

Andrea Rodríguez Quiroga*, Laura Bongiardino*,
Laura Borensztein*, Juan Carlos Marengo*, Ivana
Aufenacker* e Carla Mango**

Consentimento informado: Seu uso e opinião entre psicanalistas latino-americanos

Esta pesquisa esteve sob responsabilidade da Equipe de Pesquisa em Prática Clínica Psicodinâmica. Destacar esse ponto não é meramente uma forma de identificar os autores, mas também introduzir qual foi o caminho que levou a indagar sobre o conhecimento, uso e opinião do consentimento informado (CI) em diversas práticas profissionais da psicologia, da psicanálise e da psiquiatria dinâmica. A falta de materiais clínicos disponíveis para ser estudados de forma sistemática e a discordância em pedir consentimento ao paciente para ser gravado obrigaram a considerar este estudo como necessário para indagar e promover o tema institucionalmente. Inicialmente foi realizado um estudo de revisão (Rodríguez Quiroga, Messina e Sansalone, 2012), depois um projeto piloto (Corbella, Rodríguez Quiroga, Bongiardino, Borensztein, Marengo, Riveros, Varrenti e Pacheco, 2016), e finalmente esta pesquisa, que aqui se apresentam os resultados do primeiro estudo. A mesma informa sobre o grau de conhecimento que os psicanalistas e analistas em formação latino-americanos têm sobre o uso de CI e suas opiniões sobre o assunto.

Cabe aqui esclarecer que, para este estudo, o CI foi definido como *uma prescrição ética* que se utiliza como diretriz básica em diversos âmbitos profissionais, sendo resultado de uma *preocupação concernente ao direito humano fundamental à livre determinação* (Bennett, 2000, citado em Rodríguez Quiroga, 2012). Há diversas definições sobre o consentimento que enfatizam diferentes aspectos deste, segundo o contexto em que pretenda ser aplicado.

Espera-se assim gerar um debate sobre o tema entre os psicanalistas e identificar diferenças sobre o uso e opinião do CI em relação a práticas específicas dos analistas. Confiar-se em contribuir com informação que facilite o exercício da responsabilidade ética e jurídica nas práticas dos analistas.

Tais práticas se encontram instituídas nos âmbitos onde os analistas se formam (sociedades psicanalíticas, universidades, grupos de estudos). Sabe-se que muitas das instituições dedicadas à saúde mental, pelo menos no Ocidente, foram criadas

a partir de modelos pré-existentes e sob uma perspectiva disciplinar, como bem o apontou Michel Foucault (1975/2001). São instituições surgidas de práticas sociais instituídas que a partir de diversos modelos teóricos consideram e intervêm sobre o sofrimento e os conflitos relacionados com tudo o que concerne os transtornos mentais e emocionais. A mesma descrição cabe para as instituições que formam os profissionais nestas áreas de conhecimento.

Há dois temas que não foram suficientemente pensados ou levados em consideração, desde os inícios, nestas práticas: os direitos dos pacientes e as relações de poder.

Os direitos dos pacientes surgem a partir de consequências iatrogênicas, erro médico ou, simplesmente, frente a pacientes que, exercendo sua autonomia, resistem às indicações propostas pelos profissionais. Para dizê-lo de outro modo, é a partir de um plano tanto legal como ético que começam a ser discutidos e incluídos instrumentos relacionados com os direitos dos pacientes e os limites às práticas e intervenções médicas. Por exemplo, foi um longo processo a inclusão e administração do CI como uma prática habitual em medicina, e muito mais longo ainda nas práticas psicoterapêuticas. Ainda hoje se encontra ampla resistência em certos âmbitos; por exemplo, na prática psicanalítica particular tanto como na atividade institucional.

Os desenvolvimentos teóricos em clínica vincular fizeram contribuições interessantes e pertinentes ao interrogar assuntos que historicamente não foram considerados conceitos intrínsecos ao *corpus* teórico-clínico. Por exemplo, o assunto do poder ou, para sermos mais precisos, as relações de poder.

Ainda que tenham ocorrido muitas mudanças desde os tempos em que se considerava que pacientes tidos como “loucos” precisavam ser encerrados – assim como também mudaram os critérios pedagógicos na hora de transmitir o ensinamento de uma disciplina –, ainda assim, perdura certa confusão no momento de distinguir entre a relação de assimetria que pode existir entre quem possui um conhecimento profissional e o paciente, e a noção de hierarquia.

Quanto às pessoas que interagem frente a uma situação determinada, como, por exemplo, uma consulta profissional, o que ali haverá é uma relação assimétrica, porque uma das partes que intervêm tem o conhecimento e a possibilidade de ajudar com aquilo que motiva uma consulta, no entanto, como partícipes da situação, não há hierarquia que os diferencie como pessoas em seus direitos e em suas responsabilidades. Nenhum dos que ali participam pode ser excluído das relações de poder que o simples fato de estar frente à presença de uns e outros impõe. A presença torna visível que sempre há um limite para as representações que cada um pode ter sobre a situação, já que cada um, com sua presença e sua voz, lembra ao outro os limites que cada um admite ou considera (Berenstein, 2004).

O presente texto não tenta se aprofundar na complexidade que o assunto do poder implica. Simplesmente, se trata de visibilizar que qualquer modo de intercâmbio humano implica os efeitos das relações de poder que o atravessam.

Então, um eixo possível para considerar é aquele núcleo de poder proveniente dos paradigmas. Mesmo que eles sejam necessários para resolver os problemas de um campo de conhecimento, que até certo momento permaneciam em um cone de sombra ou não se contava com instrumentos adequados para intervir e resolver (Bernardi, 1989), se convertem em um obstáculo em si mesmos ao adquirirem um valor hegemônico a partir das instituições ou das práticas sociais, forçando colegas e alunos a adotá-los, erigindo-se em portadores de um saber que opera mais como uma crença que como um conhecimento científico.

Isso conduz a ressaltar que as relações de poder são organizadores permanentes da vincularidade. Os desenvolvimentos da teoria vincular contribuíram para fecundos desenvolvimentos nestes aspectos (Puget, 1996).

* Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

** Equipe de Investigação em Prática Clínica Psicodinâmica, Instituto Universitário de Saúde Mental, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires e Departamento de Pesquisa da Faculdade de Psicologia e Psicopedagogia da Universidad del Salvador.



