mencionar:

Professor Ellis Alindo D'Arrigo Busnello, por seu permanente incentivo e por se constituir em modelo de fidelidade ao compromisso de desenvolver o pensamento científico em nosso meio.

Professor Manoel Antônio Pitta Pinheiro de Albuquerque, por me haver conduzido durante os primeiros passos da formação psiquiátrica.

Dr. José Manoel Bertolote, que, como mestre, foi um fraterno amigo, e, como amigo, é um permanente mestre.

Professora Márcia Lorena Fagundes Chaves, por seu inexcedível zelo na missão de ensinar e orientar e por seu exemplo de compromisso com a excelência acadêmica.

A todos, minha profunda gratidão.

SUMÁRIO

Dedicatória	II
<i>In Memoriam</i>	III
Agradecimentos	IV
Sumário	V
INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DA LITERATURA	4
OBJETIVOS	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ARTIGO EM INGLÊS	23
VERSÃO EM PORTUGUÊS DO ARTIGO	54
ANEXO I: Conclusões	87
ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
ANEXO III: Questionário Sobre Percepção de Coerção	92
ANEXO IV: Questionário de Coleta de Dados Sociodemográficos	96
ANEXO V: SRQ - Self Reported Questionnaire	99
ANEXO VI: MMSE – Mini Mental Status Examination	101

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Observa-se no Brasil, desde o final da década de 1980, um intenso debate político sobre os direitos do doente mental. Tal movimento ganhou maiores dimensões a partir da Declaração de Caracas (OPS & OMS, 1990) e da propositura de projeto de lei, perante o Congresso Nacional, pelo Deputado Federal Paulo Delgado, dispondo sobre a reforma da atenção psiquiátrica. O Estado do Rio Grande do Sul – que já vinha desde 1960 criando expressiva rede de assistência ambulatorial a pacientes doentes mentais e, dessa forma, conseguindo diminuir o número de leitos para pacientes psiquiátricos crônicos – foi o primeiro estado da federação a promulgar sua lei de “reforma psiquiátrica”. Nos anos seguintes, outros seis estados e o Distrito Federal seguiram o mesmo caminho e, durante 2001, promulgou-se legislação no âmbito federal, a Lei Nº 10.216/01 (Brasil, 2001). No presente momento político brasileiro, no qual a nova legislação está em via de ser regulamentada, torna-se essencial que se avance o conhecimento sobre os mecanismos de coerção exercidos sobre pacientes psiquiátricos, tanto internados involuntária quanto voluntariamente, e quais as suas percepções desse processo. Além disso, é imprescindível, também, que se estudem eventuais formas de coerção exercidas sobre pacientes não psiquiátricos, para que se possam desenvolver métodos efetivos de proteção a toda pessoa hospitalizada.

É importante registrar, ainda, que esta tese pretende discutir aspectos relacionados ao respeito à autonomia de pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos

obedecendo aos novos dispositivos do “Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas”. Pelo atual regramento coloca-se ênfase no projeto e na pesquisa realizados pelo aluno – e em sua publicação em revista científica de porte internacional – em detrimento de tese magnífica que iria permanecer nas prateleiras da biblioteca da universidade longe do alcance imediato da comunidade acadêmica. Deverá compor-se, pois, de breve revisão da literatura – marco teórico do tema em estudo – de suas referências bibliográficas, de artigo original em inglês e de sua correspondente versão em português.

REVISÃO DA LITERATURA

REVISÃO DA LITERATURA

A internação psiquiátrica involuntária é um fenômeno que desperta as mais variadas reações e sentimentos entre as pessoas em geral (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey, 1995; Lidz, Mulvey, Hoge, Kirsch, Monahan, Bennett, Eisenberg, Gardner, & Roth, 2000). Desde o histórico gesto de Pinel, que libertou os insanos de Paris das condições subumanas em que se encontravam (Alexander & Selesnick, 1980), até nossos dias, a discussão acerca desse tema tem evoluído constantemente (Lidz, Hoge, Gardner, Bennett, Monahan, Mulvey, & Roth, 1995). Nas últimas décadas, após o final da II Grande Guerra, o mundo tem experimentado modificações que inevitavelmente vêm afetando o exercício da medicina em geral e da prática psiquiátrica em especial. Colaboraram para isso a confluência de fatores de natureza diversa, quer político-filosóficos, quer tecnológicos, que determinaram o desenvolvimento de novas formas de abordagem do doente mental, as quais devem estar pautadas sempre por estrita observância de postulados éticos.

Sob uma perspectiva histórica, pode-se observar que, no campo biomédico, as primeiras manifestações de afirmação do princípio do respeito à autonomia da pessoa, deram-se no contexto da pesquisa clínica com seres humanos. Com efeito, a partir do paradigma do positivismo científico do Século XIX, houve uma necessidade crescente de realizações de experimentos clínicos em sujeitos humanos em nome do progresso da ciência e da medicina. A partir das descobertas de Pasteur,

iniciou-se uma busca incessante por vacinas contra as principais doenças que afligiam a humanidade. Com isso em mente, na Prússia, o ilustre professor de Dermatologia e Venereologia, Albert Neisser, descobridor da *Neisseria Gonorrhoeae*, buscando a profilaxia da sífilis, passou a injetar rotineiramente soro de pacientes sífilíticos em prostitutas não contaminadas que buscassem o seu serviço por outro motivo qualquer (Vollmann & Winau, 1996). Tal procedimento não era informado às pacientes, as quais imaginavam estar recebendo o tratamento para a afecção que portavam. Como, ao final de algum tempo, muitas delas contraíram sífilis, a conclusão foi a de que a vacina “não funcionara”. O experimento foi publicado e gerou forte reação contrária da opinião pública. Curiosamente, a comunidade acadêmica em peso – à exceção da voz solitária do professor Albert Moll – apoiou fortemente a atitude do professor Neisser. Em decorrência do clamor público, o Ministério da Saúde da Prússia elaborou um decreto regulamentando a pesquisa com seres humanos, tornando imprescindível o consentimento do sujeito. Tal norma, datada de 1900, foi a primeira a ser editada em todo o mundo (Capron, 1997). É interessante registrar, também, que, em 1931, herdeira da tradição prussiana, a Alemanha, através de seu Ministério do Interior, promulga o segundo decreto sobre o mesmo tema, um documento muito mais amplo e abrangente do que o anterior (Capron, 1997). Dessa forma, por uma ironia da história, ao eclodir a II Grande Guerra a Alemanha nazista era o único país a possuir normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, dentre as quais sobressaía-se o princípio do respeito à autonomia da pessoa.

Alguns anos após, sob o impacto dos horrores ocorridos durante o conflito mundial, a recém criada Organização das Nações Unidas edita a Declaração Universal dos Direitos do Homem, documento que visa afirmar os valores mais altos da dignidade humana (Pessini & deBarchifontaine, 1994). Anteriormente, o tribunal instalado na cidade de Nuremberg, após julgar prisioneiros alemães acusados de

crimes de guerra, contra a humanidade e contra a paz, bem como os médicos e cientistas que procederam de forma cruel ao realizar experimentos em prisioneiros, elaborara o Código de Nuremberg, marco fundamental para a realização de pesquisas com seres humanos, o qual apresenta como tema central o respeito à autonomia e à manifestação de vontade dos sujeitos de pesquisa (Annas & Grodin, 1992).

Apesar das diretrizes de Nuremberg, observou-se do pós-guerra até o final da década de 1960, a realização de um grande número de experimentos biomédicos que não primaram pela observância de princípios éticos basilares. O país líder na pesquisa científica, os Estados Unidos, era exatamente o que estava praticando os atos mais abusivos. Tais práticas já vinham ocorrendo desde antes do conflito mundial, como se constata pelo estudo de coorte da evolução natural da sífilis, realizado em Tuskegee (Lederer, 1997; Jonsen, 2000), uma comunidade rural do Alabama, e que congregara apenas pacientes negros e pobres, bem como pelos experimentos com doenças tropicais, notadamente malária, realizados com prisioneiros de Illinois, no intuito de encontrar antídotos para epidemias que devastavam as tropas aliadas no fronte do Oceano Pacífico (Rothman, 1991). Os abusos cometidos em nome da ciência foram tantos que levaram à publicação de um artigo que, talvez, tenha sido o mais importante até hoje publicado numa área de conhecimento posteriormente denominada de bioética: *Ethics and Clinical Research* (Beecher, 1966). Nesse texto, tão singelo quanto devastador, debruçando-se sobre a literatura científica que vinha sendo produzida, o autor limita-se a descrever algumas dezenas de experimentos extremamente anti-éticos e cruéis que haviam sido realizados por médicos e cientistas de reputação ilibada, em centros clínicos e em universidades as mais conceituadas e que haviam sido normalmente publicados nas

mais importantes revistas médicas internacionais¹. O efeito dessa publicação foi imediato, máxime se considerarmos o pano de fundo no qual ocorrera, o segundo lustro da década de 1960, época de contestações políticas e de mudanças de paradigmas. Poucos meses após estavam criados os *Institutional Review Boards* (comitês de ética das instituições, cuja missão seria a de avaliar e monitorar todos os experimentos com seres humanos) e despertara definitivamente a consciência da necessidade de normas explícitas e estritas regulamentando esse campo, processo legislativo este que, nas últimas três décadas, tem se aperfeiçoado continuamente.

Retroagindo-se no tempo e dirigindo-se o enfoque para o desenvolvimento da clínica psiquiátrica, é importante registrar que, em 1950, ocorre a síntese do primeiro neuroléptico, a clorpromazina, a qual dá início à moderna psicofarmacologia (Prado-Lima, 1996). Já a partir de 1952, surgem os primeiros relatos sobre a ação terapêutica da nova droga (Baldessarini, 1996). A partir de então acelera-se o conhecimento das doenças mentais, impulsionado tanto pelo desenvolvimento de critérios diagnósticos cada vez mais precisos e específicos, quanto pelos avanços da neuropsicofarmacologia e das neurociências, bem como pela criação de sofisticada tecnologia de visualização ao vivo da anatomia e do funcionamento do cérebro humano (Blend, Kovilparambil & Beristain, 1997).

O progresso obtido no campo tecnológico permite que os tratamentos ministrados sejam mais efetivos e que venham ao encontro de – ou possibilitem que surja – uma nova tendência terapêutica a partir da década de 1960: o recurso a abordagens o menos restritivas possíveis, com ênfase nos cuidados ambulatoriais e

¹ Refoge à finalidade desta revisão uma discussão sobre o artigo de Beecher. Entretanto, apenas para dar uma idéia da natureza dos “experimentos” que descreve, cite-se o seguinte: a mãe de uma menina que estava morrendo por melanoma foi convidada pela equipe médica a implantar em sua pele células cancerosas extraídas do tumor da filha. A justificativa seria a de que se pudessem observar como as células malignas se desenvolviam haveria uma melhor compreensão da doença e, por consequência, da terapêutica a ser empregada. A mãe

comunitários (Elpers, 2000). A partir daí as mudanças se sucedem em ritmo cada vez maior: por um lado as exigências políticas, expressas através da corrente denominada de antipsiquiatria e da bandeira de revalorização dos direitos humanos, que teve sua culminância durante a administração do Presidente Carter nos Estados Unidos; e, por outro, o ininterrupto desenvolvimento e aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos e terapêuticos em psiquiatria, como que a darem uma contínua resposta às novas demandas e a estimularem o seu avanço.

Os câmbios sociais e morais que se processavam passaram a interessar os filósofos contemporâneos e desenvolve-se um ramo específico da Ética moderna, denominado bioética (Potter, 1971), no início dos anos 70. Ao longo daquela década é desenvolvida a *Teoria do Princípioalismo*, a primeira formulação doutrinária sistematizada nessa matéria (Beauchamp & Childress, 1994), gestada a partir de proposta de Frankena, em 1963, em sua obra *Ethics* (Frankena, 1973) e de sua pioneira aplicação no campo da pesquisa com seres humanos através do *Belmont Report* (National Commission, 1978). Embora dirigidos a toda a área biomédica, e englobando tanto terapêutica quanto pesquisa, os *Princípios* enunciados por Beauchamp e Childress tiveram forte impacto na prática médica em geral – e psiquiátrica, em especial - posto que realçaram a necessidade de respeito à *autonomia* do paciente. Valorizou-se, então, mais ainda, a idéia de que o indivíduo que fosse sofrer uma intervenção médica deveria ser previamente esclarecido do que lhe estava sendo proposto, o porquê disso, as alternativas existentes e as conseqüências de sua opção, a qual deveria ser inteiramente respeitada (Taborda, 1996).

A questão da autonomia é um tema fundamental na abordagem do paciente psiquiátrico, principalmente no contexto de internações involuntárias, motivando intensas discussões de natureza filosófica, política e médica. Pode-se dizer

concordou com o implante. Uma semana após a menina morreu. Dezoito meses após a mãe

que esse debate compreende, simplificadaamente, dois grandes grupos: de um lado, alguns pacientes e seus advogados, apoiados por entidades de defesa dos direitos civis; do outro, profissionais de saúde mental e familiares de pacientes (Nicholson, 1986; Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997). Os argumentos brandidos variam desde o de que a internação involuntária seria uma indevida privação de um direito constitucional à liberdade (Szasz, 1972), até o de que, sob certas circunstâncias, uma pessoa necessitaria de cuidados extremos que não poderiam ser providenciados em nível ambulatorial ou comunitário e, em seu exclusivo benefício, deveria sofrer uma restrição temporária da liberdade (Appelbaum, 1985). Os primeiros estudos que versaram sobre pacientes psiquiátricos internados involuntariamente datam do início dos anos 70 e demonstraram a ocorrência da hospitalização de falsos voluntários (Gilboy & Schmidt, 1971; Szasz, 1972; Lurigio & Lewis, 1989). A esses foram contrapostos a constatação da existência de falsos involuntários (Miller, 1980), numa discussão de evidente caráter ideológico. Identificaram-se, ainda, as características sociodemográficas e a natureza da patologia dos pacientes de acordo com seu *status* legal (Gove & Fain, 1977; Nicholson, 1986). Entretanto, em que pese o *status* legal de um paciente ter importantes implicações práticas, o foco das pesquisas dirige-se, no momento, ao estudo do sentimento de estar sendo – ou de haver sido – coagido durante a hospitalização. Alguns trabalhos procuraram, então, identificar o tipo de coerção utilizado e qual a percepção que o paciente tinha do método empregado (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997; Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997). Outros compararam a percepção da equipe médica e da família com aquela manifestada pelo paciente, constatando, surpreendentemente, que muitas vezes os primeiros relatavam haver empregado um nível maior de coerção do que o efetivamente percebido pelos últimos (Hoge, Lidz, Mulvey, Roth, Bennett,

Siminoff, Arnold, & Monahan, 1993). Houve, também, autores que procuraram identificar variação no nível de coerção sentida pelos pacientes entre as primeiras horas da baixa e o momento da alta (Kane, Quitkin, Rifkin, Wegner, Rosenberg, & Borenstein, 1983; Toews, El-Guebaly, Leckie, & Harper, 1984). Procurou-se, ainda, relacionar a resposta terapêutica dos pacientes à intensidade da coerção percebida (Nicholson, Ekenstam, & Norwood, 1996), bem como esta ao método suasório empregado (Lidz, Hoge, Gardner, Bennett, Monahan, Mulvey, & Roth, 1995).

O estudo desse fenômeno, entretanto, tem enfrentado um sério obstáculo de natureza ética, bem como um viés ideológico. O problema ético diz respeito à impossibilidade de se manipular a coerção como uma variável independente mensurável através de um instrumento objetivo (Gardner, Hoge, Bennett, Roth, Lidz, Monahan, & Mulvey, 1993); o viés ideológico, ao fato de que os estudos dirigidos a identificar coerção dirigem-se exclusivamente a populações de pacientes psiquiátricos.

A questão ética já foi satisfatoriamente resolvida pelo *Working Group* responsável pelo *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* quando, ao invés de buscar medir diretamente a coerção que o paciente estaria sofrendo, buscou mensurar a coerção que estaria percebendo. De acordo com essa idéia, buscou definir *percepção de coerção* como *o oposto da percepção de autonomia do paciente*, operacionalizando-a da seguinte forma: *sentir-se coagido durante a admissão hospitalar psiquiátrica significa perceber que não se teve influência, controle, liberdade ou escolha em relação à mesma, ou que não se tomou a decisão de se hospitalizar* (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997). A partir desse conceito, através do *MacArthur Coercion Study*, desenvolveram-se uma série de instrumentos, dentre os quais o *Admission Experience Survey: Short Form (AES)*, cuja versão em português foi utilizada no presente trabalho.

Em relação ao viés ideológico, em face de que os primeiros estudos sobre coerção ocorreram num contexto político em que se defrontavam críticos e defensores do modelo de atenção psiquiátrica então vigente, pode-se considerar natural que os diversos investigadores do tema tenham dado prioridade ao estudo da coerção exatamente sobre essa classe extremamente vulnerável de pacientes, os doentes mentais. Entretanto, aceitando-se a definição de percepção de coerção proposta pelo *Working Group* da *MacArthur Foundation*, forçoso é reconhecer que todos os fatores ali identificados podem estar presentes também durante uma hospitalização não psiquiátrica, limitando e interferindo na tomada autônoma de decisão por parte de pacientes cirúrgicos ou clínicos. Será, então, que o sentir-se coagido quando se é hospitalizado é um sentimento exclusivo de pacientes psiquiátricos? A demonstrar a força desse viés, constata-se que são raros os estudos que se detêm sobre esse tema (Wagener & Taylor, 1986) e, nenhum, explicitamente, aborda a questão da “voluntariedade” da internação não psiquiátrica.

