

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**HERMES DE FREITAS BARBOSA**

**Aplicações da cirurgia minimamente invasiva na dor pélvica  
crônica: aspectos bioéticos**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2010**

**HERMES DE FREITAS BARBOSA**

**Aplicações da cirurgia minimamente invasiva na dor pélvica  
crônica: aspectos bioéticos**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina  
de Ribeirão Preto da Universidade de São  
Paulo para obtenção do título de Doutor em  
Medicina.

Área de concentração: Tocoginecologia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José  
Candido dos Reis

**RIBEIRÃO PRETO**

**2010**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Barbosa, Hermes de Freitas

Aplicações da cirurgia minimamente invasiva na dor pélvica crônica: aspectos bioéticos. Ribeirão Preto, 2010.

111p. : il.; 30cm

Tese de doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Tocoginecologia.

Orientador: Reis, Francisco José Candido dos.

1. Bioética. 2. Cirurgia minimamente invasiva.  
3. Dor pélvica crônica. 4. Laparoscopia. 5. Autonomia

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Hermes de Freitas Barbosa

Aplicações da cirurgia minimamente invasiva na dor pélvica crônica: aspectos bioéticos

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Doutor em Medicina.

Área de concentração: Tocoginecologia

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



“Pode-se viver uma vida magnífica,  
quando se sabe trabalhar e amar,  
trabalhar pelo que se ama e amar  
aquilo em que se trabalha.”

Tolstói

## DEDICATÓRIA

Ao meu pai HERMES, exemplo de dedicação à família e que me ensinou que a vida é uma constante luta.

À minha mãe REGINA, de quem herdei garra, humildade e que me incentivou na realização das mais diferentes atividades.

À minha esposa FABIANI, de quem ouvi as palavras certas nos momentos de desânimo e de quem recebi a tolerância nos momentos de ausência. Sempre notei seus passos ao lado dos meus...

Aos meus filhos LUÍZA e TIAGO, que fazem de cada palavra *pai* em seus lábios uma comemoração pela vida.

## AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e seu Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, por propiciar minha formação profissional e científica.

Ao Prof. Dr. Francisco José Candido dos Reis, orientador e grande mestre, que me apresentou o mundo do conhecimento científico e me proporcionou as ferramentas para que eu dele fizesse parte.

Ao Prof. Dr. Antonio Alberto Nogueira, com seu jeito amigoso, prestativo, eterno mestre, pela sua dedicação à pós-graduação.

Ao Prof. Dr. Sérgio Pereira da Cunha, pela amizade e pelo aprendizado com sua incomensurável experiência em nossos debates éticos.

Ao Prof. Dr. Sérgio Brito Garcia, pelas discussões de grande valia para o formato final deste trabalho.

À minha irmã Dra. Patrícia de Freitas Barbosa, pelo carinho e respeito.

Ao Prof. Dr. Júlio César Rosa e Silva, Prof. Dr. Omero Benedicto Poli Neto e Prof. Dr. Ricardo de Carvalho Cavalli, contemporâneos de graduação e residência, agora companheiros de trabalho, pela amizade e apoio nesta jornada.

A todos os professores, médicos assistentes e funcionários do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Aos colegas da Pós-graduação, companheiros de mesma luta, pela amizade e incentivo.

A toda minha família.

## RESUMO

BARBOSA, H. F. **Aplicações da cirurgia minimamente invasiva na dor pélvica crônica: aspectos bioéticos**. 2010. 111p . Tese de doutorado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A laparoscopia é considerada um importante recurso para o diagnóstico da dor pélvica crônica e, por ser um recurso tecnológico relativamente novo e economicamente dispendioso, traz consigo alguns questionamentos bioéticos. Dentre eles, o estudo dos fatores que influenciam a autonomia é questão importante para a compreensão do fenômeno e a busca de soluções. O objetivo deste estudo foi analisar quantitativamente os pressupostos da autonomia, quais sejam, a informação, a competência e a liberdade, em mulheres com indicação de cirurgia minimamente invasiva para o diagnóstico e tratamento da dor crônica. Foram incluídas 52 pacientes, para as quais foram aplicados o questionário McGill de dor e a Escala Analógica Visual (EAV), além de instrumento específico, baseado na escala Likert, contendo 24 afirmativas divididas em três categorias: informação, liberdade e competência. Os resultados mostraram mediana com escores acima de 60% do valor máximo para as três categorias. A idade, duração da dor, intensidade da dor pela Escala Analógica Visual (EAV) e pelo questionário de dor MCGill apresentaram coeficiente de correlação de Spearman ( $r$ )  $< 0,6$  em relação às categorias Informação, Competência e Liberdade. A atividade profissional, estado civil e renda familiar não alteraram os escores nas três categorias. Quanto à escolaridade, as pacientes com até 8 anos de estudo apresentaram escores menores nas categorias informação ( $p=0,0142$ ) e competência ( $p=0,0308$ ), em relação às pacientes com mais de 8 anos de estudo; não houve diferença na categoria liberdade. Concluiu-se que as pacientes receberam informação adequada, mostraram-se competentes e

com liberdade para decidir. Concluiu-se também que a escolaridade é fator que influencia positivamente na autonomia.

Palavras-chave: bioética; cirurgia minimamente invasiva; dor pélvica crônica; laparoscopia; autonomia.

## ABSTRACT

BARBOSA, H. F. **Applications of minimally invasive surgery in chronic pelvic pain: bioethical issues** . 2010. 111p . Thesis (Doctoral) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Laparoscopy is important for diagnosis of chronic pelvic pain and raises bioethical discussions. Among them, the study of factors that influence autonomy is an important question for comprehension of the situation and looking for solutions. This study aims to analyse the elements of autonomy: information, competence and freedom, in women with indication for minimally invasive surgery for diagnosis and treatment for chronic pelvic pain. It was carried out with a sample of 52 women. They were asked to complete the McGill pain questionnaire (MPQ) and the Visual Analogic Scale (VAS). Data collection was based on Likert scale with 24 propositions classified in three categories: Information, Competence and Freedom. Median scores were >60% of maximum index for Information, Competence and Freedom. Age, length and intensity of pain (VAS and MPQ) weren't found to be significantly correlated to any of the three categories (Spearman index  $r < 0,6$ ). Occupation, marital status and salaries didn't influence the scores of the three categories. Patients with low levels of schooling presented lower scores of Information and Competence related to patients with higher schooling ( $p < 0,05$ ). Then, schooling level influenced autonomy of chronic pelvic pain patients.

Key-words: bioethics; minimally invasive surgery; chronic pelvic pain; laparoscopy; autonomy.