A questão é que, em todas as disciplinas, a aparição de novas ideias e ferramentas também é promotora de novos problemas.

É talvez a partir desta perspectiva que, em 2017, a Associação Psicanalítica Internacional (IPA, por suas siglas em inglês) criou um comitê de confidencialidade para examinar o uso do material clínico, o uso da tecnologia à distância e outros assuntos, e até o momento continua trabalhando no assunto. Estas palavras do Chair do comitê ilustram algumas das preocupações atuais em relação ao tema tratado neste artigo.

Em vários países, muito possivelmente incluindo toda a Comunidade Europeia, os pacientes possuem registros médicos sobre eles e têm direito a vê-los e controlá-los. Isto pode se estender às anotações do processo analítico. Se for assim, então se tal material extraído do tratamento de um paciente é utilizado em qualquer âmbito (apresentação científica, ensino, estudo de caso clínico, talvez inclusive supervisão), o paciente teria o direito de ver e controlar que é utilizado dessa forma. Em algumas jurisdições, disfarçar as características de identificação pode não ser suficiente para assegurar que os direitos de propriedade de um paciente foram respeitados. Onde ir a partir dali é uma pergunta interessante. Será solicitado o consentimento informado? Em análise, um assunto controverso por direito próprio. A IPA procurou a opinião legal para ajudar a nos guiar através deste emaranhado de temas difíceis. (Brook, 2018, par. 9)¹

Até hoje, então, os membros e candidatos da IPA seguem regidos pelos Princípios de Ética. Código de Ética e Procedimentos de Implementação, que refletem

1 N.T.: Tradução livre.

valores humanitários, princípios psicanalíticos e obrigações profissionais para com os pacientes e o público, mas que não incluem explicitamente o pedido de CI (Associação Psicanalítica Internacional, 2015).

No entanto, merecem ser destacados os pontos 4 e 5 da parte III de citado código, com o título “Código ético para todos os psicanalistas e candidatos”.

O primeiro deles foi citado por Wajnbuch *et al.* (2018) em relação a se perguntar: Poderíamos, por acaso, considerar uma publicação sem consentimento como um “abuso de poder”? Talvez a pergunta possa ser estendida a outras áreas da prática profissional onde caberia a aplicação do CI. A IPA (2015) nos alerta sobre esta questão no trecho transcrito a seguir:

Parte III: Código ético para todos os psicanalistas e candidatos

4. Abuso de poder

a) Um psicanalista deve dar a devida atenção, durante uma análise e após seu término, ao desequilíbrio de poder que possa existir entre o analista e o analisando, não devendo atuar de nenhuma forma que seja contra a autonomia do paciente ou antigo paciente.²

E, já no ponto 5, descreve um ponto essencial que retomaremos mais adiante: a importância de promover as melhores práticas, para o qual claramente menciona o estar atualizado como profissional e o manter contato com outros profissionais.

Parte desta tarefa está ligada a poder publicar, pesquisar, apresentar academicamente e ser lido por colegas não psicanalistas, novamente o tema do CI permeia cada uma destas atividades profissionais.

5. Manutenção de padrões, diminuição da capacidade profissional e doença

a) Um psicanalista deve comprometer-se com o Desenvolvimento Profissional Contínuo e deve manter níveis de contato adequados com colegas profissionais. Isso se destina a assegurar que seja mantido um padrão de prática profissional adequado e conhecimentos atualizados sobre desenvolvimentos profissionais e científicos relevantes.³

Na América Latina, a Federação Latino Americana de Psicanálise (Fepal) segue o Código de Ética da Sociedade Ibero-americana de Saúde Mental na Internet (SISMI, 2009). Nele não se faz alusão ao CI.

A responsabilidade profissional permeia duas áreas impossíveis de eludir: a ética e a lei.

O trabalho realizado por Roussos, Braun e Oliveira, *Condutas responsáveis para pesquisa em psicologia* (2012), assim como seu antecessor *Ethical behaviors of latin american psychotherapy researchers* (Roussos, Braun e Duarte, 2011) e o livro *Informed consent to psychoanalysis: The law, the theory, and the data*, de Saks e Golshan (2013), merecem ser citados como antecedentes deste estudo. Roussos, Braun e Duarte (2011) falam tanto da conduta responsável como da irresponsável em pesquisa. Suas palavras, na opinião dos que escrevem, aplicam-se também à conduta responsável/irresponsável do terapeuta quando asseveram que, muitas vezes, a conduta irresponsável não é intencional, mas sim fruto do desconhecimento, ainda que este não justifique um mal acionar ético.

2 N.T.: A tradução corresponde a: *Princípios Éticos, Código de Ética e Procedimentos de Implementação*. Associação Psicanalítica Internacional (IPA). Disponível em: [https://www.ipa.world/IPA_Docs/ETHICAL%20PRINCIPLES%20Jan%202015%20\(Por\).pdf](https://www.ipa.world/IPA_Docs/ETHICAL%20PRINCIPLES%20Jan%202015%20(Por).pdf)

3 N.T.: A tradução corresponde a: *Princípios Éticos, Código de Ética e Procedimentos de Implementação*. Associação Psicanalítica Internacional (IPA). Disponível em [https://www.ipa.world/IPA_Docs/ETHICAL%20PRINCIPLES%20Jan%202015%20\(Por\).pdf](https://www.ipa.world/IPA_Docs/ETHICAL%20PRINCIPLES%20Jan%202015%20(Por).pdf)

É importante considerar, então, a diferença entre as regulamentações que regem a prática psicanalítica a partir das instituições que formam a IPA e as regulamentações que correspondem à prática profissional dentro de cada país onde se encontram as sociedades membros da IPA.

Realizando uma análise de 19 países latino-americanos, considerando os dados publicados pela Organização Pan Americana de Saúde (Castaglione, OPS e OMS, 2010) e do Escritório de Proteção de Pesquisa Humana (Office for Human Research Protection e U. S. Department of Health and Human Services, 2017), podemos observar padrões que se repetem dentro do que consideram os parâmetros básicos dos direitos do paciente e a prática dos profissionais da saúde.