Além disso, os pontos de vista dos pacientes psiquiátricos, embora fundamentais nessa discussão, são insuficientes por si sós para gerar uma política definitiva sobre o assunto. Muitos pacientes psiquiátricos apresentam transtornos cognitivos no momento da admissão hospitalar ou podem ter importantes prejuízos em sua capacidade de entender o significado de condutas coercitivas ou de evocá-las de uma forma não distorcida. Assim, considerando-se a definição de *percepção de coerção* acima exposta, estudos sobre coerção praticadas em outras formas de tratamento poderiam ser elucidativos, já que poderia haver alguma similaridade entre os procedimentos tomados durante as admissões hospitalares de natureza psiquiátrica e as de natureza não-psiquiátrica, principalmente nas situações que envolvessem cuidados a pacientes dependentes químicos (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey, 1995). Nessa linha, Taylor e colaboradores

avaliaram “percepções de controle” em contexto médico não psiquiátrico e observaram que os pacientes que tinham maior “controle” de alguns aspectos de sua doença (seja sintomas ou curso, seja decisões sobre tratamento) ajustavam-se melhor à enfermidade do que aqueles que se acreditavam desprovidos de qualquer poder (Taylor, Hegelson, Reed, & Skokan, 1991; Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey, 1995).

Há diversos fatores clínicos que podem afetar a “percepção de coerção” de um determinado paciente, embora não se tenha ainda identificado características demográficas, sociais ou clínicas que possam discriminar claramente pacientes voluntários de involuntários (Tremblay, King, & Baines, 1994). Os pacientes psiquiátricos com comorbidade, especialmente abuso ou dependência química, são pessoas com grande risco de se envolverem em situações que levem a violência (Hiday, 1995). Dessa forma, podem mais facilmente entrar em conflito com autoridades e resistir à hospitalização, tornando-se mais propensos a referir que sofreram pressões negativas e a avaliar o processo de hospitalização como injusto e excludente, ao passo que, aqueles com níveis mais elevados de sintomatologia psiquiátrica geral, poderiam concordar mais facilmente com a internação, tornando-se, assim, menos aptos a perceberem força e coerção (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997).

Finalmente, é importante enfatizar que as percepções de coerção dos pacientes podem afetar suas atitudes em relação ao tratamento subsequente e interferir em sua vontade de aderir ao plano terapêutico traçado (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey 1995; Nicholson, Ekenstam, & Norwood, 1996; Kane, Quitkin, Rifkin, Wegner, Rosenberg, & Borenstein, 1983; Toews, El-Guebaly, Leckie, & Harper, 1984).

No presente trabalho, desvia-se o foco de atenção tradicionalmente dirigido aos pacientes psiquiátricos e se o reorienta em direção a pacientes cirúrgicos e clínicos, indagando-se sobre seu *status libertatis* e o respeito a sua autonomia.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

GERAL

- Estudar o grau e a forma de coerção percebidos por pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no momento da hospitalização.

ESPECÍFICOS

- Descrever e comparar as características sociodemográficas dos pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos, tanto voluntários quanto involuntários, internados no HCPA.

- Medir e comparar o nível de coerção sentida por pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos, voluntários e involuntários, internados no HCPA.

- Avaliar a relação entre sintomas psiquiátricos gerais e estado cognitivo com a percepção de coerção entre pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos, voluntários e involuntários, internados no HCPA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, S.T. (1980). *História da Psiquiatria*. 2ª ed. São Paulo: IBRASA.
- ANNAS, G.J. & GRODIN, M.A. (1992). *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*. New York: Oxford University Press.
- APPELBAUM, P.S. (1985). *Tarasoff* and the clinician: Problems on fulfilling the duty to protect. *Am J Psychiatry*, 142, 425-429.
- BALDESSARINI, R.J. (1996). Drugs and the treatment of psychiatric disorders. In: J.G. HARDMAN & L.E. LIMBIRD (Eds.), *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics* (9th ed., pp. 399-430). New York: McGraw-Hill.
- BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed. New York: Oxford University Press.
- BEECHER, H.K. (1966). Ethics and clinical research. *New England J Med*, 274, 1354-1360.
- BLEND, M.J., KOVILPARAMBIL, A., & BERISTAIN, X. (1997). Functional brain imaging. In: T.H. JOBE, M. GAVIRIA, & A. KOVILPARAMBIL (Eds.), *Clinical Neuropsychiatry* (pp. 42-55). Malden: Blackwell.
- BRASIL. (2001). Lei Nº 10.216/01 (Dispõe Sobre a Proteção e os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental). *Diário Oficial da União*, 09/abr/2001.

- CAPRON, A.M. (1997). Human experimentation. In: R.M. VEATCH (Ed.), *Medical Ethics* (pp. 135-184). 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- ELPERS, J.R. (2000). Public psychiatry. In: B.J. SADOCK & V.A. SADOCK (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th ed., pp. 3185-3199), Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- FRANKENA, W. (1973). *Ethics*. 2nd ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- GARDNER, W., HOGE, S.K., BENNETT, N., ROTH, L.H., LIDZ, C.W., MONAHAN, J., & MULVEY, E.P. (1993). Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law*, 11, 307-321.
- GILBOY, J. & SCHMIDT, J. (1971). "Voluntary" hospitalization of the mentally ill. *Northwest Univ Law Rev*, 66, 429-453.
- GOVE, W.R. & FAIN, T. (1977). A comparison of voluntary and committed psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*, 34, 669-676.
- HIDAY, V.A. (1995). The social context of mental illness and violence. *J Health Soc Behav*, 36, 122-137.
- HIDAY, V.A., SWARTZ, M.S., SWANSON, J., & WAGNER, H.R. (1997). Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*, 20, 227-241.
- HOGE, S.K., LIDZ, C.W., EISENBERG, M., GARDNER, W., MONAHAN, J., MULVEY, E., ROTH, L., & BENNETT, N. (1997). Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int J Law Psychiatry*, 20, 167-181.
- HOGE, S.K., LIDZ, C.W., MULVEY, E., ROTH, L., BENNETT, N., SIMINOFF, L., ARNOLD, R., & MONAHAN, J. (1993). Patient, family, and staff perceptions of coercion in mental hospital admission: An exploratory study. *Behav Sci Law*, 11, 281-293.

- JONSEN, A.R. (2000). *A Short History of Medical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- KANE, J.M., QUITKIN, F., RIFKIN, A., WEGNER, J., ROSENBERG, G., & BORENSTEIN, M. (1983). Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 374-377.
- LEDERER, S.E. (1997). *Subjected to Science: Human Experimentation in America Before the Second World War*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- LIDZ, C.W., HOGE, S.K., GARDNER, W., BENNETT, N., MONAHAN, J., MULVEY, E.P., & ROTH, L.H. (1995). Perceived coercion in mental hospital admission. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1034-1039.
- LIDZ, C.W., MULVEY E.P., HOGE, S.K., KIRSCH, B.L., MONAHAN, J., BENNETT, N., EISENBERG, M., GARDNER, W., & ROTH, L.H. (2000). Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand*, 101, 73-79.
- LURIGIO, A.J. & LEWIS, D.A. (1989). Worlds that fail: A longitudinal study of urban mental patients. *J Soc Issues*, 45, 79-90.
- MILLER, R.D. (1980). Voluntary "involuntary" commitment: The briar-patch syndrome. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 8, 305-12.
- MONAHAN, J., HOGE, S.K., LIDZ, C., ROTH, L.H., BENNETT, N., GARDNER, W., & MULVEY, E. (1995). Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*, 18, 249-263.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. (1978). *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington, DC: DHEW Publication (OS) 78-0012.
- NICHOLSON, R.A., EKENSTAM, C., & NORWOOD, S. (1996). Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiatry*, 19, 201-217.

- NICHOLSON, R.A. (1986). Correlates of commitment status in psychiatric patients. *Psychol Bull*, 100, 241-250.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1990). Declaração de Caracas. In: *Conferência Sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina*. Caracas, 14/nov/1990.
- PESSINI, L. & deBARCHIFONTAINE, C. deP. (1994). *Problemas Atuais em Bioética*. 2ª ed. São Paulo: Loyola.
- POTTER, V.R. (1971). *Bioethics: a Bridge to the Future*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- PRADO-LIMA, P. (1996). Princípios de psicofarmacologia. In: J.G.V. TABORDA, P. PRADO-LIMA, & E.A. BUSNELLO, *Rotinas em Psiquiatria* (pp. 240-271). Porto Alegre: Artes Médicas.
- ROTHMAN, D.J. (1991). *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. New York: Basic Books.
- SZASZ, T.S. (1972). Voluntary mental hospitalization: An unacknowledged practice of medical fraud. *New England J Med*, 287, 277-278.
- TABORDA, J.G.V. (1996). Psiquiatria legal. In: J.G.V. TABORDA, P. PRADO-LIMA, & E.A. BUSNELLO, *Rotinas em Psiquiatria* (pp. 280-296). Porto Alegre: Artes Médicas.
- TAYLOR, S., HELGESON, V., REED, G., & SKOKAN, L. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *J Soc Issues*, 47, 91-109.
- TOEWS, J., EL-GUEBALY, N., LECKIE, A., & HARPER, D. (1984). Patients' attitudes at the time of their commitment. *Can J Psychiatry*, 29, 590-595.
- TREMBLAY, P.F, KING, P.R., & BAINES, G.R. (1994). Clinical and demographic characteristics of voluntary and involuntary psychiatric inpatients. *Can J Psychiatry*, 39, 297-299.

- VOLLMANN, J. & WINAU, R. (1996). Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code. *Br Med J*, 313, 1445-1447.
- WAGENER, J.J. & TAYLOR, S.E. (1986). What else could I have done? Patients' responses to failed treatment decisions. *Health Psychol*, 5, 481-496.

ARTIGO EM INGLÊS

**Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical)
inpatients**

José G. V. Taborda, MD, MSc^{1,*}

João Paulo Baptista²

Denise A. R. Gomes²

Luciano Nogueira²

Márcia Lorena Fagundes Chaves, MD, PhD³

- 1) Assistant Professor, Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Federal School of Medical Sciences of Porto Alegre – Porto Alegre, RS, Brazil
- 2) Universidade Federal do Rio Grande do Sul School of Medicine – Porto Alegre, RS, Brazil
- 3) Associate Professor, Internal Medicine Department, Universidade Federal do Rio Grande do Sul School of Medicine – Porto Alegre, RS, Brazil

*) Corresponding Author:

José G. V. Taborda

Rua Bororo, 55

91900-540 - Porto Alegre, RS - Brazil

Phone-fax: +55-51-32689694

e-mail: jose@taborda.med.br

Running Title: Perception of coercion

Submitted to The International Journal of Law and Psychiatry

Abstract

Two hundred and five inpatients were cross-sectionally evaluated in a large university hospital for the assessment of feelings of coercion at hospitalization. The sample comprised 64 psychiatric, 58 surgical, and 83 medical patients, either involuntary or voluntary. The psychiatric patients' voluntariness was determined by their legal status, whereas the surgical and medical patients by the elective or emergencial character of their hospitalization. The former group was younger, presented higher educational level, and higher SRQ scores than the other groups of patients. All groups presented similar cognitive performance. The MacArthur Admission Experience Survey: Short Form and its related scales were applied to all patients. Psychiatric patients, either involuntary or voluntary, presented undoubtedly more perceived coercion than the others. Surgical and clinical patients did not differ on perceptions of coercion. However, nonpsychiatric patients also showed some levels of coercion and this fact could deserve the attention of bioethicists as well. The logistic regression analysis showed association of involuntary hospitalization with higher perceived coercion scores, and worst cognitive performance.

Introduction

Involuntary hospitalization and coercion during psychiatric admissions have been under debate for many years (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey, 1995; Lidz, Mulvey, Hoge, Kirsch, Monahan, Bennett, Eisenberg, Gardner, & Roth, 2000). From Pinel's historical attitude of unchaining asylum inmates (Alexander & Selesnick, 1980) to our days, the mental hospitalization against the expressed wishes of a patient continues to be controversial. On the one hand, patients and their lawyers supported by civil rights entities have forced for the abolition of commitment or at least for a narrowing of the involuntary hospitalization criteria; on the other hand, mental health professionals and family groups have equally lobbied for the maintenance of civil commitment (Nicholson, 1986; Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997).

In the empirical literature on civil commitment, the existence of coercion had been assumed inherent in the process while the focus has been on other components of commitment such as characteristics of actors and rates of commitment. With few exceptions, researchers equated the legal category of involuntary patient with coercive practices. However, equating coercion with involuntary commitment prevent the observation of other coercive pressures when patients are hospitalized (Hiday, 1992; Lidz, Mulvey, Arnold, Bennet, & Kirsch, 1993). The distinction of involuntary from voluntary admissions made by the State is a legal issue. However, coercion may occur in the absence of legal involuntary status, i.e., coercion in other forms may be applied on voluntary patients (Gilboy & Schmidt, 1971; Szasz, 1972; Lurigio & Lewis, 1989), while involuntary hospitalization may be imposed in the absence of coercive measures such as physical force or treatment (Miller, 1980; Bradford, McCann, & Merskey, 1986). In summary, a significant portion of formally committed patients did not feel coerced ("false involuntary") and a proportion of legally voluntary patients felt coerced ("false

voluntary”) (Lidz, Hoge, Gardner, Bennett, Monahan, Mulvey, & Roth 1995). Therefore, several studies suggested that patient's perceptions of coercion do not always match their legal status (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey 1995; Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997; Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997).

If formal legal status is at best an imperfect concept for describing the patients' experience of being coerced, the best existing source of information on the role of coercion in mental hospital may be those studies that have sought the views of patients themselves on the experience of their hospital admission. Although operational definitions of perceived coercion have varied greatly across studies, most seem to have adopted some variant of patients' beliefs that they are not free to refuse mental hospital admission (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997). The most recent studies have focused on the identification of this perception of being – or have been – coerced during hospitalization (Monahan, Lidz, Hoge, Mulvey, Eisenberg, Roth, Gardner, & Bennett, 1999). The significant studies of Hoge, Lidz, Mulvey, Roth, Bennett, Siminoff, Arnold, & Monahan (1993), and Bennett, Lidz, Monahan, Mulvey, Hoge, Roth, & Gardner (1993) observed that patients, staff, and family members had different, role-dependent perspectives on the use of coercion in the admission process (e.g., contrary to expectations, patients reported less “pressure” to be admitted to the hospital than staff and family members actually reported). Another study from the MacArthur Research Network on Mental Health and Law (Gardner, Hoge, Bennett, Loren, Roth, Lidz, Monahan, & Mulvey, 1993) generated psychometric measures of perceived coercion that have been used in a number of ongoing investigations and have the potential to allow comparisons of perceived coercion to be made across different treatment settings (Lidz, Hoge, Gardner, Bennett, Monahan, Mulvey, & Roth, 1995; Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997), the

Admission Experience Interview (AEI), and the Admission Experience Survey: Short Form (AES), whose Portuguese version was utilized in the present work.

Patients' perceptions of coercion in admission may affect their attitudes toward subsequent treatment, including their inclinations to adhere to treatment plans (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey 1995; Nicholson, Ekenstam, & Norwood, 1996; Kane, Quitkin, Rifkin, Wegner, Rosenberg, & Borenstein, 1983; Toews, El-Guebaly, Leckie, & Harper, 1984). However, the perspectives of psychiatric patients, while crucial to any discussion of coercion, are not sufficient for the generation of policy. Many psychiatric patients are cognitively disordered at the time of admission and may have impaired ability to perceive coercive interactions, to understand the significance of events, or recall interactions in an undistorted fashion. Thus, taking the MacArthur Research Network on Mental Health and Law working group definition of perception of coercion – feeling forced in mental hospital admission means perceiving that one does not have influence, control, freedom, or choice or does not make the decision to enter the hospital (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997) – perhaps being coerced into a mental hospital is similar to being coerced into other forms of treatment. If so, studies on coercion to other forms of treatment may be elucidative; or the procedures by which contested mental hospital admission are accomplished may be comparable to the procedures by which other forms of dispute are resolved, since they may bear analogy to coercion to enter other types of health care facilities, particularly those providing treatment for alcohol, drug, or nonpsychiatric medical problems (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey, 1995; Sallmen, Berglund, & Bokander, 1998; Wild, Newton-Taylor, & Alletto, 1998). So, Taylor and co-workers evaluated “perceptions of control” in nonpsychiatric medical context and observed that most of the patients that have some control over aspects of their illnesses (symptoms, course, treatment) adjust to those illnesses better

than patients who believe they are helpless (Taylor, Hegelson, Reed, & Skokan, 1991; Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey, 1995).

Other clinical factors may also affect perceptions of coercion; however, demographic, social and clinical characteristics have not clearly discriminated between voluntary and involuntary inpatients (Tremblay, King, & Baines, 1994). Psychiatric patients with comorbidity, especially substance abuse/dependence or disorder of personality, are individuals at greater risk for creating tense situations that lead to violence (Hiday, 1995). Such patients are more likely to have come into conflict with authority and are more likely to resist hospitalization; thus, they are more likely to experience negative pressures, evaluate the commitment process as unfair, and excludent; whereas those with high levels of symptomatology in general may be more acquiescent to hospital admission, and thus be less likely to perceive force and coercion (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997).

The main objective of the present study was the assessment of perceptions of coercion among psychiatric and nonpsychiatric (surgical and medical) patients after admission. The hypotheses under investigation were: a) level of perceived coercion of psychiatric patients are higher of that perceived by nonpsychiatric (surgical and medical) patients; b) perceived coercion among nonpsychiatric patients is more dependent on the admission procedures (decision-making process) than psychiatric; c) involuntary patients, independent on patient origin (psychiatric, surgical, medical), present higher levels of perceived coercion than voluntary patients; and d) levels of general psychiatric symptoms and cognitive status affect perception of coercion.