## LISTA DE TABELAS

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Tabela 1 –  | Distribuição das afirmativas por categoria, segundo a classificação positiva ou negativa .....   | 47 |
| Tabela 2 –  | Características gerais das pacientes .....   | 49 |
| Tabela 3 –  | Características Gerais das pacientes, divididas por categorias .....   | 50 |
| Tabela 4 –  | Frequência de respostas à afirmativa 1 “Os médicos me orientaram sobre a cirurgia indicada para o meu problema de saúde” .....           | 51 |
| Tabela 5 –  | Frequência de respostas à afirmativa 2 “Fui orientada sobre as alternativas de tratamento para o meu problema de saúde” .....            | 52 |
| Tabela 6 –  | Frequência de respostas à afirmativa 3 “Entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento” .....                      | 53 |
| Tabela 7 –  | Frequência de respostas à afirmativa 4 “Tive liberdade para conversar com os médicos sobre as minhas dúvidas” .....                      | 54 |
| Tabela 8 –  | Frequência de respostas à afirmativa 5 “Os médicos ouviram as minhas preocupações” .....   | 55 |
| Tabela 9 –  | Frequência de respostas à afirmativa 6 “Senti dificuldades para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado” .....     | 56 |
| Tabela 10 – | Frequência de respostas à afirmativa 7 “Senti dificuldade para fazer perguntas aos médicos” .....  | 57 |
| Tabela 11 – | Frequência de respostas à afirmativa 8 “Tive liberdade para decidir pelo tratamento a ser realizado” .....                               | 58 |
| Tabela 12 – | Frequência de respostas à afirmativa 9 “Fui orientada sobre as vantagens do procedimento proposto” .....                                 | 59 |
| Tabela 13 – | Frequência de respostas à afirmativa 10 “Os médicos não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento” ..... | 60 |
| Tabela 14 – | Frequência de respostas à afirmativa 11 “Os médicos falaram de forma difícil de entender” .....  | 61 |
| Tabela 15 – | Frequência de respostas à afirmativa 12 “Os médicos explicaram o motivo do tratamento” .....   | 62 |
| Tabela 16 – | Frequência de respostas à afirmativa 13 “Não gostei da maneira como fui tratada quando perguntei sobre o procedimento” .....             | 63 |

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Tabela 17 – | Frequência de respostas à afirmativa 14 “As explicações fornecidas pelos médicos me deram segurança para a tomada de decisão” .....   | 64 |
| Tabela 18 – | Frequência de respostas à afirmativa 15 “Entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado” .....   | 65 |
| Tabela 19 – | Frequência de respostas à afirmativa 16 “Gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento” .....  | 66 |
| Tabela 20 – | Frequência de respostas à afirmativa 17 “Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos médicos” .....  | 67 |
| Tabela 21 – | Frequência de respostas à afirmativa 18 “Entendi as respostas que os médicos deram às perguntas que fiz” .....  | 68 |
| Tabela 22 – | Frequência de respostas à afirmativa 19 “Fui orientada frente aos possíveis riscos e reações do procedimento” .....   | 69 |
| Tabela 23 – | Frequência de respostas à afirmativa 20 “Os médicos influenciaram minha tomada de decisão na realização do procedimento” .....  | 70 |
| Tabela 24 – | Frequência de respostas à afirmativa 21 “Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros” ..... | 71 |
| Tabela 25 – | Frequência de respostas à afirmativa 22 “Fui orientada quanto às desvantagens do procedimento a ser realizado” .....  | 72 |
| Tabela 26 – | Frequência de respostas à afirmativa 23 “As orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras” .....   | 73 |
| Tabela 27 – | Frequência de respostas à afirmativa 24 “Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento” .....   | 74 |
| Tabela 28 – | Mediana dos escores das categorias Informação, Competência e Liberdade .....  | 75 |
| Tabela 29 – | Correlação entre a idade e os escores das categorias Informação, Competência e Liberdade .....  | 76 |
| Tabela 30 – | Correlação entre a duração da dor e os escores das categorias Informação, Competência e Liberdade .....   | 76 |
| Tabela 31 – | Correlação entre a dor medida pela EAV e os escores das categorias Informação, Competência e Liberdade .....  | 77 |
| Tabela 32 – | Correlação entre a dor medida pelo questionário McGill e os escores das categorias Informação, Competência e Liberdade .....  | 78 |



|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Tabela 33 – | Escores (mediana) das categorias Informação, Competência e Liberdade de acordo com a atividade profissional ..... | 79 |
| Tabela 34 – | Escores (mediana) das categorias Informação, Competência e Liberdade de acordo com a escolaridade .....           | 79 |
| Tabela 35 – | Liberdade de acordo com o estado civil .....  | 80 |
| Tabela 36 – | Escores (mediana) das categorias Informação, Competência e Liberdade de acordo com a renda familiar .....         | 81 |
| Tabela 37 – | Escores (mediana) das categorias Informação, Competência e Liberdade de acordo com ao diagnóstico final .....     | 82 |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Frequência de respostas à afirmativa 1 “Os médicos me orientaram sobre a cirurgia indicada para o meu problema de saúde” .....            | 51 |
| Figura 2 – Frequência de respostas à afirmativa 2 “Fui orientada sobre as alternativas de tratamento para o meu problema de saúde” .....             | 52 |
| Figura 3 – Frequência de respostas à afirmativa 3 “Entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento” .....                       | 53 |
| Figura 4 – Frequência de respostas à afirmativa 4 “Tive liberdade para conversar com os médicos sobre as minhas dúvidas” .....                       | 54 |
| Figura 5 – Frequência de respostas à afirmativa 5 “Os médicos ouviram as minhas preocupações” .....  | 55 |
| Figura 6 – Frequência de respostas à afirmativa 6 “Senti dificuldades para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado” .....      | 56 |
| Figura 7 – Frequência de respostas à afirmativa 7 “Senti dificuldade para fazer perguntas aos médicos” .....   | 57 |
| Figura 8 – Frequência de respostas à afirmativa 8 “Tive liberdade para decidir pelo tratamento a ser realizado” .....                                | 58 |
| Figura 9 – Frequência de respostas à afirmativa 9 “Fui orientada sobre as vantagens do procedimento proposto” .....                                  | 59 |
| Figura 10 – Frequência de respostas à afirmativa 10 “Os médicos não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento” ..... | 60 |
| Figura 11 – Frequência de respostas à afirmativa 11 “Os médicos falaram de forma difícil de entender” .....  | 61 |
| Figura 12 – Frequência de respostas à afirmativa 12 “Os médicos explicaram o motivo do tratamento” .....   | 62 |
| Figura 13 – Frequência de respostas à afirmativa 13 “Não gostei da maneira como fui tratada quando perguntei sobre o procedimento” .....             | 63 |
| Figura 14 – Frequência de respostas à afirmativa 14 “As explicações fornecidas pelos médicos me deram segurança para a tomada de decisão” .....      | 64 |
| Figura 15 – Frequência de respostas à afirmativa 15 “Entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado”. .....                               | 65 |
| Figura 16 – Frequência de respostas à afirmativa 16 “Gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento” .....                   | 66 |

|   |    |
|---|----|
| Figura 17 – Frequência de respostas à afirmativa 17 “Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos médicos” .....  | 67 |
| Figura 18 – Frequência de respostas à afirmativa 18 “Entendi as respostas que os médicos deram às perguntas que fiz” .....  | 68 |
| Figura 19 – Frequência de respostas à afirmativa 19 “Fui orientada frente aos possíveis riscos e reações do procedimento” .....   | 69 |
| Figura 20 – Frequência de respostas à afirmativa 20 “Os médicos influenciaram minha tomada de decisão na realização do procedimento” .....  | 70 |
| Figura 21 – Frequência de respostas à afirmativa 21 “Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros” ..... | 71 |
| Figura 22 – Frequência de respostas à afirmativa 22 “Fui orientada quanto às desvantagens do procedimento a ser realizado” .....  | 72 |
| Figura 23 – Frequência de respostas à afirmativa 23 “As orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras” .....   | 73 |
| Figura 24 – Frequência de respostas à afirmativa 24 “Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento” .....   | 74 |

# SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>18</b> |
| 1.1 Bioética: gênese e primeiros movimentos .....   | 20        |
| 1.2 O princípalismo de Beauchamp e Childress .....  | 24        |
| 1.3 A Bioética na perspectiva européia.....   | 27        |
| 1.4 A Bioética na perspectiva brasileira e latino-americana.....                          | 28        |
| 1.5 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO.....                 | 30        |
| 1.6 Dor pélvica crônica e vídeolaparoscopia .....   | 31        |
| 1.7 Os avanços da vídeo-endoscopia e seus aspectos bioéticos.....                         | 33        |
| 1.8 Proposição.....   | 35        |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>   | <b>37</b> |
| 2.1 Objetivo Geral.....   | 37        |
| 2.2 Objetivo Específico .....   | 37        |
| <b>3 CASUÍSTICA E MÉTODOS .....</b>   | <b>39</b> |
| 3.1 Modelo de estudo .....  | 39        |
| 3.2 Casuística .....  | 39        |
| 3.2.1 Critérios de inclusão.....  | 39        |
| 3.3 Métodos .....   | 40        |
| 3.3.1 Local do estudo e dinâmica da coleta de dados.....                                  | 40        |
| 3.3.2 Instrumento de coleta de dados .....  | 40        |
| 3.3.2.1 As escalas para mensuração da dor .....   | 41        |
| 3.3.2.2 A escolha da escala Likert.....   | 42        |
| 3.3.2.3 A construção dos itens da escala utilizada .....                                  | 43        |
| 3.3.3 Banco de dados e análise estatística .....  | 47        |
| 3.3.4 Normas para a redação do texto.....   | 47        |
| <b>4 RESULTADOS.....</b>  | <b>49</b> |
| 4.1 Caracterização das pacientes.....   | 49        |
| 4.2 Frequência de respostas em cada uma das proposições.....                              | 50        |
| 4.3 As categorias Informação, Liberdade e Competência .....                               | 75        |
| 4.4 Influência da idade na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica.....           | 75        |
| 4.5 Influência da duração da dor na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica ..... | 76        |

|  |            |
|--|------------|
| 4.6 Influência da dor medida pela Escala Analógica Visual (EAV) na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica ..... | 77         |
| 4.7 Influência da dor medida pelo Questionário de dor McGill na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica .....    | 77         |
| 4.8 Influência da atividade profissional na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica .....                        | 78         |
| 4.9 Influência da escolaridade na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica .....                                  | 79         |
| 4.10 Influência do estado civil na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica .....                                 | 80         |
| 4.11 Influência da renda familiar na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica .....                               | 80         |
| 4.12 Influência do diagnóstico final na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica .....                            | 81         |
| <b>5 DISCUSSÃO .....</b>   | <b>84</b>  |
| <b>6 CONCLUSÕES .....</b>  | <b>95</b>  |
| <b>7 REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>103</b> |
| ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRPUSP .....  | 103        |
| ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....   | 104        |
| ANEXO C - Escala Analógica Visual (EAV) e questionário McGill de dor .....   | 105        |
| ANEXO D - Instrumento de Coleta de dados.....  | 106        |
| ANEXO E - Afirmativas das categorias Informação, Competência e Liberdade ..  | 109        |

---

## INTRODUÇÃO

---

# 1 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico experimentado pela Medicina na segunda metade do século passado, e que continua a passos largos neste século, trouxe sensível melhora na qualidade de vida do ser humano, o que também se refletiu no aumento de sua expectativa de vida. Não obstante o entusiasmo dos bons resultados, salta aos olhos o profundo descompasso entre o progresso das ciências biomédicas e a maturidade das reflexões morais sobre suas conseqüências. A bem da verdade, o progresso tecnológico nas diversas áreas do conhecimento também deixou abertas as feridas desse descompasso, a ponto de vivermos hoje em um planeta ameaçado, entre outras coisas, pelo aquecimento global. Mas em nenhum momento da história da humanidade debateu-se tanto sobre temas que resultaram dos avanços da área biomédica.

A maior evidência desse descompasso foi o surgimento da Bioética na segunda metade do século XX, seu desenvolvimento rápido e a proliferação de modelos para seu estudo. Trata-se de uma nova e complexa área do saber que experimentou um avanço sem precedentes na história das ciências nos seus poucos mais de trinta anos de vida. Isto porque a Bioética se desenvolveu num contexto caracterizado pela confluência de saberes de várias disciplinas e em plena era da ciência moderna (AZEVEDO, 1998). Ademais, apesar de surgir de uma problemática comum, o estudo da Bioética enveredou por diferentes orientações nos Estados Unidos. Contribuições de diferentes correntes filosóficas sobretudo na Europa e na América Latina, acabaram por estabelecer modelos adequados de estudo para uma região ou população específica. As temáticas gerais não se alteram substancialmente, uma vez que são determinadas pelas circunstâncias que deram

origem à própria Bioética, mas as perspectivas de análise indubitavelmente são muitas, porquanto diferentes são as formas de pensar e agir nas diversas sociedades (NEVES, 1996).

Algumas das primeiras temáticas abordadas pela Bioética foram os transplantes de órgãos, a pesquisa em seres humanos, as técnicas reprodutivas, as potencialidades da engenharia genética e o consentimento informado (NEVES, 1996). Mais recentemente, temas como a terminalidade da vida, a vulnerabilidade dos cidadãos dos países em desenvolvimento, e a receptividade das inovações tecnológicas por esses países, têm povoado as discussões bioéticas.

A introdução de novas tecnologias, ou a inovação nas já existentes, suscita debates bioéticos acalorados e, nesse contexto, podem ser inseridas as técnicas minimamente invasivas, em especial as vídeo-assistidas. Com a sua utilização, a idéia milenar de examinar o interior do corpo humano se tornou realidade, através da utilização de câmeras de vídeo cada vez menores e técnicas cada vez mais apuradas. Atualmente, cirurgias abordando órgãos abdominais podem ser feitas sem necessidade de grandes incisões na parede abdominal, o que indubitavelmente representou um grande avanço na Medicina. Ocorre que, a introdução de novas técnicas por vezes esbarra em limitações das mais variadas ordens, principalmente em países em desenvolvimento.