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (Castaglione, OPS e OMS, 2010), todos os países latino-americanos mencionam em suas leis e guias técnicos o CI e o referem a aspectos similares do que significam os direitos do paciente, tais como: direito à intimidade, à confiabilidade, o exercício de sua autonomia e vontade, receber informação sanitária, ser assessorado, ter acesso a seus registros, conhecer o estado de sua doença, o tratamento e prognóstico, e, finalmente, ter a oportunidade de poder dar seu consentimento ou não sobre a intervenção a que será submetido pelos profissionais de saúde.

Ainda que o CI seja repetidamente mencionado por esses países como um direito que o paciente tem de receber de todos os profissionais e de todos os âmbitos da saúde, não só no âmbito das práticas médicas, é de interesse fazer notar que esta tendência a estendê-lo a todos os profissionais da saúde está mais presente na atualidade.

Também se explicam alguns pontos de importância, conforme regulamentações de diferentes países. Por exemplo, como se especifica no Código de Direito Colombiano leis N° 68 e N° 1995, de 1999), o CI é uma decisão voluntária que deve ser tomada por ambas as partes: o paciente e o profissional da saúde. Esta decisão só deve ser tomada unilateralmente quando há uma emergência.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração é a confidencialidade, que é automaticamente colocada em jogo, uma vez que o contato profissional-paciente ocorre, por isso o código da lei de El Salvador (Ministério de Saúde Pública e Assistência Social, Departamento Geral de Saúde, Departamento de Regulamentação e Departamento de Vigilância da Saúde, 2008) especifica que isso inclui os *pacientes* que pediram ajuda fora da área de consulta e aqueles que receberam os primeiros socorros.

Outro aspecto que está incluído no CI, mas que é pouco mencionado, é o direito a *não ser informado*. Como se estabelece no Código de Direito do Panamá (que regulamenta os direitos e obrigações dos pacientes em matéria de informação e decisão livre e informada, lei N° 68, 2003) um paciente tem direito de não receber informação sobre sua condição médica se assim o desejar e também tem direito de preservar sua família desta informação. No entanto, este direito de confidencialidade é revogado se existir um risco de perigo para si mesmo ou para terceiros. Outro caso no qual a confidencialidade pode ser revogada é se o paciente dá seu consentimento para que isso ocorra ou se um tribunal ordena.

Um paciente também tem direito de revogar seu consentimento a qualquer momento e pode dar seu consentimento uma vez que tenha recebido informação completa e coerente sobre sua doença, tratamento e prognóstico. Essa informação deve se ajustar a suas faculdades mentais e seus antecedentes culturais e econômicos.

Em relação ao estado da arte⁴ sobre o tema escolhido, cabe mencionar Goddard,

Murray e Simpson (2008), que indagaram através de entrevistas semiestruturadas as tensões entre os requerimentos do CI e a prática clínica psicodinâmica. Estes mesmos autores citam a Croarkin, Croarkin, Berg e Spira (2003) para explicar que os terapeutas psicodinâmicos avaliam pobremente a importância do CI nos tratamentos, os benefícios do CI para os pacientes e o uso de procedimentos escritos para o CI. É interessante destacar as principais razões que foram esgrimidas frente a esta atitude, tais como: dar informação detalhada a um paciente poderia ferir a relação terapêutica e que a comunicação dos métodos utilizados na prática psicodinâmica poderia atentar contra a produção de material inconsciente (Jensen, McNamara e Gustafson, 1991, citados Goddard, Murray e Simpson, 2008). Blease, Lilienfeld e Kelly (2006) aludem três razões sobre a recusa ao uso do CI: a dificuldade em compreender o CI como um processo, a complexidade em compreender as contribuições da pesquisa em psicoterapia e a desatenção em relação a compreender os fracassos de tratamento, tema desenvolvido por Bernardi (2016) em nossa região.

No entanto, estudos como de Jensen, McNamara e Gustafson (1991) e Braaten e Handelsman (1997) já refutavam esta posição dos terapeutas e especificavam que os pacientes consideravam como importante poder incluir no processo de CI informação sobre as técnicas inapropriadas, confidencialidade e riscos do tratamento.

Um estudo do Reino Unido mostrou que os pacientes que recebiam informação insuficiente sobre o tratamento, em seu início, tendiam a informar os efeitos colaterais do tratamento (Crawford *et al.*, 2016). De acordo com a explicação proporcionada por Blease, Lilienfeld e Kelly (2006), este achado sustenta a ideia de que dar informação suficiente sobre a terapia ajuda a desmistificar o processo de tratamento, reduz a ansiedade sobre o tratamento e aumenta a confiança entre o terapeuta e o paciente, contribuindo para melhores resultados (Beahrs e Gutheil, 2001; Snyder e Barnett, 2006), ainda que os autores esclareçam que este achado também pode oferecer outras alternativas de compreensão.

De qualquer forma, persiste a discrepância entre as crenças dos terapeutas e a perspectiva dos pacientes, evidenciando-se a tensão existente entre um modelo que pressupõe que o médico sabe o que é melhor para seu paciente, frente a outro que privilegia a autonomia do paciente em relação ao que quer para si.

Hooley (2016) enfatiza, como considerações éticas, a importância de promover melhores práticas e a proteção do paciente e do terapeuta. Para tanto, identifica três pontos centrais: o desenvolvimento e manutenção da competência profissional, a criação de procedimentos razoáveis para proteger a privacidade e confidencialidade do paciente e um CI fundamentado e exaustivo.

Isso não parece possível sem a incorporação do estado da arte em pesquisa em psicanálise e em psicoterapia (Blease, Lilienfeld e Kelly, 2006; Kächele e Schachter, 2017).

O tema proposto por Leibovich de Duarte (2006) fica sempre sujeito à consideração de cada analista: o CI e seu caráter de manifestação consciente do paciente são garantias suficientes dentro do contexto da psicanálise? Como considerar os processos mentais inconscientes na resposta do paciente frente a um pedido de consentimento? Alinhado a estas perguntas, Dyer e Bloch Duke (1987) incluem o tempo como uma variável a ser considerada, pois a implementação do CI é parte de um processo contínuo produzido na relação terapêutica. Explicitam que a comunicação entre ambos pode ter múltiplos níveis de significação (conscientes e inconscientes), e dificilmente podem ser apreciados simultaneamente. O CI se produz mais de uma vez e repetidamente, em um trabalho conjunto.