Patients and Methods

A cross-sectional study was carried out during a 12-month period, in a large University Hospital, after approved by the Research Ethics Committee.

Psychiatric patients were classified as involuntary or voluntary based on their initial admission legal status. Surgical and medical patients were classified as involuntary or voluntary based on the emergent (life-threatening conditions) or elective character of the hospitalization, i.e., on how patients believed that they had some control over aspects of their illnesses and participated on the treatment decision-making. Subjects were recruited in a university hospital that serves as the point of entry to community-based psychiatric services in an urban setting. The evaluating physician might be a resident, a staff, or a professor of the psychiatric department. For the investigation, psychiatric and nonpsychiatric patients characterize the variable "unit of hospitalization", and involuntary/voluntary admission will be treated as "status of hospitalization".

All participants were newly admitted patients. Subjects were interviewed within one day of admission and after had given consent to participate in the study. Research assistants (medical students) carried out interviews after trained for the administration of the instruments used in the present study. Eligible patients were identified from daily hospital records.

The sample consisted of 205 hospitalized patients, of both sexes, comprising 64 psychiatric patients, 58 surgical patients and 83 medical. Inclusion criteria were patients admitted to the psychiatric, surgical and medical units with age between 20 and 55 years old, interviewed within the first 24 hours following admission. Illiteracy, alterations of level of consciousness, dementia, and obstetric patients were exclusion.

Measures

Each patient was administered the *MacArthur Admission Experience Interview: Short Form (AES)* (Gardner, Hoge, Bennett, Roth, Lidz, Monahan, & Mulvey, 1993), a structured interview with questions that focused on the patients' perceptions of (1) coercion in the decision to be admitted, (2) the nature of any pressures brought to bear on them to be hospitalized, and (3) the ways they were treated by others during the process of coming to the hospital and being admitted. The AES is a 15-item instrument composed of the subscales: Perceived Coercion Scale (PCS), the Negative Pressures Scale (NPS), and the Procedural Justice Scale (PJS). The item Affective Reactions to Hospitalization (ARS) was also analyzed as a subscale.

Since patients' perceptions of coercion may also be a product of mental disorder (Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997), the possible link between symptoms of mental disorder and perceptions of coercion deserves exploration. For this purpose, a screening test for rates of general psychiatric symptoms, the WHO's Self-Reported Questionnaire (SRQ), was applied (Fagundes, 1981; Harding, Climent, Diop, Giel, Ibrahim, Murthy, Suleiman, & Wig, 1983). The application of cutoffs allows identification of positive (suspected) cases of psychiatric disorder. Cutoffs are 7 for men, and 8 for women (Busnelo, Lima, & Bertolote, 1983; Mari & Williams, 1986).

Many psychiatric patients may be cognitively disordered at the time of admission and may have impaired ability to perceive coercive interactions, to understand the significance of events, or recall interactions in an undistorted fashion. In order to evaluate the cognitive performance of the participants the Mini Mental State Examination (MMSE) was used (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Chaves & Izquierdo, 1992).

Demographic characteristics (age, sex, education, marital status and social class) were collected by means of a questionnaire. Social level was estimated

according to the standard socioeconomic measure often used in Brazil, the Socioeconomic Scale of the Brazilian Association of Institutes of Market Research (Galduróz, Noto, & Carlini, 1997).

Statistical analysis

Descriptive analysis was carried out for all variables. Absolute and relative frequencies are presented for categorical variables, and mean \pm standard deviation for parametric and ordinal data. One-way ANOVA with Tukey as *post-hoc* test, and multivariate procedures of ANOVA as covariation and fixed factor control when needed were used for parametric comparisons for the 3 level factor (psychiatric, surgical, medical), while the Kruskal-Wallis ANOVA was used for nonparametric data. The Student's t-test and the Mann-Whitney U-test were applied for the two level factor (psychiatric, nonpsychiatric) comparisons, for parametric and nonparametric variables, respectively. The Chi-square test with Yates correction was used for categorical data (analysis of proportions between groups) (Norusis, 1985). Variables were submitted to a pegboard test (normal probability plot) before analyzed by parametric or nonparametric analyses.

A multiple stepwise logistic regression analysis was used to identify the significant predictors for the occurrence of the outcomes. The model allows the calculation of a coefficient for each variable in the equation expressing "weights" for the outcome (unit or status of hospitalization, and perceived coercion). Presence of coercion was obtained by the application of the cutoff 2 to the PCS (Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997). The logistic regression parameters B (coefficient of regression), OR (odds ratio) and confidence limits of 95% (Fleiss, 1986) are displayed on tables. The level of significance of 0,05 was adopted for

statistical significance. All procedures were performed by the Statistical Package for the Social Sciences software, SPSS PC+ (Norusis, 1985).

Sample size, and study power were calculated based on a pilot study carried out with 25 patients (psychiatric, surgical and medical), with the EpilInfo Software, version 6.04. Sample size was calculated with $\alpha = 5\%$, $\beta = 20\%$ and a ratio non-exposed/exposed of 2:1. Presence of perceived coercion among the non-exposed subjects, i.e., voluntary patients, was of 10%, and among exposed subjects, involuntary patients, of 30%.

Results

Of the 205 patients, 78 (38%) were involuntary (28 psychiatric, 19 surgical and 31 medical) and 141 (62%) were voluntary (36 psychiatric, 39 surgical and 52 medical). The demographic characteristics of patients are displayed on Table 1. Psychiatric patients were significantly younger, higher educated than nonpsychiatric patients, and more not married/cohabiting than nonpsychiatric patients. Sex, social class, and performance on the MMSE were similar among psychiatric, and nonpsychiatric patients. Surgical and medical patients, as well as involuntary and voluntary participants, did not present demographic differences. Psychiatric diagnoses were diverse, and 44% of the psychiatric patients were involuntarily committed.

Table 2 shows the results of the Admission Experience Survey: Short Form (AES) and of the perceived coercion (PCS), negative pressures (NPS), procedural justice (PJS) and affective reactions (ARS) subscales. Psychiatric patients (involuntary and voluntary) reached significantly higher scores in all coercion scales than surgical and medical patients, while these presented similar levels of coercion (ANOVA, Kruskal-Wallis test). Psychiatric patients presented higher SRQ scores (mean \pm s.d., 9.64 ± 5.29) than medical and surgical ones (4.28 ± 3.34 , and $5.73 \pm$

4.66, respectively) ($p < 0.000$). They showed, as expected, more positive cases (60.9%) when the SRQ cutoffs were applied than the nonpsychiatric patients (25.5%) ($\chi^2 = 22.283$; $p < 0.000$). For the multivariate analysis of the coercion scales, only the control variables (age, sex, education, marital status, cognitive performance, and general psychiatric symptoms) that showed significant differences among the studied groups were included in the models. Following the age, education, marital status, and general psychiatric symptoms controlled analyses, psychiatric patients presented significantly higher AES scores than nonpsychiatric ones ($p < 0.000$).

Figure 1 shows the scores distribution presented by psychiatric and nonpsychiatric patients on PCS, NPS, PJS and ARS scales. Most nonpsychiatric patients did not show any perceived coercion (51%), negative pressures (81%), unfairness (76%), and unpleasant affective reactions (40%) since their scores were zero. However, unpleasant affective reactions were important for 41%, perceptions of coercion for 22%, and negative pressures and unfairness for 4% of them (scores ≥ 2). Figure 2 shows the scores distribution presented by involuntary and voluntary patients on PCS, NPS, PJS and ARS scales.

The involuntary patients (psychiatric and nonpsychiatric together) presented significantly higher scores in all coercion scales than those of the patients who were admitted to hospital voluntarily (Table 2). No multivariate analysis for the control of potential confounders (demographic, cognitive performance, and general psychiatric symptoms) was carried out because these variables presented similar distribution between the involuntary/voluntary groups (Table 1). The same analysis within nonpsychiatric patients did not show differences between the involuntary/voluntary groups (Table 3).

A backwards stepwise logistic regression model was carried out to assess predictors (independent variables) for the outcome (dependent variable)

nonpsychiatric/psychiatric, voluntary/involuntary, or presence of coercion. For the outcome unit of hospitalization (nonpsychiatric X psychiatric), baseline predictors included demographic variables (age, sex, education, social class), clinical features (general psychiatric symptoms, and cognitive function), coercion scales (perceived coercion, negative pressures, procedural justice, affective reactions), and the status of hospitalization (voluntary, involuntary). The final model kept the following variables: AES, SRQ, education and NPS (Table 4). The analysis showed that the odds of being a psychiatric admission were significantly higher among patients presenting scores at or above a particular level in the short form of the MacArthur Admission Experience Survey. Each unit added in the score increases the probability in 1.45 for a psychiatric admission. Higher education (OR = 1.25), more general psychiatric symptoms (OR = 1.31), and higher scores of negative pressures (OR = 1.81) were also associated with psychiatric admission.

For the outcome status of hospitalization (voluntary X involuntary), in the whole sample, baseline predictors were the same, but assuming unit of hospitalization as independent (Table 5). The final model kept the variables perceived coercion and cognitive function (MMSE). The probability of an involuntary admission was increased in the presence of higher scores of perceived coercion (OR = 1.59), and was lowered by higher MMSE scores (OR = 0.9). For psychiatric patients alone, the same logistic model kept the variables PCS, MMSE and age in the final equation. Probability of commitment was higher with higher perceived coercion, lower MMSE score, and younger patients. For nonpsychiatric patients alone, the final model showed the variable MMSE. Better cognitive condition increased the odds of voluntary hospitalization.

For the outcome presence of feelings of coercion (not coerced X coerced), the variables affective reactions (B = 0.30; OR = 1.36; IC95% = 1.1028-

1.6671; $p = 0.004$) and procedural justice ($B = 1.15$; $OR = 3.15$; $IC95\% = 1.9642-5.0630$; $p = 0.000$) were kept in the final equation.

Discussion

We evaluated feelings of coercion, pressures and fairness during hospital admission from psychiatric, surgical and medical inpatients. Understanding how patients perceive the process and the procedures of hospitalization may be extremely important for a successful treatment especially when data have been gathered from multiple sources (Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997). The present study observed considerable variation in patient perceptions of coercion among voluntary psychiatric patients, among surgical and medical patients (either involuntary or voluntary), and even among the involuntary psychiatric members of the sample. This variation has been already shown in previous investigations (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997; Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997). The scores of psychiatric patients indicated increased levels of perceived coercion; however, the number of patients who perceived little or no coercion was similar to those who reported higher levels of coercion. Our distribution on this variable was similar to those reported by Gardner, Hoge, Bennett, Roth, Lidz, Monahan, & Mulvey (1993) and Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner (1997). The sample of Gardner and co-workers' study had a majority of voluntary patients, and the work of Hiday and associates had only involuntary patients. As with perceived coercion, considerable variation existed across the full range of the negative pressures, procedural justice, and affective reactions scales.

Psychiatric patients presented significantly higher scores in all scales than nonpsychiatric ones, and within the mentally ill individuals, those involuntarily hospitalized felt themselves more coerced during admission. This was not observed

among nonpsychiatric patients. Surgical and medical patients, independent of status of hospitalization, presented similar feelings of coercion, pressures and fairness during admission, suggesting that they were a homogeneous group as far as the restrictions on autonomy they suffered are concerned. This result was, to a certain point, surprising, considering the adopted definition for involuntary hospitalization, which was based on the urgent or emergent character of admissions. These patients presented more severe illnesses and could not take part, freely, in the decision-making process for either hospitalization or treatment. Other factors than those taken into consideration in this study may also have affected the results. Cognitive distortion might lead patients to minimize their own responsibility for the decision making, or consider that nothing could be done in a different way since there would be no other alternative (Wagener & Taylor, 1986). Another aspect is the survival threat imposed by the conditions these patients presented and, of course, the fear of death. In this situation, the patient could feel discouraged to make decisions on his/her own. Hospitalization usually disrupts a person's privacy, autonomy, life style, roles, and finances. Patients can experience anxiety related to future uncertainties, insufficient information, exposure to hospital rumors, and anticipated pain.

Many nonpsychiatric patients presented very low or no score in the scales, however, a good number showed some degree of coercion and negative pressures, of inequality of procedures during admission, and particularly unpleasant affective reactions. One-fifth (22%) of them presented PCS scores ≥ 2 , and 49% ≥ 1 . Affective reactions were mainly unpleasant – 41% with score ≥ 2 , and 17.5%, ≥ 3 . High levels of dissatisfaction for hospitalization might also be expected from nonpsychiatric patients. Psychiatric patients presented very high scores in all MacArthur scales, mainly in PCS (61% ≥ 2) and ARS (81% ≥ 2). However, 39% of our sample of psychiatric patients (44% involuntary) reported very little or no coercion, 54.5% very

little or no negative pressures, and 62.5% very little or no inequity, indicating, as previously written by Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner (1997), “that the process of civil commitment does not necessarily involve the stereotypical picture of a resisting mental patient being dragged into a mental institution”.

There was a significant difference in the way psychiatric patients experienced hospitalization, since they were younger, more educated, and reported more negative pressures than the nonpsychiatric ones. On one hand, lower age is associated to psychiatric hospitalization, because the most prevalent and severe psychiatric disorders occur between the second and the fourth decades of life (Robins, Locke, & Regier, 1991), and the probability of surgical and medical complications increases with age. On the other hand, younger and more educated individuals could be more sensitive to pressures and could react emotionally.

The analysis of baseline predictors for psychiatric/nonpsychiatric hospitalization (demographic information, clinical features, MacArthur scales, and status of hospitalization) showed association with general levels of coercion (AES), negative pressures (NPS), general psychiatric symptoms (SRQ), and educational attainment. The probability of a psychiatric admission was significantly higher among patients presenting scores at or above a particular level in the short form of the MacArthur Admission Experience Survey and in the NPS, with higher educational attainment, and more general psychiatric symptoms.

The probability of an involuntary admission rose in the presence of higher scores of perceived coercion, and worst cognitive status. For psychiatric patients alone, probability of commitment was higher with higher perceived coercion, worst cognitive performance, and among younger patients. Lidz, Mulvey Hoge, Kirsch, Monahan, Eisenberg, Gardner, & Roth (1998), however, did not find correlation between demographic variables and perception of coercion in psychiatric patients,

except for race: African-American patients felt less coerced. In the present study, for nonpsychiatric patients alone, higher probability of involuntary hospitalization was observed for those with lower cognitive scores.

Commitment, according to our findings and to previous reports (Nicholson, 1986), was negatively associated to patients' cognition, as measured by the MMSE. The logistic regression analysis showed association of this variable with status of hospitalization (voluntariness) for the whole sample and for psychiatric or nonpsychiatric patients separately. The higher the performance on the MMSE, the greater the probability of voluntary admission. On the other hand, higher perceived coercion was significantly associated to involuntary patients. This result was observed for the whole sample and for psychiatric patients alone. Age showed a similar predictive value as the cognitive status (MMSE). The higher the age, the greater the probability of voluntary admission for psychiatric patients. Both age and cognition presented a protective effect for voluntariness. The association between younger age and involuntary psychiatric hospitalization has been already reported in the literature (Tremblay, King, & Baines, 1994), although opposite findings have also been observed (Nicholson 1986). Patients who were in better cognitive condition may have correctly assessed their medical situation, better accepted the hospitalization, and consequently felt less coerced. On the other hand, higher general psychiatric symptoms (SRQ) did not show significant association to the outcome voluntariness, for either psychiatric patients or nonpsychiatric ones. Among nonpsychiatric patients, cognitive status was the only variable associated to status of hospitalization. The higher the MMSE scores, the greater the probability of voluntary admission.

For the outcome presence of coercion, our results also showed that the feeling of being coerced may be associated with higher scores of procedural justice (PJS) and with higher scores of affective reactions (ARS), that is, feelings of coercion

are a function of fairness lack and of unpleasant feelings regarding the hospitalization. This is an important finding that corroborates those demonstrated by previous studies (Lidz, Hoge, Gardner, Bennett, Monahan, Mulvey, & Roth, 1995; McKenna, Simpson, Coverdale, & Laidlaw, 2001). It reinforces the idea that, if the medical staff improves the skills of listening to patients' arguments, and considers them, this would lessen the patients' feelings of coercion.

Finally, we should emphasize that this is one of the few studies that has focused on perception of coercion on surgical and medical patients and compared to psychiatric ones. The study limitations, as the relatively small size of sample, may have not affected the findings. The investigation was based on admissions to only one hospital, and data were gathered from the patients' point of view without interference of family members or hospital staff. Despite the efforts to attenuate patients' feelings of coercion and being oppressed by the medical decisions, according to most findings in the literature, the subject still deserves future investigations.

References

- ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, S.T. (1980). *História da Psiquiatria*. 2ª ed. São Paulo: IBRASA.
- APPELBAUM, P.S. (1985). *Tarasoff* and the clinician: Problems on fulfilling the duty to protect. *Am J Psychiatry*, 142, 425-429.
- BENNETT, N., LIDZ, C., MONAHAN, J., MULVEY, E., HOGE, S., ROTH, L., & GARDNER, W. (1993). Inclusion, motivation, and good faith: The morality of coercion in mental hospital admission. *Behav Sci Law*, 6, 559-566.
- BRADFORD, B., MCCANN, S., & MERSKEY, H. (1986). A survey of patients' attitudes towards their commitment. *Psychiatr J Univ Ottawa*, 11, 162-165.
- BUSNELLO, E., LIMA, B., BERTOLOTE, J.M. (1983). Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico: Tópicos psiquiátricos e psicossociais na Vila São José do Murialdo. *J Bras Psiq*, 32, 207-210.
- CHAVES, M.L.F. & IZQUIERDO, I. (1992). Differential diagnosis between dementia and depression: A study of efficiency increment. *Acta Neurol Scand*, 85, 378-382.
- FAGUNDES, S.M. (1981). Estudo de um instrumento de triagem de doenças mentais em adultos elaborado pela OMS, em vila da periferia da capital. *Arquivos da Clínica Pinel*, 7, 18-24.
- FLEISS, J.L. (1986). *The Design and Analysis of Clinical Experiments*. New York: Wiley.
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., & MCHUGH, P.R. (1975). "Mini mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res*, 12, 189-198.