Para uma melhor compreensão da abordagem que se pretende dar a esses temas, fazem-se necessárias breves palavras acerca do surgimento, conceituação e evolução histórica da Bioética, bem como do uso das técnicas minimamente invasivas em medicina.



## 1.1 Bioética: gênese e primeiros movimentos

É muito difícil determinar o começo de uma disciplina acadêmica, uma vez que os marcos históricos acontecem quase que concomitante. Mesmo no caso da Bioética, que é uma disciplina relativamente nova, distinguir seus primeiros movimentos das influências preliminares é tarefa bastante complexa. Apesar disso, admite-se que a palavra Bioética foi primeiramente empregada pelo oncologista e biólogo norte-americano Van Rensselder Potter, da Universidade de Wisconsin, Madison, na obra *Bioethics: bridge to the future*, publicada em janeiro de 1971. Potter a definiu como a “ciência da sobrevivência”, num sentido ecológico; preocupava-se com a sobrevivência na Terra, ameaçada pelo crescimento da tecnologia industrial, pelo uso indiscriminado de agrotóxicos, de experiências biológicas e o uso de animais em pesquisa, dentre outras preocupações. Idealizou uma ciência que pudesse prover o “conhecimento de como usar o conhecimento”, para a sobrevivência do homem e para a melhoria da qualidade de vida. Em sua origem, portanto, a Bioética teria um compromisso com o equilíbrio e a preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e a própria vida do planeta (POTTER, 1971). Em julho daquele mesmo ano, 1971, foi fundado o *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, na *Georgetown University*, de Washington D.C.. Seu fundador, Andre Hellegers, empregou o termo Bioética num sentido diverso daquele idealizado por Potter, seis meses antes. Hellegers restringiu a Bioética a uma “ética das ciências da vida”, particularmente consideradas ao nível do humano, significação esta que tem prevalecido e que tem estado na base da sua constituição como área específica de uma nova expressão do saber (NEVES, 1996).

O pano de fundo para o surgimento da Bioética contou com marcos históricos, sejam eles referentes a novas descobertas científicas ou a movimentos e transformações sociais, principalmente nos Estado Unidos. Na ciência, tiveram importância a descoberta do DNA em 1953, a pílula anticoncepcional, as experiências em reprodução humana e genética, os transplantes, entre outros. No ambiente social, pode-se destacar a luta pela igualdade de direitos entre homens e mulheres, negros e brancos, a liberação sexual e o movimento pelos direitos humanos. Nesse cenário despertam as primeiras indagações a respeito dos benefícios reais do progresso e suas possíveis conseqüências, uma vez que situações antes impensáveis começavam a acontecer. Nesse sentido, a conclusão de Neves (1996):

É neste ambiente - marcado por grandes evoluções e sentimentos contraditórios - que a Bioética emerge como novo domínio da reflexão e da prática, que toma como seu objeto específico as questões humanas na sua dimensão ética, tal como se formulam no âmbito da prática clínica ou da investigação científica, e como método próprio a aplicação de sistemas éticos já estabelecidos ou de teorias a estruturar.

Uma análise menos romântica das origens da Bioética nos remete a um passado marcado por violações à integridade e à dignidade da pessoa humana. Dentre estas violações, pode-se destacar os abusos cometidos em pesquisas com seres humanos, realizadas de acordo com o único interesse do Estado, no esforço de guerra tanto da Alemanha como dos países aliados, bem como no interesse científico. O Código de Nuremberg é o documento resultante do Tribunal Internacional de Nuremberg, em 1947, que julgou vinte e três pessoas – vinte das quais médicos, que foram consideradas criminosas de guerra, pelos brutais experimentos realizados em seres humanos durante a Segunda Guerra Mundial. Pela primeira vez foi produzido um código com as recomendações internacionais

sobre os aspectos éticos envolvidos na pesquisa em seres humanos. Ato contínuo, pode-se destacar a realização da Assembléia Geral das Nações Unidas, onde se materializou a Declaração Universal de Direitos Humanos, em 1948. Este talvez venha a ser o marco mais importante no estudo sobre direitos humanos, que ganhou grandes proporções a partir de então, marcando o início de um novo momento na história da humanidade, um período de recuperação de valores éticos e humanos, no qual se insere a Bioética (DALLARI, 2009).

Apesar dos referidos esforços para a proteção da integridade e a dignidade da pessoa humana, denúncias evidenciaram que não apenas os criminosos de guerra desrespeitaram os valores humanos ao utilizarem os indivíduos como meras cobaias. Na década de 1960 surgiram denúncias nos EUA e em outros lugares do mundo, demonstrando que experimentos inimagináveis continuaram a ser realizados, como os denunciados em publicação do *New England Journal of Medicine*, em 1966. Trata-se de um artigo do pesquisador Henry K. Beecher, no qual denunciava 22 pesquisas médicas “eticamente duvidosas”, publicadas em revistas médicas e desenvolvidas nos EUA desde os anos 30, feitas sem o consentimento dos sujeitos pesquisados e nas quais existia uma relação entre riscos e benefícios claramente desfavorável para os sujeitos objeto.

O caso que suscitou maior escândalo foi indubitavelmente o já citado *Tuskegee Syphilis Study*, no estado do Alabama, brilhantemente retratado no filme *Cobaias* (1997). Este estudo, financiado pelo serviço de saúde pública, teve como objetivo estudar o curso natural da sífilis, ou seja, os cientistas deixaram que a doença se desenvolvesse em aproximadamente 400 pessoas negras, mesmo depois da descoberta da penicilina, na década de 40. Frente ao escândalo, o Congresso norte-americano promulgou em 1974 o *National Research Act.*, que instituiu a

Comissão Nacional Para a Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental (*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*). Esta comissão publicou, em 1979, o Relatório Belmont (*Belmont Report* - por ter sido realizado no Centro de Convenções Belmont, em Elkridge, no estado de Maryland), que estabeleceu um primeiro modelo de ética para a pesquisa com seres humanos baseado nos princípios do respeito ao exercício da autonomia da pessoa, da beneficência e da justiça, aplicados conjuntamente ao procedimento de obtenção do consentimento livre e esclarecido, à ponderação entre riscos e benefícios e à seleção dos sujeitos, objetos de pesquisa (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998). Assim, o Relatório Belmont constituiu uma espécie de esboço do futuro modelo principialista, ainda que aplicado somente à experimentação com seres humanos.