Em suma, trata-se de um posicionamento ético no qual participam pacientes e analistas.

4 N. da E. : O estado da arte é o nível mais alto de desenvolvimento, seja de um aparelho, de uma técnica ou de uma área científica, alcançado em um tempo definido.

Objetivo geral

Descrever o uso e opinião do consentimento informado (CI) entre psicanalistas e analistas em formação da América Latina, pertencentes à Associação Psicanalítica Internacional.

Objetivos específicos

1. Descrever os diferentes usos do consentimento informado na prática psicanalítica atual e seus problemas associados.
2. Estudar semelhanças e diferenças no uso e opinião do consentimento informado segundo diferentes áreas de desenvolvimento profissional:
 - a) Docência, publicação e investigação
 - b) Prática clínica (adultos, crianças e adolescentes, vínculos e psiquiatria)
 - c) Diferentes escolas de pensamento analítico
3. Descrever a opinião sobre o consentimento informado a partir da perspectiva dos analistas como pacientes.

Método

O estudo 1 desta pesquisa é de alcance exploratório-descritivo, com um enfoque quantitativo.

Amostra

Aplicou-se um questionário a uma amostra não probabilística. Esta esteve limitada aos analistas e aos analistas em formação da América Latina que responderam o questionário, cujos endereços de correio eletrônico estavam incluídos no Roster da IPA, assim como os endereços de analistas em formação que foram obtidos em resposta a uma solicitação aos institutos de formação psicanalítica latino americanos.

Originalmente foram enviados 3902 convites para participar e responder o questionário. Confirmou-se que 3107 foram recebidos corretamente. Responderam o questionário 234 participantes. De acordo com critérios de inclusão estabelecidos previamente, 159 questionários constituíram a amostra.

Tabela 1. Frequência de respostas em relação aos e-mails enviados

	n total	n espanhol	n português
Questionários enviados	3902	2443	1459
Questionários recebidos	3107	2029	1078
Questionários respondidos	234	161	73
Questionários respondidos analisados	159	111	48

Tabela 1. Número de questionários.

Materiais

Foram preparadas perguntas sobre dados demográficos (Anexo 1, juntamente com o questionário)

O questionário compreende 13 perguntas relacionadas com Uso e Opinião sobre o CI. É uma versão modificada do questionário publicado por Saks e Golshan (2013), aplicado a analistas dos Estados Unidos. Solicitou-se autorização dos autores para sua modificação. As modificações foram realizadas em função dos objetivos da pesquisa e parâmetros profissionais relevantes para a cultura local.

A seguir são transcritos os dados demográficos de maior interesse: 68% da amostra total eram mulheres; 66% tinham entre 51 e 70 anos. Sobre o modelo teórico seguido, 57% pertenciam ao modelo freudiano e 19% ao modelo inglês. Em relação ao âmbito de desenvolvimento da atividade profissional, 64% trabalham na prática particular e 52% trabalham com adultos.

A amostra foi distribuída nos seguintes países: Argentina, Brasil, Paraguai, Venezuela, Colômbia, Chile, México, Peru e Uruguai. Um terço dos entrevistados eram brasileiros; um terço, argentinos; e 15% mexicanos. Estes três países representaram 80% da amostra.

Ainda que tenham sido incluídos analistas de 27 sociedades psicanalíticas latino-americanas, a metade da amostra pertencia a uma das seguintes quatro instituições: APdeBA (16%), APA (14%), SBPSP (12%), SPPA (9%). 79% resultaram ser membros da sociedade psicanalítica a qual pertenciam.

A distribuição da amostra em relação às sociedades é descrita na figura 1.

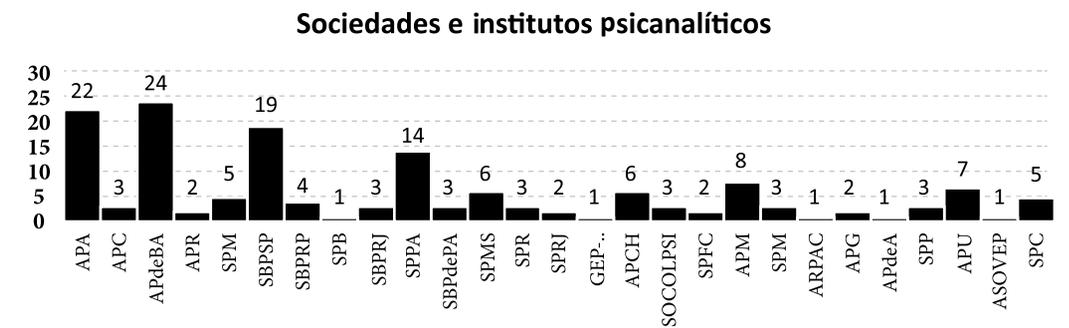


Figura 1. Número de participantes segundo sociedade ou instituto psicanalítico a que pertence.

Procedimento

O questionário de Saks e Golshan (2013) foi traduzido por especialistas ao espanhol e ao português, e novamente, a partir de ambos os idiomas, ao inglês.

O questionário que os participantes deveriam responder foi descarregado (feito o download) no programa Survey Monkey (plataforma de pesquisas para que os usuários respondam *online*, o que também facilitaria a tabulação de dados).

Foram realizadas duas versões, uma em espanhol e outra em português.

Os participantes receberam um convite por correio eletrônico para participar do estudo com um link para a página onde estaria o questionário on-line. Os convites foram enviados de acordo com o idioma do país (espanhol ou português).

Proteção do anonimato: os endereços de IP dos entrevistados eram desconhecidos, sendo impossível rastrear a origem de cada questionário. O mesmo era precedido pela solicitação de um CI a cada participante.

Foram realizados cinco envios de correios eletrônicos aos analistas e aos analistas em formação. Foi solicitada a colaboração da Federação Psicanalítica da América Latina (Fepal), para realizar o primeiro envio. Os envios posteriores foram realizadas pelo Departamento de Investigação do Instituto Universitário de Saúde Mental (Iusam).

Foi preparada uma base de dados utilizando o programa SPSS para a análise conjunta dos questionários obtidos.

Foi realizada uma análise descritiva com provas não paramétricas.

Os resultados foram organizados segundo objetivos específicos.