- GALDURÓZ, J.C.F., NOTO, A.R., & CARLINI, E.A. (1997). *IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas Entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- GARDNER, W., HOGE, S.K., BENNETT, N., ROTH, L.H., LIDZ, C.W., MONAHAN, J., & MULVEY, E.P. (1993). Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law*, 11, 307-321.
- GILBOY, J. & SCHMIDT, J. (1971). "Voluntary" hospitalization of the mentally ill. *Northwest Univ Law Rev*, 66, 429-453.
- GOVE, W.R. & FAIN, T. (1977). A comparison of voluntary and committed psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*, 34, 669-676.
- HARDING, T.W., CLIMENT, C.E., DIOP, M., GIEL, R., IBRAHIM, H.H., MURTHY, R.S., SULEIMAN, M.A., & WIG, N.N. (1983). The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *Am J Psychiatry*, 140, 1474-1480.
- HIDAY, V.A. (1992). Coercion in civil commitment: Process, preferences, and outcomes. *Int J Law Psychiatry*, 15, 359-377.
- HIDAY, V.A. (1995). The social context of mental illness and violence. *J Health Soc Behav*, 36, 122-137.
- HIDAY, V.A., SWARTZ, M.S., SWANSON, J., & WAGNER, H.R. (1997). Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*, 20, 227-241.
- HOGE, S.K., LIDZ, C.W., EISENBERG, M., GARDNER, W., MONAHAN, J., MULVEY, E., ROTH, L., & BENNETT, N. (1997). Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int J Law Psychiatry*, 20, 167-181.

- HOGE, S.K., LIDZ, C.W., MULVEY, E., ROTH, L., BENNETT, N., SIMINOFF, L., ARNOLD, R., & MONAHAN, J. (1993). Patient, family, and staff perceptions of coercion in mental hospital admission: An exploratory study. *Behav Sci Law*, 11, 281-293.
- KANE, J.M., QUITKIN, F., RIFKIN, A., WEGNER, J., ROSENBERG, G., & BORENSTEIN, M. (1983). Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 374-377.
- LIDZ, C.W., HOGE, S.K., GARDNER, W., BENNETT, N., MONAHAN, J., MULVEY, E.P., & ROTH, L.H. (1995). Perceived coercion in mental hospital admission. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1034-1039.
- LIDZ, C., MULVEY, E., ARNOLD, R., BENNETT, N. & KIRSCH, B. (1993). Coercive interactions in a psychiatric emergency room. *Behav Sci Law*, 11, 269-280.
- LIDZ, C.W., MULVEY E.P., HOGE, S.K., KIRSCH, B.L., MONAHAN, J., BENNETT, N., EISENBERG, M., GARDNER, W., & ROTH, L.H. (2000). Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand*, 101, 73-79.
- LIDZ, C.W., MULVEY E.P., HOGE, S.K., KIRSCH, B.L., MONAHAN, J., EISENBERG, M., GARDNER, W., & ROTH, L.H. (1998). Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry*, 155, 1254-1260.
- LURIGIO, A.J. & LEWIS, D.A. (1989). Worlds that fail: A longitudinal study of urban mental patients. *J Soc Issues*, 45, 79-90.
- MARI, J. J. & WILLIAMS, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*, 148, 23-26.

- MCKENNA, B.G., SIMPSON, A.I.F., COVERDALE, J.H., & LAIDLAW, T.M. (2001). An analysis of procedural justice during psychiatric hospital admission. *Int J Law Psychiatry*, 24, 573-581.
- MILLER, R.D. (1980). Voluntary "involuntary" commitment: The briar-patch syndrome. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 8, 305-312.
- MONAHAN, J., HOGE, S.K., LIDZ, C., ROTH, L.H., BENNETT, N., GARDNER, W., & MULVEY, E. (1995). Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*, 18, 249-263.
- MONAHAN, J., LIDZ, C.W., HOGE, S.K., MULVEY, E.P., EISENBERG, M.M., ROTH, L.H., GARDNER, W.P., & BENNETT, N. (1999). Coercion in the provision of mental health services: The MacArthur studies. In: J.P. Morrissey & J. Monahan (Eds.). *Research in Community and Mental Health* (Vol. 10, pp. 13-30). Stamford: JAI Press Inc.
- NICHOLSON, R.A., EKENSTAM, C., & NORWOOD, S. (1996). Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiatry*, 19, 201-217.
- NICHOLSON, R.A. (1986). Correlates of commitment status in psychiatric patients. *Psychol Bull*, 100, 241-250.
- NORUSIS, M. (1985). *SPSS-X: Advanced Statistic Guide*. Chicago: McGraw-Hill.
- ROBINS, L.N., LOCKE, B.Z., & REGIER, D.A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In: L.N. Robins & D.A. Regier (Eds.). *Psychiatric Disorders in America* (Ch. 13, pp. 328-366). New York: The Free Press.
- SALLMEN, B., BERGLUND, M., & BOKANDER, B. (1998). Perceived coercion related to psychiatric comorbidity and locus of control in institutionalized alcoholics. *Med Law*, 17 (3), 381-91.
- SZASZ, T.S. (1972). Voluntary mental hospitalization: An unacknowledged practice of medical fraud. *New England J Med*, 287, 277-278.

- TAYLOR, S., HELGESON, V., REED, G., & SKOKAN, L. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *J Soc Issues*, 47, 91-109.
- TOEWS, J., EL-GUEBALY, N., LECKIE, A., & HARPER, D. (1984). Patients' attitudes at the time of their commitment. *Can J Psychiatry*, 29, 590-595.
- TREMBLAY, P.F, KING, P.R., & BAINES, G.R. (1994). Clinical and demographic characteristics of voluntary and involuntary psychiatric inpatients. *Can J Psychiatry*, 39, 297-299.
- WAGENER, J.J. & TAYLOR, S.E. (1986). What else could I have done? Patients' responses to failed treatment decisions. *Health Psychol*, 5, 481-496.
- WILD, T.C., NEWTON-TAYLOR, B., & ALLETTO, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addict Behav*, 23 (1), 81-95.

Table 1 Demographic characteristics and MMSE scores of the studied groups
N = 205

VARIABLES	UNIT OF HOSPITALIZATION			STATUS OF HOSPITALIZATION	
	Psychiatric N=64	Surgical N=58	Clinical N=83	Involuntary N=78	Voluntary N=127
AGE (years)					
Mean ± SD	32.80±10.21 ^{a, b}	36.98±10.98 ^a	38.11±9.44 ^b	35.54±10.73	36.50±10.12
EDUCATION (years)					
Mean ± SD	9.77±3.98 ^{c, d}	8.22±4.32 ^c	7.76±3.72 ^d	7.94±3.98	8.87±4.06
SEX					
Male (%)	29 (45.3)	27 (46.6)	41 (49.4)	34 (43.6)	63 (49.6)
MARITAL STATUS					
Not married/cohabiting (%)	43 (67.2) ^{e, f}	19 (32.8) ^e	27 (32.5) ^f	36 (46.2)	53 (41.7)
SOCIAL CLASS					
D/E (%)	4 (6.3)	6 (10.3)	13 (15.7)	9 (11.5)	14 (11.0)
C (%)	29 (45.3)	31 (53.4)	40 (48.2)	34 (43.6)	66 (52.0)
A/B (%)	31 (48.4)	21 (36.2)	30 (36.1)	35 (44.9)	47 (37.0)
MMSE					
Mean ± SD	25.44±3.87	26.86±2.97	26.01±3.26	25.14±3.70	26.65±3.11

MMSE = Mini Mental State Examination

a, b) ANOVA, p = 0.006

c, d) ANOVA, p = 0.009

e, f) Chi-square Test, p < 0.000

Table 2 Results of the Admission Experience Survey: Short Form (AES) and of the sub-scales (Perceived Coercion, Negative Pressures, Procedural Justice, and Affective Reactions) according to unit of hospitalization and status of hospitalization

SCALES	Psychiatric N=64	Surgical N=58	Clinical N=83	Involuntary N=78	Voluntary N=127
AES					
Mean ± SD	8.95 ± 5.01 ^{a, b}	2.34 ± 2.10 ^a	2.94 ± 2.49 ^b	6.19 ± 5.40 ^e	3.70 ± 3.49
Perceived Coercion					
Mean ± SD	2.47 ± 1.73 ^{c, d}	0.71 ± 0.92 ^c	0.88 ± 1.09 ^d	1.86 ± 1.83 ^f	1.00 ± 1.13
Negative Pressures					
Mean ± SD	1.94 ± 1.90 ^{c, d}	0.19 ± 0.44 ^c	0.29 ± 0.65 ^d	1.13 ± 1.70 ^g	0.56 ± 1.13
Procedural Justice					
Mean ± SD	1.27 ± 1.36 ^{c, d}	0.24 ± 0.47 ^c	0.31 ± 0.58 ^d	0.88 ± 1.21 ^h	0.41 ± 0.78
Affective Reactions					
Mean ± SD	3.27 ± 1.63 ^{c, d}	1.21 ± 1.47 ^c	1.46 ± 1.49 ^d	2.32 ± 1.81 ⁱ	1.72 ± 1.71

a, b) ANOVA, $p < 0.000$

c, d) Kruskal-Wallis Test, $p < 0.000$

e) Student t-test, $p < 0.000$

f) Mann-Whitney Test, $p = 0.003$

g) Mann-Whitney Test, $p = 0.007$

h) Mann-Whitney Test, $p = 0.002$

i) Mann-Whitney Test, $p = 0.018$

Psychiatric and nonpsychiatric patients:

Table 3 Results of the Admission Experience Survey: Short Form (AES) and of the sub-scales (Perceived Coercion, Negative Pressures, Procedural Justice, and Affective Reactions) according to the status of hospitalization

SCALES	PSYCHIATRIC		NONPSYCHIATRIC	
	Involuntary N=28	Voluntary N=36	Involuntary N=50	Voluntary N=91
AES Mean \pm SD	12.04 \pm 4.28 ^a	6.56 \pm 4.19	2.92 \pm 2.28	2.57 \pm 2.38
Perceived Coercion Mean \pm SD	3.54 \pm 1.60 ^b	1.64 \pm 1.33	0.92 \pm 1.16	0.75 \pm 0.94
Negative Pressures Mean \pm SD	2.64 \pm 2.00 ^c	1.39 \pm 1.64	0.28 \pm 0.54	0.23 \pm 0.60
Procedural Justice Mean \pm SD	1.89 \pm 1.40 ^d	0.78 \pm 1.12	0.32 \pm 0.55	0.26 \pm 0.53
Affective Reactions Mean \pm SD	3.96 \pm 1.32 ^e	2.72 \pm 1.65	1.40 \pm 1.32	1.33 \pm 1.57

a) Teste t de Student, $p < 0.000$

b) Teste Mann-Whitney, $p < 0.000$

c) Teste Mann-Whitney, $p = 0.007$

d) Teste Mann-Whitney, $p = 0.001$

e) Teste Mann-Whitney, $p = 0.005$

Table 4 Results of the Logistic Regression analysis for the outcome
Unit of Hospitalization (Nonpsychiatric X Psychiatric)

Variables kept in the final equation	B	OR (95CI%)	p-value
AES	0,37	1,45 (1,22 - 1,71)	0,0000
SRQ	0,27	1,31 (1,17 - 1,46)	0,0000
EDUCATION	0,23	1,25 (1,10 - 1,42)	0,0006
NEGATIVE PRESSURES	0,59	1,81 (1,05 - 3,11)	0,0330

AES = Admission Experience Survey: Short Form

SRQ = Self-Reported Questionnaire

OR = Odds Ratio

95CI% = Confidence Interval of 95%

Table 5 Results of the Logistic Regression analysis for the outcome
Status of Hospitalization (Voluntary X Involuntary)

Groups	Variables kept in the final equation	B	OR (95CI%)	p-value
ALL PATIENTS N = 205	Perceived Coercion	0,46	1,59 (1,28 – 1,97)	0,0000
	MMSE	-0,10	0,90 (0,82 – 0,99)	0,0351
PSYCHIATRIC PATIENTS N = 64	Perceived Coercion	1,29	3,65 (1,76 – 7,58)	0,0005
	MMSE	-0,29	0,75 (0,59 – 0,94)	0,0118
	Age	-0,12	0,89 (0,80 – 0,98)	0,0248
NONPSYCHIATRIC PATIENTS N = 141	MMSE	-0,13	0,88 (0,78 – 0,98)	0,0240

MMSE = Mini Mental State Examination
OR = Odds Ratio
95CI% = Confidence Interval of 95%

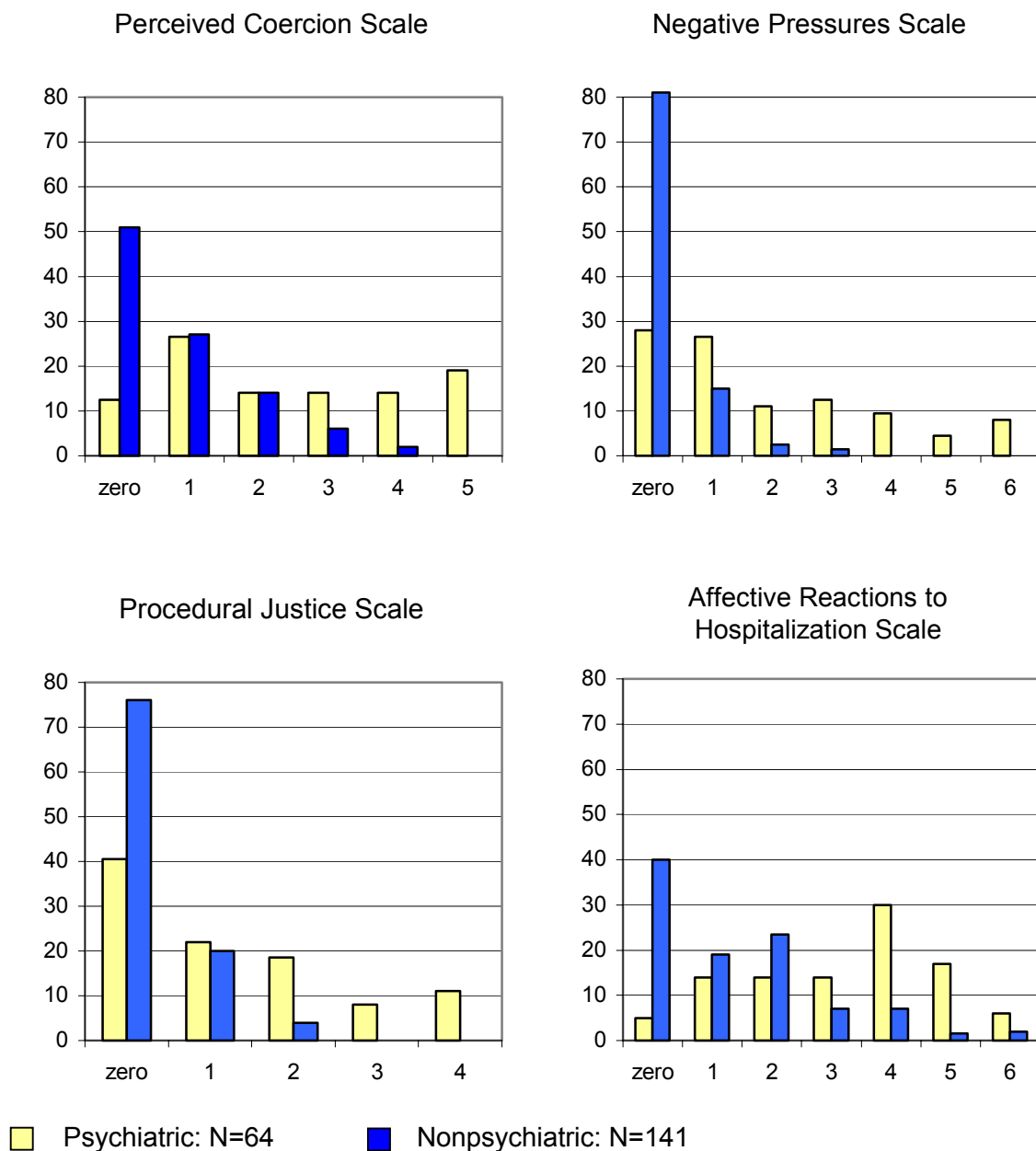


Figure 1: Percentage of answers for each score in the four subscales.