Apesar do importante marco representado pelo Relatório Belmont na gênese do modelo principialista, deve-se dizer que os primeiros estudos referentes à Ética e à Bioética deu-se no Instituto Kennedy, referido anteriormente, que se tornou o primeiro centro nacional para a literatura de Bioética e criou o primeiro programa de pós-graduação em Bioética do mundo. Nesta instituição, o colaborador Warren Thomas Reich, teólogo católico, editou a *Encyclopedia of Bioethics*, em 1978, e definiu a Bioética como o “estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde, examinada à luz dos valores e princípios morais” (REICH, 1978). Na segunda edição, em 1995, reconheceu a multidisciplinaridade como um dos pilares da Bioética e a definiu com sendo “o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar” (REICH, 1995). O arcabouço teórico desenvolvido na primeira edição da referida obra, bem como no

Relatório Belmont serviu de referência à obra de dois dos mais importantes autores da Bioética, sobre a qual passa-se a discorrer.

## 1.2 O princípalismo de Beauchamp e Childress

A partir dos estudos dos pesquisadores do Instituto Kennedy e do modelo instituído pelo Relatório Belmont, os pesquisadores Tom Beauchamp e James Childress, retrabalharam os três princípios iniciais em quatro, distinguindo beneficência e não-maleficência, e publicaram a obra que se transformaria na principal fundamentação teórica da Bioética, *Principles of Biomedical Ethics*, em 1979. Vale destacar que, ao contrário do Relatório Belmont, que era voltado para a pesquisa, Beauchamp e Childress propuseram a aplicação do sistema de princípios para a área clínico-assistencial. Dessa forma, a obra destacou quatro princípios morais: princípio da beneficência; princípio da não-maleficência; princípio do respeito à autonomia; e princípio da justiça. Segundo os autores esses princípios são *prima facie*, isto é, são obrigações que devem, via de regra, ser cumpridas desde que não entrem em conflitos com outras de importância pelo menos igual em situações reais (AZEVEDO, 2007).

Os princípios da não-maleficência e da beneficência correspondem historicamente aos dois princípios tradicionais da ética hipocrática *primum non nocere* e *bonum facere*, isto é, estabelecem as regras ou deveres profissionais relativos à tradicional ética médica. O princípio da beneficência tenta, num primeiro momento, a promoção da saúde e a prevenção da doença e, em segundo lugar, pesa os benefícios e os malefícios buscando a prevalência dos primeiros. Bernard<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> BERNARD J. *De la biologie à l'éthique*. Paris: Buchet/Chastel, 1990, p. 71.

(1990 apud KIPPER; CLOTET,1998) confirma esse entendimento ao dizer que “todo ato terapêutico, toda decisão, tem como único alvo proporcionar um auxílio eficaz a uma pessoa enferma em perigo”. O princípio da não-maleficência, em contraposição ao primeiro, significa primeiramente ou acima de tudo não causar danos. No mais das vezes, o princípio de não-maleficência envolve abstenção, enquanto o princípio da beneficência requer ação. O princípio de não-maleficência é devido a todas as pessoas, enquanto que o princípio da beneficência, na prática, é menos abrangente (KIPPER; CLOTET,1998).

O respeito à autonomia surge como princípio moral no âmbito da cultura dos direitos humanos fundamentais, formulados em 1948 na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Foi concebido pelos autores do “princípioalismo” no sentido do paciente ter que ser tratado como outra pessoa, que tem o direito de decidir sobre as questões essenciais relativas à sua vida e às suas preferências pessoais. Essa autonomia deve, *prima facie*, ser respeitada, o que significa dizer que deve ser respeitada desde que não existam boas razões para o contrário, como nos casos de perigo de vida (AZEVEDO, 2007). Outro ponto importante a se destacar é que a pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, é livre de constrangimentos para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas. Além da liberdade de opção, o ato autônomo também pressupõe haver liberdade de ação, requer que a pessoa seja capaz de agir conforme as escolhas feitas e as decisões tomadas (MUÑOZ, FORTES, 1998). Assim, quando não há liberdade de pensamento, nem de opções, ou ainda quando não exista liberdade de agir conforme a alternativa ou opção desejada, a ação empreendida não pode ser julgada autônoma (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1997). Em outras palavras, a pessoa, para exercer o ato autônomo, tem que dispor de informações adequadas,

liberdade para escolher entre as alternativas apresentadas e competência, ou seja, capacidade para a escolha.

O princípio da justiça, quando elaborada pela comissão que redigiu o Relatório Belmont, dizia respeito à "imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios", quando da realização de uma pesquisa científica. Quando aplicado à prática assistencial, ocorre um certo distanciamento da ética médica tradicional, sendo introduzido nas questões bioéticas devido principalmente à questão conflituosa da alocação de recursos, da constante necessidade de se decidir o quê e quem priorizar no acesso a bens considerados finitos e escassos.

O modelo principialista ganhou força na prática clínica por propiciar, como vimos, linguagem simples, objetiva e que possibilita a verbalização de percepção e sentimentos éticos frente a problemas práticos do cotidiano. A partir daquele momento, como nunca antes, pareceu haver ferramentas para o enfrentamento dos problemas cotidianos. Como bem salientou Pessini e Barchifontaine (1998), o "principialismo" foi o porto seguro para os médicos durante o período de profundas mudanças na compreensão ética dos cuidados clínicos assistenciais nos Estados Unidos.

Apesar de sua boa aplicação na prática assistencial, o modelo principialista não foi capaz de dar segurança moral para a infinidade de dilemas bioéticos que se apresentavam a passos largos. Por conta disso, apesar dos poucos anos de existência da Bioética, uma profusão de modelos passou a ser idealizada. Conforme registrado por Zoboli (2003) e Neves (1996), dentre os modelos mais comuns destacam-se o libertário, o das virtudes, o da casuística, o modelo contemporâneo do direito natural e o do cuidado. De um modo geral, pode-se dizer que os modelos anglo-americanos se caracterizam por um modo parcial de

considerar a pessoa, que é predominantemente tomada como ser racional, com liberdade e vontade própria, ou seja, privilegiam a autonomia. A bioética, nestes modelos, é considerada principalmente pela efetividade da sua ação e, neste sentido, como técnica, desenvolvendo-se pelas regras que estabelece para a ação moral no domínio clínico.

### 1.3 A Bioética na perspectiva européia

A Bioética, na perspectiva anglo-americana, é bem diferente da perspectiva européia que, por sua vez, é diferente da perspectiva latino-americana. Na Europa continental, a Bioética teve seus primeiros ensaios já na década de 80, com a institucionalização de diversas comissões de Ética, muito em particular com os Conselhos Nacionais de Ética. Além disso houve e ainda há uma busca incessante pela sua fundamentação, que encontra um Diego Gracia, bioeticista espanhol, um justificativa interessante. Para ele é preocupante utilizar procedimentos sem ir a fundo em sua fundamentação, pois fundamentos e procedimentos são, na verdade, duas facetas da mesma moeda, inseparáveis. Pobre é o procedimento que não está bem fundamentado e pobre é o fundamento que não dá como resultado um procedimento ágil e correto (GRACIA<sup>2</sup>, 1991 apud. PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1997).