Análise de dados

As comparações por variável de interesse foram realizadas fundamentalmente mediante três tipos de análise. O qui-quadrado quando ambas variáveis eram nominais. O U de Mann-Whitney quando uma variável era de intervalo e a outra nominal (com duas categorias de resposta). E o H de Kruskal-Wallis quando uma variável era de intervalo e a outra nominal (com três ou mais categorias de resposta). Estas duas análises (não paramétricas) foram selecionadas com base nas evidências da violação do suposto de normalidade nas variáveis apresentadas nas análises descritivas das mesmas.

Para as três análises se estabeleceu um alfa de .050 para o repúdio da hipótese nula.

Frente à falta de análise *post hoc* na prova H de Kruskal-Wallis, frente a diferenças significativas globais são utilizadas comparações U de Mann-Whitney para estabelecer entre que grupos eram observadas as diferenças. Nestes casos se ajustou o alfa mediante uma correção Bonferroni para não aumentar a probabilidade de um erro de tipo I pelas comparações múltiplas. Nos casos em que foram realizadas três comparações simultâneas, o alfa foi estabelecido em .106.

Resultados

Uma observação geral é que o uso do CI foi associado a variáveis como a profissão dos participantes, o modelo teórico ao que se inserem, seu status nas sociedades que conformam e os países de procedência.

A tabela 2 mostra a opinião dos psicanalistas sobre aqueles âmbitos nos quais deveria ser utilizado o CI.

	Sempre	Freq. Às Vezes	Q. N.	Nunca	
Para que o tratamento seja realizado	30	5	12	22	61
Para apresentações clínicas em instituições, congressos etc. que contenham material clínico do paciente	29	15	22	14	50
Para supervisionar o tratamento do paciente	7	3	11	11	87
Para publicações que se refiram ao tratamento do paciente	45	11	15	9	49
Para investigar com material clínico do paciente	33	9	10	7	55
Para gravar o paciente					

Tabela 2. Âmbitos nos quais o consentimento informado deveria ser usado. (Freq.: frequentemente; Q. N.: quase nunca).

A seguir, são descritas as diferenças observadas com base nas características de interesse da amostra, segundo a análise de comparação. Somente as diferenças estatisticamente significativas são apresentadas. Se há alguma diferença não significativa, esta condição é esclarecida no texto.

Diferença por profissão (psicólogo x psiquiatra)

Os psicólogos consideraram em maior medida do que os psiquiatras que não se deveria informar no CI sobre as credenciais do analista nem o estado de saúde do paciente.

Os psiquiatras sustentaram que, em comparação com os psicólogos, em seus consentimentos transmitem em maior medida a especificidade do problema do paciente e alternativas ao processo analítico, enquanto que os psicólogos manifestaram incluir com maior frequência noções associadas ao resguardo da confidencialidade.

A maioria dos psiquiatras manifestou que no consentimento deveriam ser incluídos benefícios e riscos de alternativas terapêuticas à análise e os psicólogos em sua maioria disseram que estas não deveriam ser incluídas.

A maioria dos psiquiatras sustentou que o consentimento deveria ser solicitado por escrito, enquanto a maior parte dos psicólogos considerou que seu formato deveria ser estabelecido dependendo das circunstâncias.

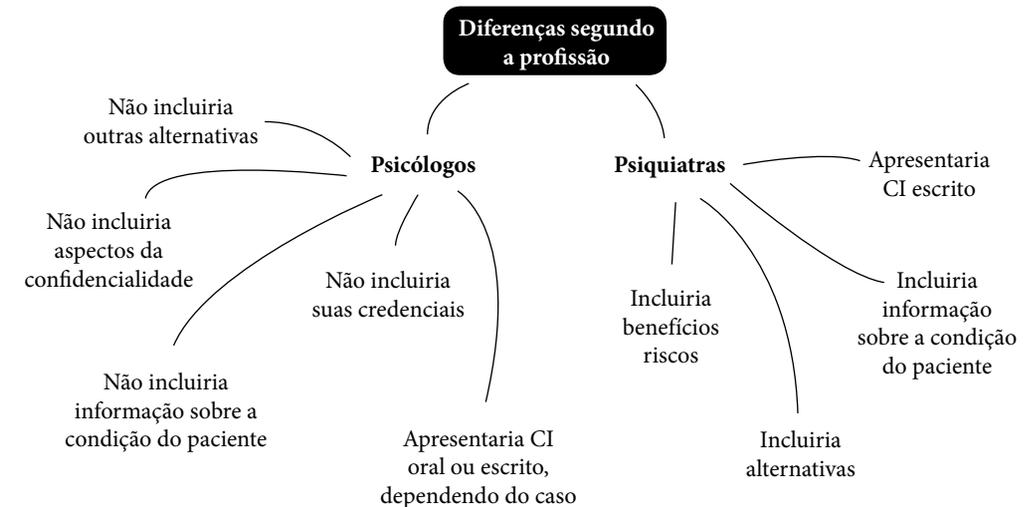


Figura 2. Diferenças estatisticamente significativas segundo profissão.

Diferenças por modelo teórico

O grau no qual os participantes consideraram necessário utilizar o CI para pesquisar usando o material clínico do paciente variou em função do marco teórico dos participantes. Os integrantes da escola rio-platense consideraram em maior medida que deveria utilizar-se com esse fim, comparados com os da escola inglesa e da escola freudiana. Entre estas duas últimas escolas não foram encontradas diferenças significativas.

Por outra parte, o marco teórico foi associado a incluir ou não especificações do problema do paciente no CI. Os participantes da escola freudiana, em sua maioria, tenderam a não incluir informação sobre o assunto, enquanto os da escola rio-platense e da escola inglesa, em maior medida, manifestaram que o fazem.

A inclusão de menções a possíveis ameaças à confidencialidade também foi associada

ao marco teórico. Nos modelos freudianos e de escola rio-platense, foi similar a manifestação de incluir ou não estas noções; os participantes da escola inglesa, por ampla maioria, sustentaram que incluem este aspecto em seus consentimentos.

Nos três grupos de modelos teóricos a maioria considerou necessário usar o consentimento para a realização de apresentações. No entanto, foi muito maior a proporção de participantes da escola rio-platense que manifestaram necessária sua inclusão.

Diferença por status na sociedade

Foram observadas também uma série de variáveis associadas ao status dos participantes nas sociedades as que pertencem.