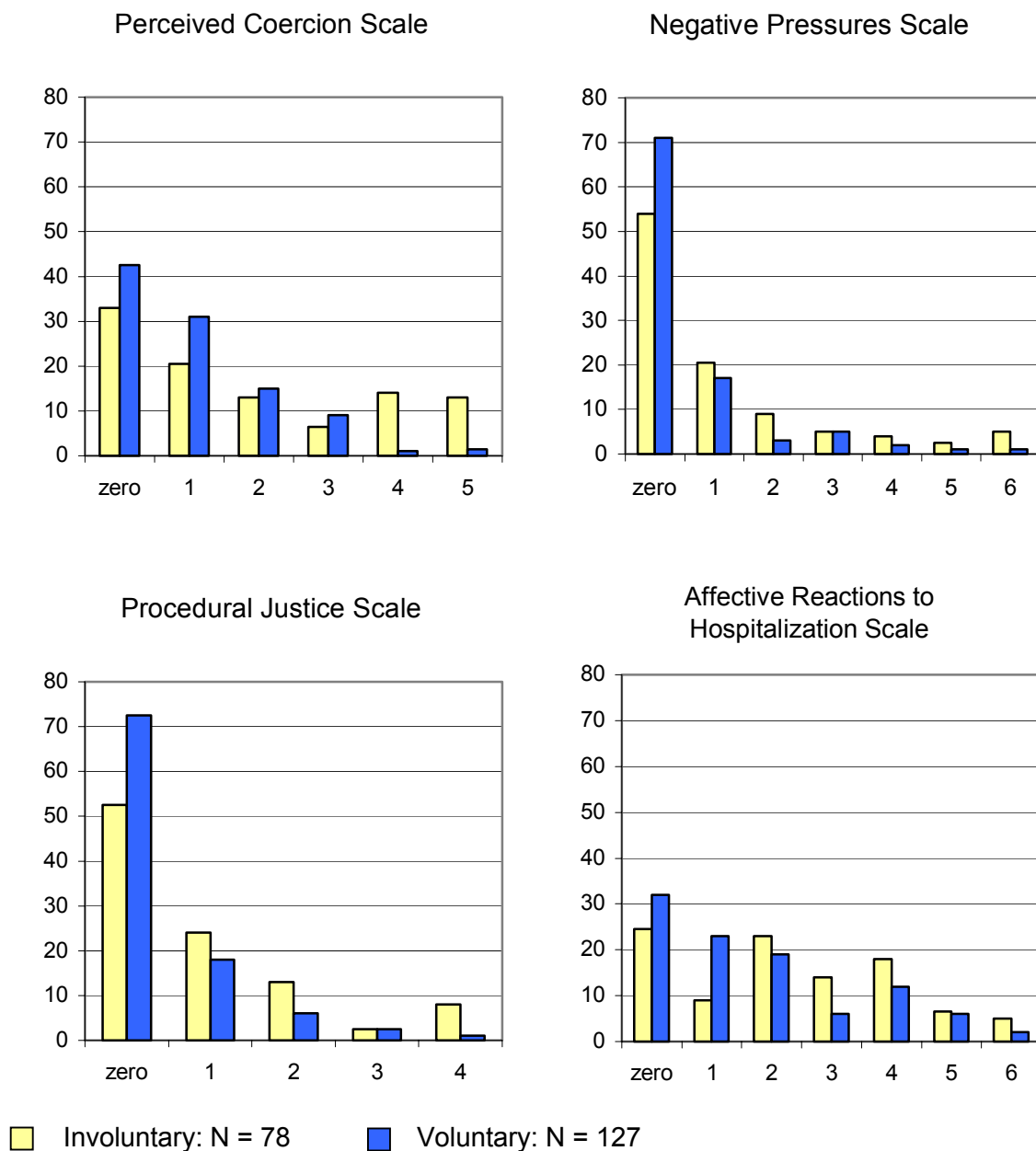


Figure 2: Percentage of answers for each score in the four subscales.

VERSÃO EM PORTUGUÊS DO ARTIGO

Percepção de coerção entre pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados.

José G. V. Taborda, MD, MSc^{1,*}

João Paulo Baptista²

Denise A. R. Gomes²

Luciano Nogueira²

Márcia Lorena Fagundes Chaves, MD, PhD³

- 1) Professor Assistente, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre – Porto Alegre, RS, Brasil
- 2) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS, Brasil
- 3) Professora Adjunta, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS, Brasil

*) Correspondência:

José G. V. Taborda

Rua Bororo, 55

91900-540 - Porto Alegre, RS

Fone-fax: 51-32413785

e-mail: jose@taborda.med.br

Cabeçalho: Percepção de coerção

Encaminhado a The International Journal of Law and Psychiatry

Resumo

Duzentos e cinco pacientes hospitalizados em um grande hospital universitário foram avaliados, em estudo transversal, para a identificação de sentimentos de coerção no momento da hospitalização. A amostra compunha-se de 64 pacientes psiquiátricos, 58 pacientes cirúrgicos e 83 pacientes clínicos, tanto involuntários, quanto voluntários. A voluntariedade dos pacientes psiquiátricos foi determinada por seu *status* legal e, a dos cirúrgicos e clínicos, pelo caráter eletivo ou emergencial da hospitalização. Os pacientes psiquiátricos eram mais jovens, apresentavam nível educacional mais elevado e escores superiores na escala SRQ em relação aos pacientes cirúrgicos e clínicos. Esses grupos não diferiam entre si no que se refere aos escores em MMSE. O *Admission Experience Survey: Short Form* e as escalas utilizadas durante o *MacArthur Coercion Study*, foram aplicados a todos os pacientes. Os resultados indicam que os pacientes psiquiátricos, tanto involuntários quanto voluntários, apresentam significativamente maior percepção de coerção do que os demais. Os pacientes cirúrgicos e clínicos não diferem entre si, entretanto referem haver sofrido também algum nível de coerção, fato que poderia merecer uma atenção maior de bioeticistas e juristas. A análise de regressão logística indica que as variáveis associadas a hospitalização involuntária são *Perceived Coercion Scale*, estado cognitivo e escolaridade, todas com coeficiente de correlação positivo.

Introdução

A internação psiquiátrica involuntária é um fenômeno que desperta as mais variadas reações e sentimentos entre as pessoas em geral (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey, 1995; Lidz, Mulvey, Hoge, Kirsch, Monahan, Bennett, Eisenberg, Gardner, & Roth, 2000). Desde o histórico gesto de Pinel, que libertou os insanos de Paris das condições subumanas em que se encontravam (Alexander & Selesnick, 1980), até nossos dias, a hospitalização psiquiátrica involuntária continua a despertar controvérsias. Pode-se, no entanto, simplificarmente, reunir os debatedores dessa questão em dois grandes grupos: de um lado, alguns pacientes e seus advogados, apoiados por entidades de defesa dos direitos civis, lutam pela restrição da internação involuntária; do outro, profissionais de saúde mental e familiares de pacientes propugnam pela manutenção dessa modalidade terapêutica (Nicholson, 1986; Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997).

Na literatura sobre internação involuntária, presume-se sempre a ocorrência de coerção sobre os pacientes. Isso tem levado os diversos autores a que se detenham apenas na prevalência do fenômeno e nas características sociodemográficas dos pacientes. Entretanto, igualar coerção e internação involuntária impede a observação de outras medidas coercitivas tomadas quando os pacientes são hospitalizados (Hiday, 1992; Lidz, Mulvey, Arnold, Bennet, & Kirsch, 1993). A distinção entre internação involuntária e voluntária é uma questão legal, porém o fenômeno da coerção em si pode ocorrer na ausência de um estado de involuntariedade legal, ou seja, a coerção sob diversas formas pode ser aplicada em pacientes voluntários (Gilboy & Schmidt, 1971; Szasz, 1972; Lurigio & Lewis, 1989), ao passo que a hospitalização involuntária poderá ocorrer mesmo com a ausência de medidas explícitas de força (Miller, 1980; Bradford, McCann, & Merskey, 1986). Em resumo, uma significativa porção de pacientes formalmente involuntários não se sentem

coagidos ('falsos involuntários') e uma parcela de pacientes legalmente voluntários percebem-se coagidos ('falsos voluntários') (Lidz, Hoge, Gardner, Bennett, Monahan, Mulvey, & Roth 1995). Esse fenômeno é confirmado por diversos estudos que demonstraram a não concordância entre o *status* legal dos pacientes e suas percepções sobre haverem, ou não, sofrido coerção ao serem hospitalizados (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey 1995; Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997; Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997).

Se o *status* legal é, na melhor das hipóteses, um conceito inadequado para refletir a experiência de se estar sendo coagido, as mais confiáveis fontes de informação sobre o papel exercido pela coerção no momento da hospitalização seriam os trabalhos que analisassem as percepções dos próprios pacientes nesse exato momento. Embora definições operacionais de percepção de coerção hajam diferido grandemente nos diversos estudos, a maioria parece haver adotado alguma variante do conceito de que os pacientes acreditariam que não seriam livres para recusar a admissão hospitalar (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997). As mais recentes pesquisas focaram-se na identificação dessa percepção de ser – ou haver sido – coagido durante a hospitalização (Monahan, Lidz, Hoge, Mulvey, Eisenberg, Roth, Gardner, & Bennett, 1999). Os importantes estudos de Hoge, Lidz, Mulvey, Roth, Bennett, Siminoff, Arnold, & Monahan (1993) e de Bennett, Lidz, Monahan, Mulvey, Hoge, Roth, & Gardner (1993) registraram que pacientes, equipe médica e familiares, apresentavam diferentes percepções do uso da coerção durante o processo de admissão e que, contrariamente ao esperado, os pacientes referiam haver sofrido menos 'pressões' ao serem hospitalizados do que o efetivamente relatado pela equipe médica e familiares. Um outro relato, realizado pelo *MacArthur Research Network on Mental Health and Law*, gerou medidas psicométricas de

coerção percebida que têm sido usadas em diversas pesquisas em andamento (Gardner, Hoge, Bennett, Loren, Roth, Lidz, Monahan, & Mulvey, 1993) e apresenta a característica de permitir que comparações possam ser feitas em diferentes ambientes de tratamento (Lidz, Hoge, Gardner, Bennett, Monahan, Mulvey, & Roth, 1995; Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997). Tratam-se da *Admission Experience Interview (AEI)* e da *Admission Experience Survey; Short Form (AES)*, cuja versão em português foi utilizada no presente trabalho.

A percepção de haverem sido coagidos durante o processo de admissão hospitalar pode interferir nas atitudes dos pacientes em relação ao tratamento, inclusive na sua predisposição a aderirem ao plano terapêutico (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey 1995; Nicholson, Ekenstam, & Norwood, 1996; Kane, Quitkin, Rifkin, Wegner, Rosenberg, & Borenstein, 1983; Toews, El-Guebaly, Leckie, & Harper, 1984). Entretanto, a perspectiva dos pacientes psiquiátricos, conquanto fundamental para a discussão sobre coerção, não é suficiente por si só para gerar políticas públicas. Muitos pacientes psiquiátricos apresentam problemas cognitivos no momento da hospitalização ou algum grau de prejuízo em sua capacidade de perceber interações coercitivas, bem como de entender o significado dos eventos ou de evocar acontecimentos de uma forma não deturpada. Por outro lado, se aceitarmos a definição de percepção de coerção produzida pelo grupo de trabalho da *MacArthur Research Network on Mental Health and Law* – sentir-se coagido durante admissão hospitalar psiquiátrica significa perceber que não se tem influência, controle, liberdade, opção ou que não se tomou efetivamente a decisão de ser hospitalizado (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997) – talvez se deva considerar que o tipo de coerção que ocorre durante a hospitalização psiquiátrica possa ocorrer também no momento de hospitalização de natureza diversa. Assim sendo, estudos sobre coerção em outras formas de tratamento podem ser

esclarecedores, o mesmo ocorrendo com a análise dos procedimentos utilizados em admissões psiquiátricas involuntárias, os quais podem ser comparados com os empregados em internações de natureza diversa. Isso se aplica especialmente às admissões aos estabelecimentos de saúde especializados em problemas relacionados a álcool e drogas, embora seja válido também para problemas médicos não psiquiátricos (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey, 1995; Sallmen, Berglund, & Bokander, 1998; Wild, Newton-Taylor, & Alletto, 1998). Nesse sentido, Taylor e colaboradores avaliaram 'percepções de controle' em contexto médico não psiquiátrico e observaram que a maioria dos pacientes que tinham algum controle sobre aspectos de suas doenças (sintomas, curso, tratamento) ajustavam-se melhor do que os pacientes que se acreditavam desvalidos (Taylor, Hegelson, Reed, & Skokan, 1991; Monahan, Hoge, Lidz, Roth, Bennett, Gardner, & Mulvey, 1995).

Outros fatores clínicos podem também afetar as percepções de coerção dos pacientes. Entretanto, características demográficas, sociais e clínicas não discriminam claramente entre pacientes internados voluntária e involuntariamente (Tremblay, King, & Baines, 1994). Pacientes psiquiátricos com comorbidade, especialmente abuso ou dependência química ou transtornos de personalidade, são indivíduos com risco aumentado de envolverem-se em situações tensas que levem a violência (Hiday, 1995). Tais pacientes são mais prováveis de entrarem em conflito com autoridades e de resistirem a hospitalização. Dessa forma, são mais propensos a referirem pressões negativas e a avaliarem o processo de hospitalização como injusto e excludente, ao passo que aqueles com altos níveis de sintomatologia poderiam ser, em geral, mais aquiescentes com a hospitalização e, assim, menos propensos a referirem percepção de coerção e força (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997).

O objetivo principal do presente estudo é a avaliação de percepções de coerção entre pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos (cirúrgicos e clínicos) logo

após a admissão hospitalar. As hipóteses sob investigação são as seguintes: a) o nível de coerção percebida de pacientes psiquiátricos é maior do que o de pacientes não psiquiátricos (cirúrgicos e clínicos); b) a coerção percebida entre pacientes não psiquiátricos é mais dependente dos procedimentos durante a baixa (processo decisional) do que a entre pacientes psiquiátricos; c) pacientes involuntários, independentemente de sua origem (psiquiátricos, cirúrgicos, clínicos), apresentam níveis mais elevados de coerção percebida do que pacientes voluntários; e d) níveis de sintomas psiquiátricos gerais e estado cognitivo afetam a percepção de coerção.

Pacientes e Métodos

Um estudo transversal foi realizado durante 12 meses, após haver sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de um grande hospital universitário.

Os pacientes psiquiátricos foram classificados como voluntários ou involuntários com base em seu *status* legal no momento da internação, ao passo que, os cirúrgicos e clínicos, o foram de acordo com o caráter eletivo ou emergencial (presença de condições ameaçadoras à vida) da hospitalização, ou seja, no quanto os pacientes acreditavam que teriam algum controle sobre aspectos de suas doenças e se participaram efetivamente da decisão de tratamento hospitalar. Os sujeitos da pesquisa foram recrutados em um hospital universitário que serve como apoio a serviços psiquiátricos disponíveis a uma área geográfica determinada, a qual se localiza em zona urbana. O clínico a avaliar os pacientes no momento da baixa poderia ser um médico residente, um médico integrante da equipe hospitalar ou um professor com atividade no hospital. Para os propósitos da investigação, a variável “unidade de hospitalização” comporta a dicotomia pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos, ao passo que a variável “*status* da hospitalização” refere-se às admissões involuntárias e voluntárias.

Todos os sujeitos eram pacientes recentemente internados. Foram entrevistados nas primeiras 24 horas da baixa hospitalar, após haverem dado seus consentimentos esclarecidos à participação no estudo. Os assistentes da pesquisa (estudantes de medicina) realizaram as entrevistas após haverem sido treinados na administração dos instrumentos utilizados no presente trabalho. Os pacientes elegíveis foram identificados através dos registros hospitalares diários.

A amostra consistiu em 205 pacientes internados, de ambos os sexos, compreendendo 64 pacientes psiquiátricos, 58 cirúrgicos e 83 clínicos. Os critérios de inclusão abrangeram pacientes admitidos às unidades psiquiátrica, cirúrgicas ou clínicas do hospital, de idade entre 20 e 55 anos e que fossem entrevistados nas primeiras 24 horas após a hospitalização. Analfabetismo, alterações do nível de consciência e demência foram fatores de exclusão. Pacientes obstétricos também foram excluídos.

Medidas

A cada paciente foi administrada a *MacArthur Admission Experience Interview: Short Form (AES)* (Gardner, Hoge, Bennett, Roth, Lidz, Monahan, & Mulvey, 1993), uma entrevista estruturada com questões que focam nas percepções dos pacientes sobre (1) coerção na decisão de hospitalização; (2) a natureza de quaisquer pressões impostas para serem hospitalizadas; (3) a forma como foram tratados por terceiros durante o processo de serem trazidos ao hospital e internados. A AES é um instrumento de 15 itens composto por 3 subescalas: a *Perceived Coercion Scale (PCS)*, a *Negative Pressures Scale (NPS)*, e a *Procedural Justice Scale (PJS)*. O item *Affective Reactions to Hospitalization (ARS)* também foi analisado como uma subescala.

Considerando-se que as percepções de coerção dos pacientes podem ser também produto de um transtorno mental (Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997), a possível relação entre sintomas de doença mental e percepção de coerção necessita ser avaliada. Com essa finalidade, aplicou-se um teste de varredura, elaborado pela OMS, para detectar a presença de sintomas psiquiátricos gerais, o *Self-Reported Questionnaire (SRQ)* (Fagundes, 1981; Harding, Climent, Diop, Giel, Ibrahim, Murthy, Suleiman, & Wig, 1983). Os pontos-de-corte adotados, 7 para homens e 8 para mulheres, permitem a identificação de casos positivos (suspeitos) de transtorno mental (Busnello, Lima, & Bertolote, 1983; Mari & Williams, 1986).

Muitos pacientes psiquiátricos podem, também, apresentar prejuízos cognitivos no momento da hospitalização, o que poderia prejudicar sua capacidade para perceber comportamentos coercitivos, entender o significado dos eventos ou, mesmo, para evocar os acontecimentos de forma não distorcida. Visando, então, avaliar o desempenho cognitivo dos participantes, utilizou-se o *Mini Mental Status Examination (MMSE)* (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Chaves & Izquierdo, 1992).