O princípalismo, inaugurado por Beauchamp e Childress, veio ao encontro do pragmatismo filosófico anglo-americano. Dentre os princípios, apesar de serem *prima facie*, muito se destacou o princípio do respeito à autonomia, materializado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que, a despeito de

---

<sup>2</sup> GRACIA, D. *Procedimientos de decisión em ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991.



sua contribuição para a humanização dos serviços de saúde, expõe situações impensáveis para a perspectiva europeia da Bioética. À título de comparação, utilizando um exemplo simples, a doação de sangue nos Estados Unidos é feita de modo comercial, enquanto na Europa predomina a gratuidade, tida como princípio. Situação análoga ocorre na Reprodução Assistida, onde o útero de substituição, na maioria das vezes utilizado a título gratuito por laços de parentesco na Europa (assim como no Brasil), torna-se "barriga de aluguel", perfeitamente aceitável no contexto anglo-americano, patente o princípio da autonomia. Esses exemplos corriqueiros demonstram uma perspectiva individualista, pragmática, privilegiando a autonomia da pessoa.

Portanto, enquanto a perspectiva anglo-americana está voltada para microproblemas, buscando solução imediata e estabelecendo normas para os problemas do indivíduo, a perspectiva europeia privilegia a dimensão social do ser humano, com prioridade para o sentido da justiça e equidade (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998). Avança numa busca sobre o fundamento do agir humano, para além da normatividade da ação. Neves (1996), ao comparar as duas perspectivas, assim definiu, não restando espaço para maiores considerações:

A reflexão bioética de tradição filosófica anglo-americana desenvolve uma normativa de ação que, enquanto conjunto de regras que conduzem a uma boa ação, caracterizam uma moral. A reflexão bioética de tradição filosófica europeia prossegue uma inquirição acerca do fundamento do agir humano, dos princípios que determinam a moralidade da ação, constituindo-se numa ética.

#### **1.4 A Bioética na perspectiva brasileira e latino-americana**

No Brasil, as primeiras iniciativas no estudo da Bioética foram de responsabilidade de entidades médicas, em especial do Conselho Federal de

Medicina que, em 1993, editou a mais antiga revista especializada, intitulada *Bioética*. Como salienta Diniz (2008), durante um curto período entendeu-se a bioética como uma especialidade da ética médica, e não foi por acaso que houve uma migração de campo da medicina legal e da ética médica para a bioética. Como consequência, pode-se destacar como característica a forte ênfase no raciocínio ético para a resolução de problemas, fomentada principalmente pelo principlismo que, como já comentado, é de fácil compreensão e domínio por não especialistas em humanidades.

Alguns marcos podem ser considerados históricos no desenvolvimento da Bioética brasileira. Entre eles a já citada criação da Revista *Bioética* do Conselho Federal de Medicina, em 1993; a aprovação da Resolução 196/ 1996, pelo Conselho Nacional de Saúde, que regulamentava as pesquisas em seres humanos; a realização do I Congresso Brasileiro de Bioética, em 1996; a realização do VI Congresso Mundial de Bioética, em Brasília, em 2002; e a participação efetiva dos bioeticistas brasileiros e da América Latina na elaboração e aprovação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, em 2005.

A América Latina vem desenvolvendo modelos de estudo em Bioética mais adequados para a sua realidade, com uma contribuição importante da teologia católica, principalmente no Brasil. Inegável porém, a grande influência da perspectiva anglo-americana e da européia, mais notadamente da primeira. Escusado dizer que o panorama da pesquisa, assistência à saúde, educação, enfim, de tudo aquilo relacionado à dignidade do ser humano, na América Latina, em muito difere dos países do primeiro mundo. Naquela, predominam as chamadas "situações persistentes", definidas como aquelas que teimosamente persistem entre as sociedades humanas desde a Antiguidade, como a discriminação da mulher, a

exclusão social, o racismo, a inequidade na alocação e distribuição de recursos sanitários, a abandono de crianças e idosos, entre outros (GARRAFA, 2003). Estas situações persistentes parecem ser muito mais ameaçadoras ao equilíbrio social nos países em desenvolvimento que as situações emergentes, resultantes do desenvolvimento científico e tecnológico dos últimos 50 anos, como engenharia genética, Projeto Genoma, clonagem humana, entre outros. Nesse sentido, os dilemas bioéticos dos países em desenvolvimento podem não ser mais satisfatoriamente analisados exclusivamente a partir de teorias anglo-americanas ou européias. Surgiram então o que se pode chamar de escolas emergentes da bioética brasileira, como por exemplo, “a bioética de reflexão autônoma, bioética de intervenção, bioética de proteção, bioética da teologia da libertação, bioética crítica de inspiração feminista e bioética feminista e anti-racista” (GARRAFA; CORDÓN, 2006).

### **1.5 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO**

A homologação, em outubro de 2005, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), veio ao encontro da necessidade de se estabelecer um referencial teórico, dirigido aos Estados, mas que também oferecesse orientação para decisões ou práticas de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas (UNESCO, 2005). Vale lembrar que, no âmbito do debate contemporâneo, seja nos Estados Unidos, Europa ou América Latina, as propostas e modelos em Bioética são diversificados, o que pode causar uma certa desorientação, por falta de um sólido ponto de referência.

Assim, de uma bioética inicialmente pautada em princípios universais, divulgados a partir do Relatório Belmont e da publicação da obra clássica de Beauchamp & Childress, partiu-se para um conceito de bioética remodelado em direção a uma visão conceitualmente mais ampla, tornando-a mais aplicada e comprometida com as dimensões sociais, legais e ambientais (BARBOSA, 2009). Essa ampliação de horizontes da Bioética ficou consolidada na referida Declaração, cujos princípios estão assim elencados: dignidade humana e direitos humanos; benefício e dano; autonomia e responsabilidade individual; consentimento; respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual; privacidade e confidencialidade; igualdade, justiça e equidade; não-discriminação e não-estigmatização; respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo; solidariedade e cooperação; responsabilidade social e saúde; compartilhamento de benefícios; proteção das gerações futuras; e proteção do meio-ambiente, da biosfera e da biodiversidade.