Em relação ao uso do consentimento, foram observadas diferenças quanto à ideia de que se deveria incluir a autorização do paciente para apresentações, supervisões, etc. Entre os analistas em formação, ainda que a maioria tenha considerado necessário incluir a autorização dos pacientes, uma porcentagem importante considerou que não deveria ser incluída. No caso dos membros de instituições, a proporção de participantes que considerou necessário incluir a autorização foi muito maior. Nos formados no instituto, todos consideraram necessário incluir tal autorização do paciente no consentimento.

Também foram observadas diferenças em relação à finalidade de utilização do consentimento. Os formados no instituto tenderam a considerar, em maior medida, a necessidade de usar o consentimento para supervisão de casos, apresentando diferenças significativas com os membros de instituições e os analistas em formação.

Além disso, o status dos participantes foi associado a diferentes ideias sobre o que transmitir no consentimento.

Os grupos também se diferenciaram na necessidade de transmitir os benefícios do processo analítico. Os formados em instituto apresentaram em maior grau uma necessidade de transmitir estes benefícios, comparados com os outros grupos. Por outra parte, os formados em instituto manifestaram uma tendência maior de transmitir os riscos do processo analítico, com diferenças significativas em relação aos membros de instituições e os analistas em formação.

Os grupos se diferenciaram, por outra parte, com base na necessidade de propor alternativas ao processo analítico. A única diferença significativa entre os pares de grupos foi observada entre os formados em instituto e os analistas em formação, sendo estes últimos os que, em maior grau, manifestam alternativas ao processo analítico no consentimento.

Por último, os grupos se diferenciaram em relação à necessidade de transmitir possíveis ameaças à confidencialidade. Aqueles formados em instituto manifestaram em maior medida tal necessidade, em comparação com o grupo de membros de instituições.

Diferenças por países

A variável país de procedência dos participantes foi associada a variações sobre o CI.

Quanto ao aspecto do consentimento, os países se diferenciaram significativamente em relação a incluir a aceitação voluntária do paciente para realizar o tratamento, informação e pedido de autorização a responsáveis pelo paciente, autorização do paciente para apresentações clínicas e informar sobre o estado de saúde do paciente.

Os participantes da Argentina e do México consideraram necessário, em maior dimensão, que o consentimento incluía a aceitação voluntária do paciente,

enquanto que no Brasil a maior parte dos participantes não a considerou necessário. Também a maioria dos terapeutas da Argentina e do México mencionou a necessidade que o consentimento conte com informação e pedido de autorização aos responsáveis pelo paciente, e no Brasil a quantidade que estabeleceu que era ou não necessário foi virtualmente idêntica.

Em relação à necessidade de incluir a autorização do paciente para apresentações clínicas, nos três países a maioria a considerou necessária, ainda que com variações. Na Argentina, 41% não consideraram necessário incluir a autorização, no México um único caso, dos 21 coletados, não manifestou essa necessidade. No Brasil, 78% sustentaram que deveria incluir-se a autorização do paciente no consentimento.

Informar o estado de saúde do paciente no consentimento também apresentou diferenças por países. 44% dos participantes da Argentina e 42% dos do México o consideraram necessário, enquanto que no Brasil apenas 17% manifestaram tal informação como requisito.

Sobre a finalidade de usar o consentimento, os participantes da Argentina e do México consideraram, em maior medida, que era necessário para realizar o tratamento. Ambos os países apresentaram diferenças significativas em comparação com o Brasil.

Também o uso de consentimento para apresentações clínicas apresentou diferenças entre os países.

Nesse aspecto, os participantes do México tenderam a considerar, em maior grau, a necessidade de utilizar o consentimento para supervisionar o tratamento do paciente em comparação com o Brasil. Na Argentina também foram observadas pontuações superiores às do Brasil neste ponto, mas as diferenças não foram significativas.

Por sua vez, o que os participantes transmitiram e incluíram no consentimento foi associado a seu país de procedência.

Os participantes do Brasil manifestaram transmitir suas qualificações em maior medida que os da Argentina. Ainda que se tenha observado uma diferença com os do México, a mesma não foi estatisticamente significativa.

Os sujeitos do México tenderam a transmitir com maior frequência os benefícios e os riscos do processo analítico, em comparação com os do Brasil e da Argentina.

Também globalmente foi observado que a transmissão de riscos e benefícios de alternativas ao processo analítico se diferenciou segundo os países dos participantes. Ainda que o México tenha sido o país no qual se apresentaram maiores pontuações neste item, nenhuma das comparações U de Mann-Whitney posteriores foram significativas.

Nas comparações por países, alguns dos resultados observados mediante as análises H de Kruskal-Wallis foram replicados pelo qui-quadrado. Assim, por exemplo, os participantes do Brasil em maior proporção manifestaram incluir em seus consentimentos as qualificações.

Do mesmo modo, foram observadas diferenças quanto à inclusão dos riscos do processo analítico e as possíveis ameaças à confidencialidade.

Finalmente, sobre o conhecimento de leis que regulamentam o uso do consentimento, os participantes se diferenciaram no fato de conhecer uma lei clínica que promova seu uso. A maioria dos participantes da Argentina respondeu que conhecia uma lei dessa natureza, enquanto que entre os participantes do Brasil se observou uma tendência oposta.

Resultados de acordo com os objetivos específicos

1. Descrever diferentes usos de consentimento informado em práticas clínicas psicanalíticas atuais e problemas associados. Foram observadas diferenças significativas entre psicólogos e psiquiatras, diferentes escolas de pensamento e o status

dos participantes na sociedade em relação ao que incluiriam em um CI e como o administrariam.

Também podemos ver uma diferença de acordo com os países – por exemplo, entre Argentina e Brasil –, em relação ao conhecimento que têm sobre as leis que regulam o uso do CI.

Em relação ao conhecimento da lei sobre o CI, a figura 3 mostra diferenças de acordo com diferentes áreas de prática profissional



Figura 3. Conhecimento da lei sobre consentimento informado de acordo com as diferentes áreas de prática profissional.

2. Estudar semelhanças e diferenças no uso e opinião do consentimento informado segundo diferentes áreas de desenvolvimento profissional.

A) Participação no ensino, publicações, investigação, supervisão.