As características demográficas (idade, sexo, educação, situação conjugal e classe social) foram colhidas através de um questionário. A classe social foi estimada de acordo com a medida socioeconômica padrão mais utilizada no Brasil, a Escala Socioeconômica da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (Galduróz, Noto, & Carlini, 1997).

Análise estatística

Realizou-se análise descritiva de todas as variáveis, sendo que, para as categóricas, foram utilizadas frequências absolutas e relativas e, para as contínuas e ordinais, optou-se pelo estudo das médias e desvios padrões. Os testes estatísticos

utilizados foram: para comparações de variáveis paramétricas em três grupos de sujeitos (psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos), análise de variância de uma via (*One-way ANOVA*), com teste *post-hoc* de Tukey, e procedimentos multivariados, como controle por covariância ou por segundo fator, quando necessário; nas mesmas condições, para comparações de variáveis não-paramétricas, teste Kruskal-Wallis; para comparações de variáveis de distribuição normal em dois grupos de sujeitos (involuntários e voluntários), teste “t” de Student para amostras independentes; nas mesmas condições, para comparação de variáveis não-paramétricas, teste Mann-Whitney; para dados categóricos (análise de proporções entre grupos) utilizou-se o teste qui-quadrado com correção de Yates (Norusis, 1985). As variáveis foram submetidas ao teste de probabilidade de distribuição normal por plotagem antes de serem analisadas como paramétricas ou não-paramétricas.

Um modelo de regressão logística foi desenvolvido para as análises multivariadas de associação. A regressão logística permite o cálculo de coeficientes para cada variável na equação expressando “pesos” para o desfecho (unidade de hospitalização, status da hospitalização ou coerção percebida). O desfecho presença de coerção obteve-se através da aplicação do ponto-de-corte 2 à PCS (Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997). Para a regressão logística são apresentados os parâmetros B (coeficiente da regressão), RC (razão de chances) e intervalo de confiança de 95% (Fleiss, 1986). Adotou-se o nível mínimo de significância de 0,05 para considerar-se como estatisticamente significativo quaisquer resultados. Os cálculos estatísticos foram realizados através do programa SPSS PC+ (Norusis, 1985).

O tamanho da amostra e o poder do estudo foram calculados com base em estudo-piloto realizado com 25 pacientes (psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos), utilizando-se o programa Epilnfo, versão 6.04. Para o tamanho da amostra adotaram-

se os seguintes parâmetros: $\alpha=5\%$, $\beta=20\%$ e razão não-expostos/expostos de 2:1. A presença de coerção percebida entre os sujeitos não-expostos, ou seja, pacientes voluntários, foi estimada em 10%, e, entre sujeitos expostos, pacientes involuntários, em 30%.

Resultados

Dos 205 pacientes avaliados, 78 (38%) eram involuntários (28 psiquiátricos, 19 cirúrgicos e 31 clínicos) e 141 (62%) voluntários (36 psiquiátricos, 39 cirúrgicos e 52 clínicos). Os dados demográficos de todos os pacientes encontram-se descritos na Tabela 1. Os pacientes psiquiátricos eram significativamente mais jovens e de maior escolaridade do que os cirúrgicos ou clínicos. Apresentavam, também, maior proporção de pessoas vivendo sem parceiro (solteiros, viúvos ou divorciados). Entretanto, esses grupos não diferiam entre si no que se refere à distribuição por sexo e classe social, bem como nos escores do *MMSE*. Entre os pacientes cirúrgicos e clínicos, bem como entre os involuntários e voluntários, não se observou diferença significativa nos aspectos demográficos. Os pacientes psiquiátricos apresentavam diagnósticos diversos e 44% deles estavam involuntariamente hospitalizados.

Na Tabela 2 encontram-se os resultados de *AES* e das subescalas *PCS*, *NPS*, *PJS* e *ARS*. Os pacientes psiquiátricos (involuntários e voluntários) atingiram escores significativamente mais elevados, em todas as escalas, em relação aos pacientes cirúrgicos e clínicos, e, estes, não diferiram entre si (ANOVA, teste Kruskal-Wallis). Além disso, os pacientes psiquiátricos apresentaram escores de *SRQ* mais elevados ($9,64 \pm 5,29$) do que os cirúrgicos e clínicos ($4,28 \pm 3,34$ e $5,73 \pm 4,66$, respectivamente) ($p < 0,000$). Como esperado, quando aplicados os pontos-de-corte, apresentaram maior frequência de positividade de *SRQ* ($N=39$; 60,9%) do que os não psiquiátricos ($N=36$; 25,5%) ($\chi^2=22,283$; $p < 0,000$). Das variáveis de controle (idade,

sexo, educação, situação conjugal, desempenho cognitivo e sintomas psiquiátricos gerais), somente as que mostraram diferenças significativas é que foram incluídas nos modelos multivariados. Assim, os pacientes psiquiátricos continuaram a apresentar escores de *AES* significativamente mais elevados mesmo após controle para idade, escolaridade, situação conjugal e sintomas psiquiátricos gerais ($p < 0,000$).

A Figura 1 mostra a distribuição dos escores obtidos pelos pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos nas subescalas *PCS*, *NPS*, *PJS* e *ARS*. Observa-se que a maioria dos pacientes não psiquiátricos não apresentou qualquer percepção de coerção (51%), de pressões negativas (81%) e de injustiça (76%), já que seus escores, nas três primeiras escalas, foi zero. Entretanto, adotando-se o ponto-de-corte 2, observar-se-á que reações afetivas desprazerosas (41%), percepção de coerção (22%), pressões negativas (4%) e injustiça (4%) foram sentidas por uma importante parcela desses pacientes. A Figura 2 mostra a distribuição dos escores obtidos pelos pacientes involuntários e voluntários nas subescalas *PCS*, *NPS*, *PJS* e *ARS*.

Os pacientes involuntários (psiquiátricos e não psiquiátricos conjuntamente) apresentaram escores significativamente mais elevados em todas as escalas de coerção do que os dos pacientes hospitalizados voluntariamente (Tabela 2). Não houve necessidade de se proceder a análise multivariada para controle de potenciais variáveis de confusão (demográficas, desempenho cognitivo e sintomas psiquiátricos gerais) porque essas variáveis apresentaram distribuição similar entre pacientes involuntários e voluntários (Tabela 1). A mesma análise, apenas com pacientes não psiquiátricos, não demonstrou diferença entre involuntários e voluntários (Tabela 3).

Um modelo de regressão logística foi realizado para estabelecer quais variáveis estavam significativamente associadas (variáveis independentes) aos desfechos (variáveis dependentes) unidade de hospitalização, *status* da hospitalização

e presença de coerção. Para o desfecho unidade de hospitalização (não psiquiátrico X psiquiátrico) as variáveis independentes compreendiam as variáveis demográficas (idade, sexo, escolaridade e classe social), dados clínicos (sintomas psiquiátricos gerais e função cognitiva), escalas de coerção (*AES*, *PCS*, *NPS*, *PJS* e *ARS*), e *status* da hospitalização (voluntária ou involuntária). O modelo final manteve, como significativas, as variáveis *AES*, *SRQ*, escolaridade e *NPS* (Tabela 4). A análise demonstrou que a chance de se ser um paciente psiquiátrico era significativamente mais elevada a partir de um determinado nível em *AES*: cada unidade a mais nesse escore aumentava em 1,45 a probabilidade de uma admissão psiquiátrica. Maior escolaridade ($RC = 1,25$), mais sintomas psiquiátricos gerais ($RC = 1,31$) e escores mais elevados de *NPS* ($OR = 1.81$) estavam também associados a admissão psiquiátrica.

Para o desfecho *status* da hospitalização (voluntária X involuntária), tomando-se a amostra total, as variáveis independentes foram as mesmas, nelas incluindo-se também a variável unidade de hospitalização (Tabela 5). O modelo final manteve, como significativas, as variáveis *PCS* e função cognitiva (*MMSE*). A probabilidade de uma admissão involuntária crescia com a presença de escores mais elevados de percepção de coerção ($RC = 1,59$) e diminuía com escores mais altos de *MMSE* ($OR = 0.9$). Para pacientes psiquiátricos apenas, o mesmo modelo de regressão logística manteve as variáveis *PCS*, *MMSE* e idade na equação final, sendo que a probabilidade de internação involuntária era maior com escores mais elevados de *PCS* e mais reduzidos de *MMSE* e entre pacientes mais jovens. Para pacientes não psiquiátricos, o modelo final manteve apenas a variável *MMSE*: melhores condições cognitivas aumentava as chances de hospitalização voluntária.

Para o desfecho presença de coerção (não coagido X coagido), as variáveis *ARS* ($B = 0,30$; $RC = 1,36$; $IC95\% = 1,1028-1,6671$; $p = 0,004$) e *PJS* ($B = 1,15$; $RC = 3,15$; $IC95\% = 1,9642-5,0630$; $p = 0,000$;) foram mantidas na equação final.

Discussão

Foram avaliados sentimentos de coerção e de haverem sido tratados de forma correta e justa, bem como as pressões que sofreram pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos. Entender como os pacientes percebem o processo de hospitalização e os diversos procedimentos realizados nessa ocasião, pode ser extremamente importante para o êxito do tratamento, especialmente quando os dados são colhidos de múltiplas fontes (Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997). O presente estudo observou considerável variabilidade nas percepções de coerção dos pacientes, tanto em pacientes psiquiátricos voluntários, quanto em pacientes cirúrgicos e clínicos (involuntários ou voluntários) e, mesmo, entre pacientes psiquiátricos involuntários. Essa variabilidade já havia sido demonstrada em investigações prévias (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997; Hoge, Lidz, Eisenberg, Gardner, Monahan, Mulvey, Roth, & Bennett, 1997). Os escores dos pacientes psiquiátricos indicaram níveis elevados de coerção percebida, entretanto a quantidade dos que não perceberam qualquer coerção, ou apenas a referiram em níveis reduzidos, foi similar à daqueles que relataram níveis mais elevados de coerção. Nossa distribuição, relativamente a essa variável, foi, pois, similar a descrita por Gardner, Hoge, Bennett, Roth, Lidz, Monahan, & Mulvey (1993) e Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner (1997). A amostra do trabalho de Gardner e colaboradores compunha-se predominantemente de pacientes voluntários e o estudo de Hiday e colaboradores apenas de pacientes involuntários. Como registrado em

relação à variável *PCS*, considerável dispersão também foi observada com as subescalas *NPS*, *PJS* e *ARS*.

Os pacientes psiquiátricos apresentaram escores significativamente mais elevados em todas as escalas do que os não psiquiátricos, sendo que, relativamente aos primeiros, os involuntariamente hospitalizados sentiram-se mais coagidos durante a admissão. Essa diferença não foi constatada entre os pacientes não psiquiátricos. Pacientes cirúrgicos e clínicos, independentemente do *status* da hospitalização, apresentaram níveis similares de sentimentos de coerção, de pressões e de haverem sido tratados de forma correta e justa durante o processo de baixa hospitalar, sugerindo que sejam um grupo mais homogêneo no que tange às restrições de sua autonomia. Esse resultado foi, até certo ponto, surpreendente, considerando-se a definição de hospitalização involuntária adotada, a qual assentou-se no caráter de urgência ou emergência da hospitalização. Esses pacientes apresentavam doenças mais graves e não puderam tomar parte, de forma totalmente livre, no processo decisório de hospitalização ou de tratamento. Outros fatores, entretanto, além dos que foram considerados no presente estudo, podem ter influenciado esses achados. Uma distorção cognitiva poderia levar os pacientes a minimizar sua própria responsabilidade pelas decisões ou, mesmo, a achar que nada poderia ser feito de outra forma, já que não haveria qualquer alternativa remanescente (Wagener & Taylor, 1986). Um outro aspecto seria a ameaça à vida imposta pelas condições clínicas dos pacientes e o conseqüente medo da morte, pois, nessa hipótese, o paciente poderia se sentir desencorajado a tomar decisões por conta própria. A hospitalização geralmente afeta a privacidade da pessoa, sua autonomia, estilo de vida, papéis sociais e finanças, e os pacientes podem sofrer de ansiedade relacionada às incertezas do futuro, às informações insuficientes, à exposição aos rumores do hospital e à antecipação da dor.

Muitos pacientes não psiquiátricos apresentaram escores baixos (inclusive zero) nas subescalas estudadas. Entretanto, um bom número referiu haverem sofrido algum grau de coerção, de pressões negativas, de procedimentos iníquos e, especialmente, de haverem sentido reações afetivas desprazerosas durante o processo de internação hospitalar. Um quinto (22%) teve escores de *PCS* ≥ 2 e, metade (49%), ≥ 1 . As reações afetivas desprazerosas se fizeram sentir intensamente: 41% com escore ≥ 2 e 17,5% com ≥ 3 . Altos níveis de insatisfação com a hospitalização poderiam também ser esperados de pacientes não psiquiátricos. Os pacientes psiquiátricos, por sua vez, apresentaram escores muito altos em todas as escalas MacArthur, principalmente *PCS* (61% ≥ 2) e *ARS* (81% ≥ 2). Entretanto, de nossa amostra de pacientes psiquiátricos (44% involuntários), 39% relataram pouca ou nenhuma coerção, 54,5% pouca ou nenhuma pressão negativa e 62,5% pouca ou nenhuma iniquidade, corroborando a prévia assertiva de Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner (1997) de que “o processo de internação involuntária não necessariamente implica no estereótipo de um paciente psiquiátrico resistindo a ser arrastado para o interior de uma instituição hospitalar”.

Houve, ainda, uma significativa diferença na forma com que os pacientes psiquiátricos vivenciaram a hospitalização, já que eram mais jovens, de maior escolaridade e registraram haver sofrido mais pressões negativas do que os não psiquiátricos. De um lado, idade menor está associada à hospitalização psiquiátrica porque as mais prevalentes e graves doenças mentais ocorrem entre a segunda e a quarta décadas de vida (Robins, Locke, & Regier, 1991) e a probabilidade de complicações cirúrgicas e clínicas aumenta com a idade. Por outro lado, pessoas mais jovens e de maior escolaridade podem ser mais sensíveis a pressões e podem reagir mais emocionalmente.

A análise das variáveis que prediziriam o desfecho unidade de hospitalização (não psiquiátricos X psiquiátricos) – dados clínicos e demográficos, escalas MacArthur e *status* da hospitalização – demonstrou a associação com níveis gerais de coerção (*AES*), pressões negativas (*NPS*), sintomas psiquiátricos gerais (*SRQ*) e escolaridade. A probabilidade de uma admissão psiquiátrica era significativamente maior entre pacientes que apresentassem escores mais elevados de *AES* e *NPS*, com maior escolaridade e com mais sintomas psiquiátricos gerais.

A probabilidade de uma admissão involuntária cresceu na presença de escores mais elevados de coerção percebida (*PCS*) e de pior estado cognitivo. Considerando-se apenas os pacientes psiquiátricos, a probabilidade de internação involuntária também foi mais elevada com escores mais elevados de coerção percebida (*PCS*) e de pior estado cognitivo, bem como entre pacientes mais jovens. Autores como Lidz, Mulvey Hoge, Kirsch, Monahan, Eisenberg, Gardner, & Roth (1998), entretanto, não encontraram correlação entre variáveis demográficas e percepção de coerção, exceto pela variável raça, pois pacientes negros referiram sentir-se menos coagidos. No presente estudo, no que se refere apenas aos pacientes não psiquiátricos, maior probabilidade de hospitalização involuntária foi observada entre aqueles com menor desempenho cognitivo.

Internação involuntária, de acordo com nossos achados e com estudos prévios (Nicholson, 1986), estava negativamente associada ao estado cognitivo dos pacientes mensurado através do *MMSE*. A análise de regressão logística demonstrou associação dessa variável com *status* da hospitalização (voluntariedade), tanto para a amostra total quanto para os grupos de pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos separadamente: quanto maior o desempenho no *MMSE*, maior a probabilidade de admissão voluntária. Por outro lado, níveis elevados de coerção percebida estavam significativamente associados à internação involuntária, resultado

esse observado tanto para a amostra total quanto para pacientes psiquiátricos isoladamente. A variável idade demonstrou um valor preditivo semelhante ao do estado cognitivo (*MMSE*): quanto mais idoso, maior a probabilidade de admissão voluntária em pacientes psiquiátricos. Dessa forma, tanto idade quanto estado cognitivo funcionaram como fatores de proteção para admissão voluntária de pacientes psiquiátricos. A associação entre idade jovem e hospitalização psiquiátrica involuntária já havia sido referida na literatura (Tremblay, King, & Baines, 1994), em que pese a existência de relatos prévios em sentido contrário (Nicholson 1986). Os pacientes que se encontrem em melhores condições cognitivas poderiam avaliar mais corretamente sua condição clínica, melhor aceitar sua hospitalização e, conseqüentemente, sentirem-se menos coagidos. Por outro lado, alto número de sintomas psiquiátricos gerais (*SRQ*) não mostrou estar associado significativamente ao desfecho *status* da hospitalização (voluntária X involuntária), tanto para pacientes psiquiátricos quanto para não psiquiátricos. Entre os pacientes não psiquiátricos, o estado cognitivo foi a única variável associada a esse desfecho: quanto maiores os escores no *MMSE*, maiores as probabilidades de admissão voluntária.