## **1.6 Dor pélvica crônica e vídeolaparoscopia**

Dor pélvica crônica é um problema de saúde pública. A prevalência geral estimada é de 3,8% em mulheres (superior à enxaqueca, asma e lombalgia) (ZONDERVAN et al., 1999; ZONDERVAN; BARLOW, 2000), variando de 14 a 24% em mulheres na idade reprodutiva, com impacto direto na sua vida conjugal, social e profissional. Não sabemos sua real prevalência em países em desenvolvimento, como o Brasil, mas estima-se que seja superior àquela encontrada em países desenvolvidos (LATTHE et al., 2006). Tem um custo direto e indireto superior a dois bilhões de dólares por ano (MATHIAS et al., 1996) e é responsável por 40% a 50%

das laparoscopias ginecológicas, cerca de 10% das consultas ginecológicas e 12% de todas as histerectomias realizadas (HOWARD, 1993; BRODER et al., 2000; GAMBONE et al., 2002). Apesar de não haver um consenso, a dor pélvica crônica (DPC) é definida, mais comumente, como dor pélvica não menstrual, com duração de pelo menos 6 meses suficientemente severa para interferir com as atividades habituais, e que necessita de tratamento clínico e/ ou cirúrgico (HOWARD, 1993). A etiologia não é clara e, usualmente, resulta de uma complexa interação entre os sistemas gastrintestinal, urinário, ginecológico, músculo-esquelético, neurológico, psicológico e endócrino, influenciado ainda por fatores socioculturais (HOWARD, 2003). Embora o diagnóstico da doença seja estritamente clínico, a identificação da causa primária frequentemente exige métodos mais invasivos, tal como a laparoscopia. Por outro lado, as estratégias atuais de tratamento freqüentemente resultam em insucessos, especialmente para o grupo de mulheres portadoras de dor pélvica crônica sem causa aparente, o que é frustrante para a paciente e para o profissional de saúde.

A laparoscopia é considerada um importante método propedêutico para o diagnóstico da dor pélvica crônica, embora nem sempre identifique uma anormalidade óbvia. Os achados mais freqüentes são endometriose (33%), aderências (24%), doença inflamatória pélvica (5%) e pelve sem anormalidade (35%), apesar de que alguns estudos mostram que esses últimos números podem ser reduzidos para 15% quando se faz uma triagem clínica prévia (HOWARD, 1993; HOWARD, 2003). Em nossa experiência encontramos mais frequentemente aderências (52%), endometriose (34%), seqüelas de doença inflamatória pélvica (32%) e varizes pélvicas (11%) (ALMEIDA et al., 2002). É importante salientar que uma laparoscopia negativa não exclui doença, uma vez

que há relatos de doença microscópica em amostras de biópsias peritoneais de mulheres com pelve aparentemente normal (NISELLE et al., 1990; BALASCH et al., 1996). Recentemente, Nasco et al. (2006) identificaram 63% de anormalidades, incluindo endometriose, endossalpingiose e inflamação, em mulheres com pelve macroscopicamente normal (NASCU et al., 2006). Por outro lado, um achado laparoscópico pode não necessariamente ser a causa da doença, visto existir um mesmo achado em pacientes com e sem dor. Esta “discrepância clínico-patológica” pode ser melhor investigada com acompanhamento das pacientes, mas poucos são os estudos na literatura que avaliam, a longo prazo, a sintomatologia e a qualidade de vida das mulheres com a doença após a realização da laparoscopia.

### **1.7 Os avanços da vídeo-endoscopia e seus aspectos bioéticos**

A maneira como são recebidos os avanços tecnológicos em medicina divergem de sociedade para sociedade. Isto ocorre porque determinados procedimentos médicos podem ser incompatíveis com as tradições e valores culturais da sociedade na qual são implementados, podendo inclusive causar dano à sua identidade e integridade cultural. Em 1994, por exemplo, nas Filipinas, a implantação do transplante de órgãos esbarrou na dificuldade de lidar com conceitos aparentemente simples, como a definição de morte cerebral e a permissão para retirada de órgãos, gerando entraves judiciais impensáveis em países desenvolvidos onde já se dominavam as técnicas pertinentes (CASTRO, 1997). Ao que parece, neste caso, e em inúmeros outros exemplos, a transferência de tecnologia envolve necessariamente a transferência de valores.

Como se não bastasse, em países em desenvolvimento, as “situações persistentes”, como a escassez de recursos e sua deficiente alocação, as injustiças sociais e a falta de educação formal dificultam sobremaneira o progresso científico e a implantação de novas técnicas. Portanto, valores culturais e necessidades sociais são determinantes para a acolhida de novos avanços na sociedade.

O uso da laparoscopia, recurso tecnológico relativamente novo e economicamente dispendioso, traz consigo alguns questionamentos do ponto de vista ético. Por ser uma tecnologia que envolve um alto investimento, tanto do ponto de vista econômico quanto de formação profissional, deve-se atentar para maneiras de se garantir sua eficiência, ponderando seus efeitos sobre os gastos públicos com os serviços de saúde, contribuindo assim com a problemática da alocação de recursos. Também do ponto de vista individual, sob a ótica do paciente, muitas vezes pode ser difícil decidir pela aceitação da indicação de uma laparoscopia, uma vez que, por diversas razões, pode não compreender o real alcance do método. Isto exige do médico o melhor exercício de seu dever de informar, uma vez que, no caso específico de pacientes com dor pélvica crônica, estabelecer os limites do alcance desse poderoso recurso tecnológico pode ser o diferencial no sucesso do tratamento. Assim, os aspectos bioéticos da aplicação da laparoscopia na dor pélvica crônica vão desde o nível individual, os chamados microproblemas, passando necessariamente pela questão da autonomia do paciente, até problemas de gestão de recursos para a saúde, o que levaria ao estudo de um conceito mais amplo de justiça.

## 1.8 Proposição

O respeito à autonomia do paciente é um dos pilares de toda a Bioética, desde o princípalismo de Beauchamp e Childress até os tempos atuais, passando pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, em 2005. Assim, avaliar a autonomia do paciente, ou seja, sua livre manifestação em decidir, nos parece importante na medida em que, ao se determinar fatores que possam influenciar essa autonomia, os profissionais de saúde poderão implementar medidas no sentido de interferir beneficentemente nessa tomada de decisão. Um exemplo dessa atuação seria a adequação do Termo de Consentimento Informado para um grupo ou para um paciente em específico. Ocorre que, avaliar a autonomia é tarefa por demais complexa, uma vez que está sujeita a um sem número de condições que a influenciam. Além disso, por ser de natureza subjetiva, costuma ser objeto dos estudos de natureza qualitativa.

Isto posto, propôs-se um estudo de natureza quantitativa, através de questionário baseado em uma escala psicométrica, na tentativa de se estabelecer fatores que possam influenciar a tomada de decisão das pacientes com diagnóstico de dor pélvica crônica e que têm a indicação de realização de cirurgia minimamente invasiva, seja ela diagnóstica ou terapêutica.



---

## OBJETIVOS

---

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar a autonomia das mulheres com dor pélvica crônica submetidas à cirurgia minimamente invasiva.

### **2.2 Objetivo Específico**

Estudar os pressupostos da autonomia, quais sejam, a informação, a competência e a liberdade, em mulheres com indicação de cirurgia minimamente invasiva para o diagnóstico e tratamento da dor pélvica crônica.

---

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

---

## **3 CASUÍSTICA E MÉTODOS**

### **3.1 Modelo de estudo**

Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.