Ainda que tenham havido diferenças significativas em relação a este ponto, cabe mencionar a opinião de psicanalistas sobre a obrigatoriedade nos âmbitos antes mencionados. Esta informação se observa no gráfico da figura 4.

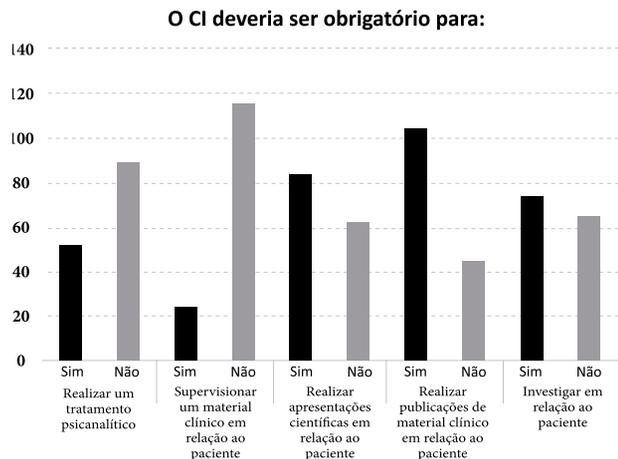


Figura 4. Opinião de psicanalistas sobre a obrigatoriedade do CI em diferentes âmbitos.

B) Segundo áreas de prática clínica (adultos, crianças e adolescentes, vinculação, psiquiatria).

Não houve diferenças significativas.

C) Segundo diferentes escolas de pensamento analítico.

Como se viu antes, os terapeutas não diferem na opinião em aspectos chave em função de sua escola de pensamento.

3. Descrever opiniões sobre o CI a partir da perspectiva do analista como paciente. Resultados da pesquisa: Não houve diferenças significativas.

Limitações do estudo

É importante destacar a baixa porcentagem de respostas como limitação do estudo 1, que foi inferior a 30%. A baixa taxa de resposta de alguns países não permitiu que fossem incluídos nas análises estatísticas. Pode haver variáveis que intervenham, associadas com o responder a pesquisa, que implicam uma visão particular do CI. Em consequência, a generalização destes resultados significaria uma ameaça para a validade externa. Devido a taxa de resposta, seria apropriado replicar o estudo na população total ou utilizar um desenho probabilístico de amostragem que assegure um grau de representatividade da amostra.

Também não há uma prova de validade psicométrica da pesquisa em termos de sua validade e confiabilidade.

Propõe-se que sejam exploradas as percepções do CI com instrumentos padronizados ou que sejam desenvolvidos instrumentos específicos. Também deve ser considerada a conveniência social nas respostas.

Discussão e conclusões

Às vezes, como nesta ocasião, a ausência de dados gera hipóteses de grande interesse. Das 234 respostas cujos dados demográficos foram recolhidos, apenas 159 responderam as perguntas específicas ao uso e opinião sobre o CI.

É possível apresentar algumas hipóteses sobre estes resultados, em primeiro lugar, em relação ao material em si. Foi compreensível o questionário? De fácil acesso? Cada um de vocês poderá opinar a respeito, uma vez que o mesmo está incluído como anexo neste trabalho.

No entanto, para este estudo, é mais interessante considerar a reticência dos psicanalistas em dar sua opinião e explicar o uso que fazem ou não do CI.

Este é um território desconhecido e isso dificulta a resposta? Este tema questiona algo muito valioso para a comunidade psicanalítica, a ética no atendimento ao paciente? Será que em nossa região as instituições psicanalíticas não refletiram o suficiente sobre este assunto? Ou talvez, as instituições psicanalíticas não geraram pautas suficientemente claras?

O CI e sua implementação obrigam a repensar questões centrais relacionadas com o processo analítico, o qual deve ser reconhecido como complexo. A questão da confidencialidade parece ser de maior importância em relação a sua inclusão no CI. Até certo ponto, parece que, segundo a cultura institucional, o direito primário do paciente é a confidencialidade. E a confidencialidade está protegida, por exemplo, nas apresentações, disfarçando o material. Mas, como dar um passo em direção à cultura atual, na qual os pacientes exigem uma maior implicação em questões de sua própria saúde?

Por sua vez, ao implementar o CI, a subjetividade do paciente adquire relevância uma vez mais como interesse *princeps* do psicanalista ao fazer lugar para os direitos do paciente.

Entendemos que esta pesquisa é simplesmente um trampolim para uma reflexão maior, que deve ter lugar nas instituições psicanalíticas latino americanas, especialmente em relação aos analistas em formação. A maioria dos que contribuíram

com esta pesquisa são analistas sênior, com muitos anos de experiência profissional na prática particular, mas a situação não é a mesma para os que estão atualmente em formação e que trabalham no setor público, não apenas no setor particular.

O desafio é incentivar os profissionais a refletir sobre este tema em relação com sua prática profissional e seus conhecimentos, levando em consideração as implicações éticas e jurídicas em ambos os casos, e ter êxito na sensibilização sobre a importância de dar a devida informação sobre o CI.

Kächele e Schachter (2017) introduzem o conceito de arbitrariedade voluntária e involuntária para descrever seu papel na formação da identidade psicanalítica.

A arbitrariedade se refere a uma convicção intensa que carece de fundamentação ou de dados justificativos. A arbitrariedade involuntária se refere a uma convicção cuja base é plausível, ainda que na revisão posterior percebamos que foi erroneamente concebida. Espera-se que esta contribuição colabore para se compreenderem algumas atitudes em relação ao uso e opinião sobre o CI como uma arbitrariedade involuntária e facilite as mudanças profissionais atuais relacionadas com a prática psicanalítica.

Resumo

O objetivo do estudo foi investigar o uso e opinião do consentimento informado (CI) que têm os psicanalistas e os analistas em formação latino americanos, pertencentes à Associação Psicanalítica Internacional.

Foram estudadas semelhanças e diferenças que surgem entre eles em relação a diferentes áreas: a) docência, publicação e investigação; b) prática clínica; c) diferentes escolas de pensamento analítico.

Para este estudo (1) foi modificado o questionário de Saks e Golshan (2013) aplicado a analistas dos Estados Unidos. Foram completados 159 questionários; foi realizada uma análise descritiva com estatísticas não paramétricas.