Para o desfecho presença de coerção, nossos resultados também mostraram que o sentimento de estar sendo coagido está associado a escores mais elevados de *PJS* e de *ARS*, ou seja, o sentimento de coerção pode ser uma conseqüência de falta de equidade no tratamento dispensado ao paciente e da presença de sentimentos desprazerosos relativos à hospitalização. Esse é um achado importante que corrobora as conclusões de estudos anteriores (Lidz, Hoge, Gardner, Bennett, Monahan, Mulvey, & Roth, 1995; McKenna, Simpson, Coverdale, & Laidlaw, 2001). Fica, pois, reforçada a idéia de que se a equipe médica aperfeiçoar sua habilidade de ouvir os argumentos do paciente e de levá-los em consideração, isso, por si só, diminuiria o sentimento de que foram coagidos.

Finalmente, deve-se enfatizar que esse é um dos raros estudos que detiveram-se na percepção de coerção de pacientes cirúrgicos e clínicos, comparando-os com pacientes psiquiátricos. Apresenta algumas limitações, como a amostra relativamente pequena, embora esse fator provavelmente não tenha interferido nos resultados encontrados. Além disso, a investigação baseou-se em admissões a um único hospital e os dados foram obtidos apenas sob a perspectiva dos pacientes, sem serem colhidas as impressões da equipe médica ou de familiares. Constata-se que apesar dos esforços para atenuar os sentimentos de coerção dos pacientes, o que se verifica através da literatura científica que vem sendo produzida, esse tema ainda necessita de investigações futuras.

Referências Bibliográficas

- ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, S.T. (1980). *História da Psiquiatria*. 2ª ed. São Paulo: IBRASA.
- APPELBAUM, P.S. (1985). *Tarasoff* and the clinician: Problems on fulfilling the duty to protect. *Am J Psychiatry*, 142, 425-429.
- BENNETT, N., LIDZ, C., MONAHAN, J., MULVEY, E., HOGE, S., ROTH, L., & GARDNER, W. (1993). Inclusion, motivation, and good faith: The morality of coercion in mental hospital admission. *Behav Sci Law*, 6, 559-566.
- BRADFORD, B., MCCANN, S., & MERSKEY, H. (1986). A survey of patients' attitudes towards their commitment. *Psychiatr J Univ Ottawa*, 11, 162-165.
- BUSNELLO, E., LIMA, B., BERTOLOTE, J.M. (1983). Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico: Tópicos psiquiátricos e psicossociais na Vila São José do Murialdo. *J Bras Psiq*, 32, 207-210.
- CHAVES, M.L.F. & IZQUIERDO, I. (1992). Differential diagnosis between dementia and depression: A study of efficiency increment. *Acta Neurol Scand*, 85, 378-382.
- FAGUNDES, S.M. (1981). Estudo de um instrumento de triagem de doenças mentais em adultos elaborado pela OMS, em vila da periferia da capital. *Arquivos da Clínica Pinel*, 7, 18-24.
- FLEISS, J.L. (1986). *The Design and Analysis of Clinical Experiments*. New York: Wiley.
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., & MCHUGH, P.R. (1975). "Mini mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res*, 12, 189-198.

- GALDURÓZ, J.C.F., NOTO, A.R., & CARLINI, E.A. (1997). *IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas Entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- GARDNER, W., HOGE, S.K., BENNETT, N., ROTH, L.H., LIDZ, C.W., MONAHAN, J., & MULVEY, E.P. (1993). Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law*, 11, 307-321.
- GILBOY, J. & SCHMIDT, J. (1971). "Voluntary" hospitalization of the mentally ill. *Northwest Univ Law Rev*, 66, 429-453.
- GOVE, W.R. & FAIN, T. (1977). A comparison of voluntary and committed psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*, 34, 669-676.
- HARDING, T.W., CLIMENT, C.E., DIOP, M., GIEL, R., IBRAHIM, H.H., MURTHY, R.S., SULEIMAN, M.A., & WIG, N.N. (1983). The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *Am J Psychiatry*, 140, 1474-1480.
- HIDAY, V.A. (1992). Coercion in civil commitment: Process, preferences, and outcomes. *Int J Law Psychiatry*, 15, 359-377.
- HIDAY, V.A. (1995). The social context of mental illness and violence. *J Health Soc Behav*, 36, 122-137.
- HIDAY, V.A., SWARTZ, M.S., SWANSON, J., & WAGNER, H.R. (1997). Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*, 20, 227-241.
- HOGE, S.K., LIDZ, C.W., EISENBERG, M., GARDNER, W., MONAHAN, J., MULVEY, E., ROTH, L., & BENNETT, N. (1997). Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int J Law Psychiatry*, 20, 167-181.

- HOGE, S.K., LIDZ, C.W., MULVEY, E., ROTH, L., BENNETT, N., SIMINOFF, L., ARNOLD, R., & MONAHAN, J. (1993). Patient, family, and staff perceptions of coercion in mental hospital admission: An exploratory study. *Behav Sci Law*, 11, 281-293.
- KANE, J.M., QUITKIN, F., RIFKIN, A., WEGNER, J., ROSENBERG, G., & BORENSTEIN, M. (1983). Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 374-377.
- LIDZ, C.W., HOGE, S.K., GARDNER, W., BENNETT, N., MONAHAN, J., MULVEY, E.P., & ROTH, L.H. (1995). Perceived coercion in mental hospital admission. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1034-1039.
- LIDZ, C., MULVEY, E., ARNOLD, R., BENNETT, N. & KIRSCH, B. (1993). Coercive interactions in a psychiatric emergency room. *Behav Sci Law*, 11, 269-280.
- LIDZ, C.W., MULVEY E.P., HOGE, S.K., KIRSCH, B.L., MONAHAN, J., BENNETT, N., EISENBERG, M., GARDNER, W., & ROTH, L.H. (2000). Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand*, 101, 73-79.
- LIDZ, C.W., MULVEY E.P., HOGE, S.K., KIRSCH, B.L., MONAHAN, J., EISENBERG, M., GARDNER, W., & ROTH, L.H. (1998). Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry*, 155, 1254-1260.
- LURIGIO, A.J. & LEWIS, D.A. (1989). Worlds that fail: A longitudinal study of urban mental patients. *J Soc Issues*, 45, 79-90.
- MARI, J. J. & WILLIAMS, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*, 148, 23-26.

- MCKENNA, B.G., SIMPSON, A.I.F., COVERDALE, J.H., & LAIDLAW, T.M. (2001). An analysis of procedural justice during psychiatric hospital admission. *Int J Law Psychiatry*, 24, 573-581.
- MILLER, R.D. (1980). Voluntary "involuntary" commitment: The briar-patch syndrome. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 8, 305-312.
- MONAHAN, J., HOGE, S.K., LIDZ, C., ROTH, L.H., BENNETT, N., GARDNER, W., & MULVEY, E. (1995). Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*, 18, 249-263.
- MONAHAN, J., LIDZ, C.W., HOGE, S.K., MULVEY, E.P., EISENBERG, M.M., ROTH, L.H., GARDNER, W.P., & BENNETT, N. (1999). Coercion in the provision of mental health services: The MacArthur studies. In: J.P. Morrissey & J. Monahan (Eds.). *Research in Community and Mental Health* (Vol. 10, pp. 13-30). Stamford: JAI Press Inc.
- NICHOLSON, R.A., EKENSTAM, C., & NORWOOD, S. (1996). Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiatry*, 19, 201-217.
- NICHOLSON, R.A. (1986). Correlates of commitment status in psychiatric patients. *Psychol Bull*, 100, 241-250.
- NORUSIS, M. (1985). *SPSS-X: Advanced Statistic Guide*. Chicago: McGraw-Hill.
- ROBINS, L.N., LOCKE, B.Z., & REGIER, D.A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In: L.N. Robins & D.A. Regier (Eds.). *Psychiatric Disorders in America* (Ch. 13, pp. 328-366). New York: The Free Press.
- SALLMEN, B., BERGLUND, M., & BOKANDER, B. (1998). Perceived coercion related to psychiatric comorbidity and locus of control in institutionalized alcoholics. *Med Law*, 17 (3), 381-91.
- SZASZ, T.S. (1972). Voluntary mental hospitalization: An unacknowledged practice of medical fraud. *New England J Med*, 287, 277-278.

- TAYLOR, S., HELGESON, V., REED, G., & SKOKAN, L. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *J Soc Issues*, 47, 91-109.
- TOEWS, J., EL-GUEBALY, N., LECKIE, A., & HARPER, D. (1984). Patients' attitudes at the time of their commitment. *Can J Psychiatry*, 29, 590-595.
- TREMBLAY, P.F, KING, P.R., & BAINES, G.R. (1994). Clinical and demographic characteristics of voluntary and involuntary psychiatric inpatients. *Can J Psychiatry*, 39, 297-299.
- WAGENER, J.J. & TAYLOR, S.E. (1986). What else could I have done? Patients' responses to failed treatment decisions. *Health Psychol*, 5, 481-496.
- WILD, T.C., NEWTON-TAYLOR, B., & ALLETTO, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addict Behav*, 23 (1), 81-95.

Tabela 1

Características demográficas dos grupos em estudo

N = 205

VARIÁVEIS	UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO			STATUS DA HOSPITALIZAÇÃO	
	Psiquiátrica N=64	Cirúrgica N=58	Clínica N=83	Involuntária N=78	Voluntária N=127
IDADE (anos) Média ± DP	32,80±10,21 ^{a, b}	36,98±10,98 ^a	38,11±9,44 ^b	35,54±10,73	36,50±10,12
EDUCAÇÃO (anos) Média ± DP	9,77±3,98 ^{c, d}	8,22±4,32 ^c	7,76±3,72 ^d	7,94±3,98	8,87±4,06
SEXO Masculino (%)	29 (45,3)	27 (46,6)	41 (49,4)	34 (43,6)	63 (49,6)
SITUAÇÃO CONJUGAL Solteiro/sem parceiro (%)	43 (67,2) ^{e, f}	19 (32,8) ^e	27 (32,5) ^f	36 (46,2)	53 (41,7)
CLASSE SOCIAL D/E (%)	4 (6,3)	6 (10,3)	13 (15,7)	9 (11,5)	14 (11,0)
C (%)	29 (45,3)	31 (53,4)	40 (48,2)	34 (43,6)	66 (52,0)
A/B (%)	31 (48,4)	21 (36,2)	30 (36,1)	35 (44,9)	47 (37,0)
MMSE Média ± DP	25,44±3,87	26,86±2,97	26,01±3,26	25,14±3,70	26,65±3,11

MMSE = Mini Mental Status Examination

a, b) ANOVA, p = 0,006

c, d) ANOVA, p = 0,009

e, f) Teste Qui-quadrado, p < 0,000

Resultados da AES e das subescalas PCS, NPS, PJS e ARS de acordo com a

Tabela 2

Unidade de Hospitalização e o Status da Hospitalização

ESCALAS	Psiquiátrica N=64	Cirúrgica N=58	Clínica N=83	Involuntária N=78	Voluntária N=127
<i>AES</i>					
Média ± DP	8,95 ± 5,01 ^{a, b}	2,34 ± 2,10 ^a	2,94 ± 2,49 ^b	6,19 ± 5,40 ^e	3,70 ± 3,49
<i>PCS</i>					
Média ± DP	2,47 ± 1,73 ^{c, d}	0,71 ± 0,92 ^c	0,88 ± 1,09 ^d	1,86 ± 1,83 ^f	1,00 ± 1,13
<i>NPS</i>					
Média ± DP	1,94 ± 1,90 ^{c, d}	0,19 ± 0,44 ^c	0,29 ± 0,65 ^d	1,13 ± 1,70 ^g	0,56 ± 1,13
<i>PJS</i>					
Média ± DP	1,27 ± 1,36 ^{c, d}	0,24 ± 0,47 ^c	0,31 ± 0,58 ^d	0,88 ± 1,21 ^h	0,41 ± 0,78
<i>ARS</i>					
Média ± DP	3,27 ± 1,63 ^{c, d}	1,21 ± 1,47 ^c	1,46 ± 1,49 ^d	2,32 ± 1,81 ⁱ	1,72 ± 1,71

AES = Admission Experience Survey: Short Form

PCS = Perceived Coercion Scale

NPS = Negative Pressures Scale

PJS = Procedural Justice Scale

ARS = Affective Reactions Scale

a, b) ANOVA, $p < 0,000$

c, d) Teste Kruskal-Wallis, $p < 0,000$

e) Teste t de Student, $p < 0,000$

f) Teste Mann-Whitney, $p = 0,003$

g) Teste Mann-Whitney, $p = 0,007$

h) Teste Mann-Whitney, $p = 0,002$

i) Teste Mann-Whitney, $p = 0,018$

Pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos:

Tabela 3 Resultados da AES e das subescalas PCS, NPS, PJS e ARS de acordo com Status da Hospitalização

ESCALAS	PSIQUIÁTRICOS		NÃO PSIQUIÁTRICOS	
	Involuntários N=28	Voluntários N=36	Involuntários N=50	Voluntários N=91
<i>AES</i>				
Média ± DP	12,04 ± 4,28 ^a	6,56 ± 4,19	2,92 ± 2,28	2,57 ± 2,38
<i>PCS</i>				
Média ± DP	3,54 ± 1,60 ^b	1,64 ± 1,33	0,92 ± 1,16	0,75 ± 0,94
<i>NPS</i>				
Média ± DP	2,64 ± 2,00 ^c	1,39 ± 1,64	0,28 ± 0,54	0,23 ± 0,60
<i>PJS</i>				
Média ± DP	1,89 ± 1,40 ^d	0,78 ± 1,12	0,32 ± 0,55	0,26 ± 0,53
<i>ARS</i>				
Média ± DP	3,96 ± 1,32 ^e	2,72 ± 1,65	1,40 ± 1,32	1,33 ± 1,57

AES = Admission Experience Survey: Short Form

PCS = Perceived Coercion Scale

NPS = Negative Pressures Scale

PJS = Procedural Justice Scale

ARS = Affective Reactions Scale

a) Teste t de Student, $p < 0,000$

b) Teste Mann-Whitney, $p < 0,000$

c) Teste Mann-Whitney, $p = 0,007$

d) Teste Mann-Whitney, $p = 0,001$

e) Teste Mann-Whitney, $p = 0,005$

Tabela 4 Resultados da Análise de Regressão Logística para o desfecho
Unidade de Hospitalização (Não psiquiátrica X Psiquiátrica)

Variáveis mantidas na equação final	B	RC (IC95%)	Valor de p
AES	0,37	1,45 (1,22 - 1,71)	0,0000
SRQ	0,27	1,31 (1,17 - 1,46)	0,0000
EDUCAÇÃO	0,23	1,25 (1,10 - 1,42)	0,0006
NPS	0,59	1,81 (1,05 - 3,11)	0,0330

AES = Admission Experience Survey: Short Form

SRQ = Self-Reported Questionnaire

NPS = Negative Pressures Scale

RC = Razão de Chances

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

Tabela 5 Resultados da Análise de Regressão Logística para o desfecho *Status* da Hospitalização (Voluntária X Involuntária)

Grupos	Variáveis mantidas na equação final	B	RC (IC95%)	Valor de p
TODOS OS PACIENTES N = 205	<i>PCS</i>	0,46	1,59 (1,28 – 1,97)	0,0000
	<i>MMSE</i>	-0,10	0,90 (0,82 – 0,99)	0,0351
PACIENTES PSQUIÁTRICOS N = 64	<i>PCS</i>	1,29	3,65 (1,76 – 7,58)	0,0005
	<i>MMSE</i>	-0,29	0,75 (0,59 – 0,94)	0,0118
	Idade	-0,12	0,89 (0,80 – 0,98)	0,0248
PACIENTES NÃO PSQUIÁTRICOS N = 141	<i>MMSE</i>	-0,13	0,88 (0,78 – 0,98)	0,0240

PCS = Perceived Coercion Scale
MMSE = Mini Mental Status Examination
 RC = Razão de Chances
 IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

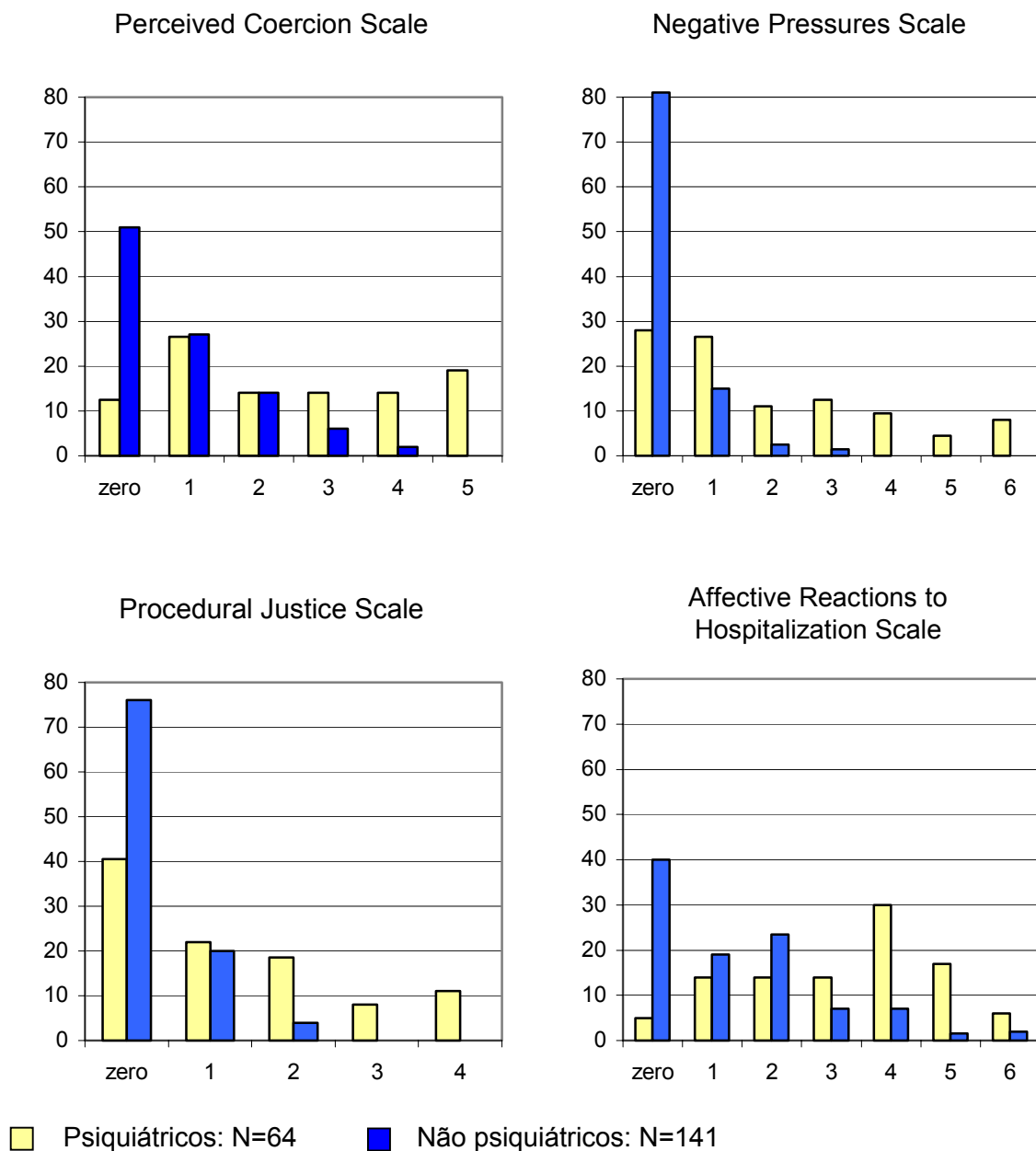


Figura 1: Porcentagem de respostas para cada escore nas quatro subescalas.

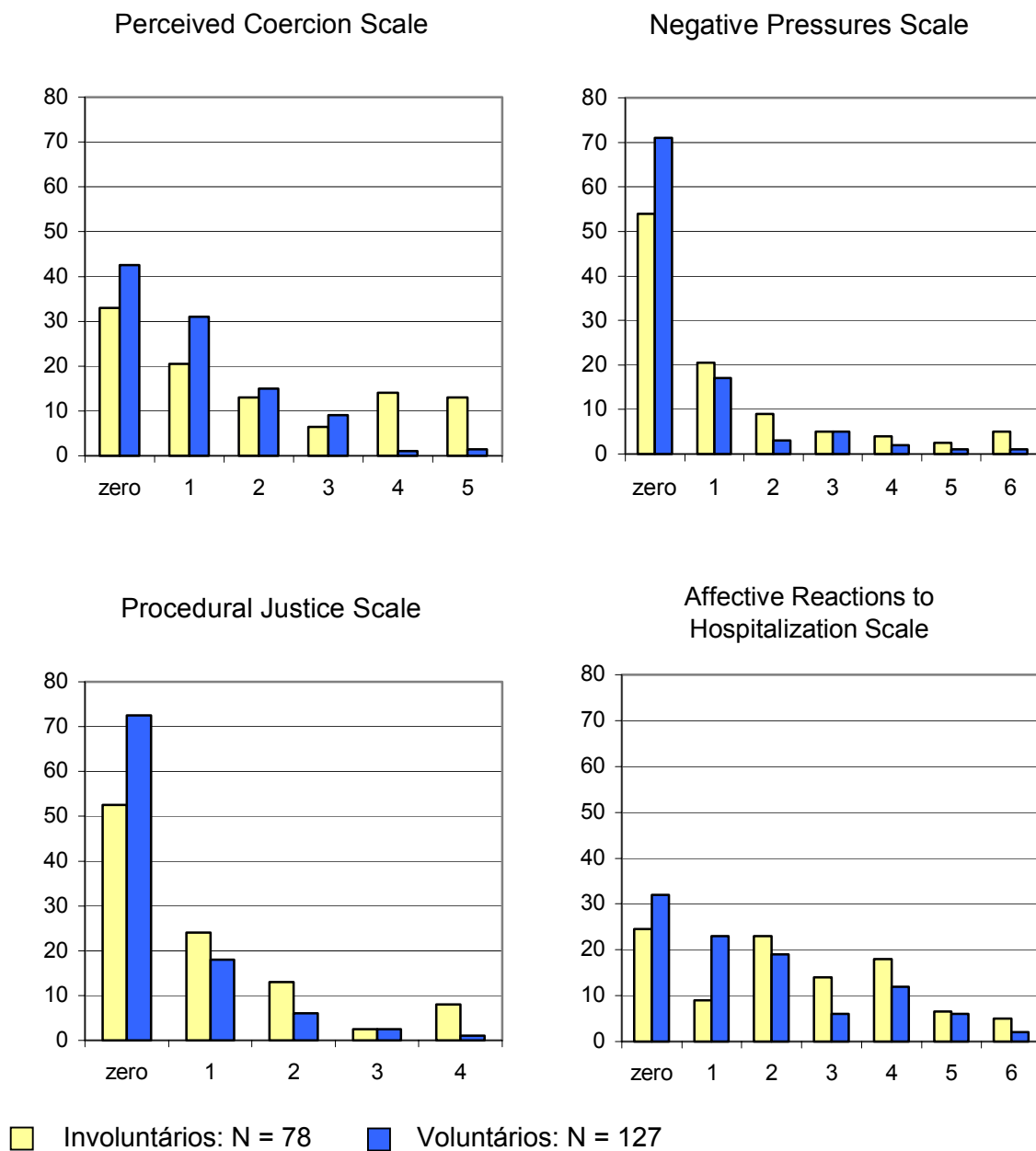


Figura 2: Porcentagem de respostas para cada escore nas quatro subescalas.

ANEXO I

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

1) Pacientes psiquiátricos, quando comparados a não psiquiátricos, apresentam escores significativamente mais elevados em todas as escalas estudadas.

2) Pacientes psiquiátricos involuntários, quando comparados a pacientes psiquiátricos voluntários, apresentam escores significativamente mais elevados em todas as escalas. Dessa forma, o *status* legal de um paciente deve continuar sendo considerado como um importante fator associado a violações de sua autonomia, em que pesem estudos prévios que indiquem a existência de falsos voluntários e falsos involuntários.

3) Pacientes não psiquiátricos, tanto cirúrgicos em relação a clínicos, quanto involuntários em relação a voluntários, não diferem entre si nos escores obtidos, o que leva a supor que constituem um grupo bastante homogêneo no que se refere a suas restrições de autonomia.

4) Uma conduta eqüânime da equipe médica e dos familiares, explicando as razões da baixa ao paciente e ouvindo com atenção e respeito suas ponderações, constitui-se em importante fator para diminuir o nível de coerção percebida tanto de pacientes psiquiátricos quanto de não psiquiátricos.

5) O estado de cognição dos pacientes é uma importante variável associada positivamente à voluntariedade da hospitalização.

6) Embora pacientes psiquiátricos estejam mais expostos a sofrerem restrições indevidas, seria necessário que pacientes não psiquiátricos fossem também objeto de atenção especial, por parte de profissionais de saúde e autoridades, no que se refere a observância do respeito a sua autonomia.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,,
 neste momento internado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, fui informado de que se está executando um projeto de pesquisa denominado **“Avaliação dos Sentimentos de Coerção Provocados por Internação Hospitalar em Pacientes Psiquiátricos, Clínicos e Cirúrgicos”**, que visa a avaliar os sentimentos dos pacientes sobre possíveis coações que sofreram por parte da equipe médica, de familiares ou de terceiros, para que viessem a baixar e permanecer hospitalizados. O projeto é de responsabilidade do Dr. José Geraldo Vernet Taborda, sob a orientação da Profa. Dra. Márcia Lorena Fagundes Chaves. Para dele participar deverei realizar uma entrevista neste momento, na qual responderei questões sobre meus dados pessoais, farei alguns testes, preencherei um questionário e falarei de meus sentimentos sobre a presente hospitalização. Estima-se que a entrevista dure cerca de 30 minutos. Não espero obter qualquer benefício direto com minha colaboração, inclusive de ordem financeira, mas estou ciente de que outros pacientes poderão se beneficiar com as conclusões da presente pesquisa. Fui informado, ainda, de que haverá rigoroso respeito ao sigilo do que vier a informar, garantindo-se meu anonimato. Por outro lado, sei que posso recusar participar do projeto ou, mesmo, dele retirar-me a qualquer momento, sem que isso implique prejuízo ao tratamento que venho recebendo neste hospital.

Porto Alegre, de de

.....
 Paciente

Eu,,
 representante legal de,
 declaro que fui informado do projeto de pesquisa acima especificado e concordo com sua participação desde que nos exatos termos descritos.

Porto Alegre, de de

.....
 Representante legal do paciente

ANEXO III

QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DE COERÇÃO

(Versão adaptada ao português do *Admission Experience Survey: Short Form*)

QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DE COERÇÃO
(Versão adaptada do *Admission Experience Survey: Short Form*)

NOME: _____ DATA: _____

“Agora passarei a ler algumas afirmações sobre sua presente hospitalização. Por favor, responda CONCORDO ou DISCORDO para cada uma delas. Tente responder cada questão individualmente, sem levar em consideração o quanto ela possa se parecer com as outras perguntas.”

	Concordo	Discordo	Não sei
1. Senti-me livre para fazer o que quisesse a respeito de minha internação no hospital	()	()	()
2. As pessoas tentaram me forçar a que eu me hospitalizasse	()	()	()
3. Tive oportunidade suficiente de dizer se queria me hospitalizar	()	()	()
4. Eu escolhi me hospitalizar	()	()	()
5. Tive oportunidade de dizer o que queria a respeito da hospitalização	()	()	()
6. Alguém me ameaçou de fazer com que eu fosse hospitalizado	()	()	()
7. Foi minha a idéia de me hospitalizar	()	()	()
8. Alguém tentou me forçar fisicamente a que eu me hospitalizasse	()	()	()
9. <i>Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me hospitalizar</i>	()	()	()
10. Fui ameaçado de ser hospitalizado a força	()	()	()
11. Disseram que fariam com que eu me	()	()	()

hospitalizasse

12. *Ninguém tentou me forçar a que eu me hospitalizasse* () () ()
13. *Minha opinião sobre a hospitalização não interessou* () () ()
14. Tive bastante decisão sobre se eu seria hospitalizado () () ()
15. Tive mais influência do que qualquer outra pessoa sobre o fato de ser ou não hospitalizado () () ()
16. Como se sentiu ao ser admitido no hospital?
- Sentiu-se:**
- a. Brabo () () ()
- b. Triste () () ()
- c. Satisfeito () () ()
- d. Aliviado () () ()
- e. Confuso () () ()
- f. Amedrontado () () ()
-

SUBESCALAS

(Concordo=0; Discordo=1)

I. Escala de coerção percebida

1. Senti-me livre para fazer o que quisesse a respeito de minha internação no hospital
4. Eu escolhi me hospitalizar
7. Foi minha a idéia de me hospitalizar
14. Tive bastante decisão sobre se eu seria hospitalizado
15. Tive mais influência do que qualquer outra pessoa sobre o fato de ser ou não hospitalizado

II. Escala de pressões negativas

2. As pessoas tentaram me forçar a que eu me hospitalizasse
6. Alguém me ameaçou de fazer com que eu fosse hospitalizado
8. Alguém tentou me forçar fisicamente a que eu me hospitalizasse
10. Fui ameaçado de ser hospitalizado a força
11. Disseram que fariam com que eu me hospitalizasse
12. *Ninguém tentou me forçar a que eu me hospitalizasse*

III. Escala de voz

3. Tive oportunidade suficiente de dizer se queria me hospitalizar
5. Tive oportunidade de dizer o que queria a respeito da hospitalização
9. *Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me hospitalizar*
13. *Minha opinião sobre a hospitalização não interessou*

IV. Reações Afetivas à Hospitalização

16. Como se sentiu ao ser admitido ao hospital? Sentiu-se:
 - a. Brabo
 - b. Triste
 - c. Satisfeito
 - d. Aliviado
 - e. Confuso
 - f. Amedrontado

ANEXO IV

QDS – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

CRITÉRIO A: BENS DE CONSUMO							
ITEM	ZERO	1	2	3	4	5	≥ 6
TV	0	2	4	6	8	10	12
RÁDIO	0	1	2	3	4	5	6
BANHEIRO	0	2	4	6	8	10	12
CARRO	0	4	8	12	16	16	16
EMPREGADA	0	6	12	18	24	24	24
TELEFONE	0	5	5	5	5	5	5
GELADEIRA	0	2	2	2	2	2	2

CRITÉRIO B: INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA	
NÍVEL DE INSTRUÇÃO	PONTOS
Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	3
Colegial completo / Superior incompleto	5
Superior completo	10

NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO	
CLASSE SOCIAL	PONTOS TOTAIS
Classe E	0 a 4
Classe D	5 a 9
Classe C	10 a 20
Classe B	21 a 34
Classe A	≥ 35

9) DIAGNÓSTICO (Considere-se o diagnóstico motivador da hospitalização.)

Eixo I _____

Eixo II _____

Eixo III _____

ANEXO V

SRQ – SELF REPORTED QUESTIONNAIRE

(Versão em português)

SRQ - SELF REPORTED QUESTIONNAIRE

NOME: _____ DATA: _____

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Tem dores de cabeça com frequência? | SIM | NÃO |
| 2. Tem falta de apetite? | SIM | NÃO |
| 3. Dorme mal? | SIM | NÃO |
| 4. Fica com medo com facilidade? | SIM | NÃO |
| 5. Suas mãos tremem? | SIM | NÃO |
| 6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? | SIM | NÃO |
| 7. Tem problema digestivo? | SIM | NÃO |
| 8. NÃO consegue pensar com clareza? Concorda? | SIM | NÃO |
| 9. Sente-se infeliz? | SIM | NÃO |
| 10. Chora mais que o comum? | SIM | NÃO |
| 11. Acha difícil gostar de suas atividades diárias? | SIM | NÃO |
| 12. Acha difícil tomar decisões? | SIM | NÃO |
| 13. Seu trabalho diário é um sofrimento (tormento)? | SIM | NÃO |
| 14. NÃO é capaz de ter um papel útil na vida? Concorda? | SIM | NÃO |
| 15. Perdeu interesse pelas coisas? | SIM | NÃO |
| 16. Acha que é uma pessoa que não vale nada? | SIM | NÃO |
| 17. O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça? | SIM | NÃO |
| 18. Sente-se cansado o tempo todo? | SIM | NÃO |
| 19. Tem sensações desagradáveis no estômago? | SIM | NÃO |
| 20. Fica cansado com facilidade? | SIM | NÃO |

ESCORE: _____

PONTOS DE CORTE: Homens: 7/8; Mulheres: 8/9.

ANEXO VI

MMSE – MINI MENTAL STATUS EXAMINATION

(Versão em português)

MMSE - MINI MENTAL STATUS EXAMINATION

NOME: _____ DATA: _____

ESCORE MÁXIMO	ESCORE DO TESTE	FUNÇÃO AVALIADA
		ORIENTAÇÃO
5	()	<ul style="list-style-type: none"> • Qual é o (ano, estação, mês, dia, dia da semana)?
5	()	<ul style="list-style-type: none"> • Onde estamos (estado, cidade, bairro, hospital, andar)?
3	()	REGISTRO
		<ul style="list-style-type: none"> • Nomeie 3 palavras (PENTE - RUA - AZUL) com intervalo de um segundo cada uma. Pergunte quais foram as 3 palavras. Dê 1 ponto para cada acerto. • Após, repita até ter certeza de que o paciente aprendeu as 3 palavras. Conte as tentativas e registre-as. <p style="text-align: right;">Nº de tentativas: _____</p>
5	()	ATENÇÃO E CÁLCULO
		<ul style="list-style-type: none"> • “Série de 7” (100 - 93 - 86 - 79 - 72 - 65). Dê 1 ponto para cada resposta correta. • Se o paciente errou no 1º ou no 2º cálculo, pare e utilize a alternativa: “Série de números” (7 - 5 - 2 - 8 - 9 - 6 - 1). Repetir na ordem. Contar os 1^{os}.
3	()	“RECALL”
		<ul style="list-style-type: none"> • Peça ao paciente para repetir as 3 palavras acima. Dê 1 ponto para cada resposta correta.
9	()	LINGUAGEM
		<ul style="list-style-type: none"> • Mostre uma CANETA e um RELÓGIO. Peça ao paciente para nomeá-los. (2 pontos) • Repetir a frase “nem aqui, nem ali, nem lá”. (1 ponto) • Seguir comando em 3 tempos: “Pegue este papel com a mão direita, dobre no meio e ponha no chão”. (3 pontos) • Leia e obedeça o seguinte: “Feche seus olhos”. (1 ponto) • Escreva uma frase. (1 ponto) • Copie o desenho. (1 ponto)
30	()	

Avalie o nível de consciência: ALERTA, OBNUBILADO, ESTUPOROSO, COMATOSO.

MATERIAL NECESSÁRIO: Uma folha de papel em branco
 Uma caneta
 Um relógio
 Um cartão com a frase “FECHE OS OLHOS”
 Um cartão com um desenho

FRASE DE ABERTURA: “Eu vou lhe fazer algumas perguntas. É possível que o(a) sr.(a) ache muito fácil. Mesmo assim, é importante que responda”.

PONTOS DE CORTE : Escolaridade ZERO a QUATRO: 17/18
 Escolaridade MAIOR do que QUATRO: 24/25