Os resultados indicam que o uso do CI é associado a variáveis como a profissão, o modelo teórico no qual se insere o sujeito da pesquisa, o status na sociedade psicanalítica e ao país de procedência, e também ao modo em que a cultura institucional local permeia a opinião e o uso do CI.

Entre as limitações ao estudo ressalta a baixa taxa de respostas.

Palavras-chave: Clínica; Ética; Instituição; Poder; Pesquisa. **Candidatas a palavras-chave:** Consentimento informado.

Abstract

The objective of this study was to investigate the use and opinion of Latin American psychoanalysts and analysts in training about informed consent (IC), belonging to the International Psychoanalytic Association.

We studied the similarities and differences, in relation to different areas: a) teaching, publication and research; b) clinical practice; c) difference in schools of thought.

For this study (1) the survey by Saks y Golshan (2013) administered to American Analysts, was modified. 159 surveys were completed. A descriptive analysis was performed with non-parametric statistics.

The use of IC is associated to variables such as: profession, theoretical model which the analysts ascribe to, their status in their psychoanalytic society and country of origin. It should be noted that the local institutional culture, has an influence on the opinion and use of IC.

We highlight the low response rate as a limitation to the study.

Keywords: Clinical practice; Ethics; Institution; Research. **Alternative keyword:** Informed consent.

Referências

- Asociación Psicoanalítica Internacional (2015). *Ethics code new*. Disponível em: https://www.ipa.world/ipa/en/IPA/Procedural_Code/Ethics_code_new.aspx
- Behars, J. O. y Gutheil, T. G. (2001). Informed consent in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 158, 4-10.
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W. e Parker, L. S. (2007). *Informed consent: Legal theory and clinical practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Blease, C., Lilienfeld, S. O. e Kelly, J. M. (2006). Evidence-based practice and psychological treatments: The imperative of informed consent. *Frontiers in psychology*, 68, 7.
- Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro(s): Ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bernardi, R. (1989). El poder de las teorías. El papel de los determinantes paradigmáticos en la comprensión psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis*, 46(6), 904-929.
- Bernardi, R. (2016). Evolución de los pacientes en psicoterapia: La evaluación de los cambios. Em R. Bernardi, B. Varela, D. Miller, R. Zytner, L. de Souza e R. Oyennard, *La formulación psicodinámica de caso: Su valor para la práctica clínica* (pp. 353-369). Montevideo: Grupo Magro.
- Braaten, E. B. e Handelsman, M. M. (1997). Client preferences for informed consent information. *Ethics and behavior*, 7(4), 311-328.
- Brook, A. (2018). The IPA on confidentiality. Disponível em: <http://www.ipa.world/IPA/en/Members/confidentialityAB.aspx>
- Castiglione, S., Organización Panamericana de Salud e Organización Mundial de Salud (2010). *Compilación de Legislación sobre sistemas de servicios de emergencia en América Latina*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Corbella, V., Rodríguez Quiroga, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Marengo, J. C., Riveros, C., Varrenti, M. M. e Pacheco, G. (2016). Uso y opinión del consentimiento informado entre psicoterapeutas: Un estudio piloto. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1, 19-35.
- Croarkin, P., Berg, J. e Spira, J. (2003). Informed consent for psychotherapy: A look at therapists' understanding, opinions, and practices. *American Journal of Psychotherapy*, 57(3), 384-400.
- Crawford, M. J., Thana, L., Farqharon, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P. et al. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry*, 208, 260-265.
- Dyer, A. e Bloch Duke, S. (1987). Informed consent and the psychiatric patient. *Journal of Medical Ethics*, 13, 12-16.
- Foucault, M. (2001). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI. (Trabalho original publicado em 1975).
- Goddard, A., Murray, C. D. e Simpson, J. (2008). Informed consent and psychotherapy: An interpretative phenomenological analysis of therapists' views. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(2), 177-191.
- Hooley, I. (2016). Ethical considerations for psychotherapy in natural settings *ecopsychology*, 8(4), 215-221.
- IBM Corp (2013). *IBM SPSS Statistics Version 22.0*. Armonk: IBM Corp.
- Jensen, J. A., McNamara, R. e Gustafson, K. E. (1991). Parents' and clinicians' attitudes toward the risks and benefits of child psychotherapy: A study of informed-consent content. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 161-170.
- Kächele, H. e Schachter, J. (2017). The role of arbitrariness in identity formation and research. *Romanian Journal of Psychoanalysis*, 10, 69-82.
- Leibovich de Duarte, A. (2006). La ética en la práctica clínica: Consideraciones éticas en la investigación psicoanalítica. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, 102, 197-220.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Salud, Dirección de Regulación e Dirección de Vigilancia de la Salud (2008). *Guía técnica para los servicios de atención prehospitalaria*. San Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Office for Human Research Protections e U. S. Department of Health and Human Services (2017). *International compilation of human research standards*. Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/international/compilation-human-research-standards/index.html>
- Puget, J. (1996). Del poder al poder. *Revista de Psicoanálisis*, 5, 121-135.
- Rodríguez Quiroga, A., Messina, A. e Sansalone, P. (2012). Informed consent calling for debate between analysts and researchers. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 963-980.
- Roussos, A. J., Braun, M. e Duarte, A. L. (2011). Ethical behaviors of Latin American psychotherapy researchers. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 6(1), 51-53.
- Roussos, A., Braun, M. e Olivera, J. (2012). *Conductas responsables para investigación en psicología*. Buenos Aires: FUNICS.
- Saks, E. e Golshan, S. (2013). *Informed consent to psychoanalysis. The law, the theory, and the data*. Nova York: Fordham University Press.
- Snyder, T. A. e Barnett, J. E. (2006). Informed consent and the process of psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 41, 37-42.
- Sociedad Iberoamericana de Salud Mental en Internet (2009). Principios del Código de ética para sitios web en Salud Mental. Disponível em: <http://www.eutimia.com/sismi/codigo.htm>
- Wajnbusch, S., Bonifacino, N., Durand, N., González, L., Kopittke, C., Nader, V., Peiter, C., Rodríguez Quiroga de Pereira, A. e Rouillon, G. (2018). Confidencialidad, disfray y consentimiento informado? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 126, 129-151.



Anexo do trabalho "Consentimento informado: Seu uso e opinião entre psicanalistas latino-americanos"

► <https://goo.gl/RZUHcz>