### **3.2 Casuística**

Entre janeiro de 2008 e dezembro de 2009, 62 pacientes com diagnóstico de dor pélvica crônica foram submetidas a abordagem cirúrgica por via laparoscópica, seja para fins diagnósticos ou terapêuticos, das quais 52 pacientes aceitaram participar do estudo.

O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), processo nº 3973/2008 (Anexo A).

#### **3.2.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídas no estudo as pacientes que satisfizeram simultaneamente as seguintes condições: maior de 18 anos; com diagnóstico de dor pélvica crônica; que tivesse decidido pelo procedimento cirúrgico, seja ele diagnóstico ou terapêutico; que tivesse aceitado participar voluntariamente do estudo, após assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) e que tivessem efetivamente realizado o procedimento.

### **3.3 Métodos**

#### **3.3.1 Local do estudo e dinâmica da coleta de dados**

O estudo foi realizado no Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP).

O protocolo de condutas do setor preconiza que, no momento da indicação de laparoscopia para a paciente com dor pélvica crônica, o processo para obtenção do consentimento da paciente para o procedimento deve ser iniciado pelo médico assistente. Esta etapa culmina com a assinatura do Termo de Consentimento Informado. Neste momento é marcado um retorno na semana anterior ao procedimento, para confirmar o consentimento obtido, sanar as dúvidas da paciente e proceder as últimas recomendações.

Iniciou-se então o trabalho deste pesquisador que, antes de aplicar o instrumento de coleta de dados, informou às paciente sobre o estudo e seus objetivos e verificou seu interesse em participar. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da pesquisa foi lido em conjunto com as pacientes que, após sanar suas dúvidas, assinaram-no.

#### **3.3.2 Instrumento de coleta de dados**

O instrumento para a coleta de dados contém uma página inicial com instruções para seu preenchimento, sendo composto de três partes. A primeira referente à caracterização dos participantes da pesquisa, no que se refere a idade,

escolaridade, profissão/ocupação, nome do procedimento, estado civil, renda familiar e tempo de aparecimento da dor. A segunda traz duas escalas para mensuração da dor; a Escala Analógica Visual (EAV) e o questionário McGill de dor. A terceira parte é relativa à investigação da autonomia da paciente, quando da indicação do procedimento cirúrgico; constitui-se de um questionário com afirmativas referentes à atuação dos médicos, bem como ao entendimento do paciente acerca do processo de esclarecimento e tomada de decisão.

### 3.3.2.1 As escalas para mensuração da dor

A mensuração clínica foi realizada através de dois instrumentos: a escala analógica visual (EAV) e o questionário McGill. O primeiro é a escala unidimensional mais utilizada na prática clínica pela exeqüibilidade, rapidez e aplicação clínica, apesar de algumas críticas à sua linearidade (PESUDOVS, 2005). Consta de uma linha ininterrupta de 100mm de extensão na qual a paciente é orientada a marcar o ponto que corresponde à dor referida, lembrando que o início da escala (0) corresponde à ausência de dor e o término da escala (10) corresponde à pior dor já vivenciada (parto sem analgesia, infarto do miocárdio, dor de dente, litíase urinária...) ou imaginada. Tem como vantagem a simplicidade, a utilização ampla em em vários idiomas, e é compreensível pela maioria dos pacientes independente da escolaridade (ONG; SEYMOR, 2004).

O questionário McGill de dor (McGill Pain Questionnaire – MPQ) foi desenvolvido por Melzack em 1971 (MELZACK, 2005) e traduzido e adaptado para o português brasileiro por Pimenta e Teixeira (1996). É um instrumento amplamente aceito como fidedigno, válido, sensível e preciso. Contém 78 descritores distribuídos

em 20 itens. Estes são subdivididos em 4 agrupamentos: sensorial-discriminativo, afetivo-motivacional, avaliativo-cognitivo e miscelânea. Cada item é composto por 2 a 6 descritores qualitativamente similares, mas com propriedades que os tornam diferentes em magnitude. A paciente, ao responder cada item, deveria escolher somente o descritor que melhor descrevesse a característica da sua dor. Apesar da aparente complexidade ele permite à paciente retratar com mais riqueza de detalhes sua experiência dolorosa, deixando-a mais segura quanto ao fato de transmitir o que ela realmente está sentindo. Além disso, no estudo de tradução referido, o tempo para preenchimento do MPQ foi, em média, 3,5 minutos.

### **3.3.2.2 A escolha da escala Likert**

O estudo das atitudes é tarefa complexa e comporta um grande número de técnicas, tanto qualitativas como quantitativas. O próprio termo “atitude” vem carregado de uma série de definições. Segundo Lambert & Lambert (1954), o conceito de atitude é o de “uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir em relação a pessoas, grupos, questões sociais ou, mais genericamente, a qualquer acontecimento ocorrido no meio circulante”. Rodrigues (1981) define as atitudes como “o conjunto das crenças, sentimentos e tendências comportamentais dos sujeitos frente a um determinado objeto social”. Assim, são as atitudes que determinam como os indivíduos tomam posições frente aos outros e aos acontecimentos, e é em função delas que se avaliam sentimentos, comportamentos e escolhas. E uma das formas de se estudar as atitudes é através de escalas psicométricas, que têm como objetivo “transformar” sentimentos, crenças e comportamentos, em dados mensuráveis. Encontramos na literatura uma ampla

gama de técnicas e instrumentos com o objetivo de obter medidas de atitudes e opiniões sobre diferentes temas, idealizados e testados por diversos autores. Assim, podemos citar os métodos de Thurstone, Osgood, Guttman, Fishbein, Ajzen e Likert (PASQUALI, 2000).

Para o presente estudo optamos por um instrumento de medida escalar, apresentada por Rensis Likert no artigo "A Technique for the measurement of Attitudes", de 1932, no qual sustenta que uma atitude (propriedade psicológica) constitui uma disposição para ação, o que vem ao encontro do exposto até aqui (PASQUALI, 2000). É uma escala bipolar que vai de um extremo a outro, passando por um ponto neutro. A escala Likert apresenta uma lista de afirmativas, geralmente embasadas em referencial bibliográfico, vivências e experiência anteriores. Os sujeitos da pesquisa são convidados a expressar concordância ou discordância, de acordo com seu critério, seja ele objetivo ou subjetivo, em uma escala de cinco pontos. A cada grau de concordância é dado um valor numérico de um a cinco. Portanto, um valor numérico total pode ser calculado de todas as respostas. Cada item do questionário é geralmente acompanhado de uma escala analógica visual, por exemplo uma linha horizontal, ou itens em sequência, onde o sujeito da pesquisa indica sua resposta circulando ou assinalando com um "x". A escala Likert é uma escala psicométrica comumente usada em questionários, e é a escala mais largamente usada em pesquisa de comportamento.

### **3.3.2.3 A construção dos itens da escala utilizada**

A autonomia do paciente, conforme discutido previamente, está alicerçada em três condições fundamentais quais sejam a informação, a competência e a



liberdade. Daí a proposta de se distribuir os itens em três categorias principais, na tentativa de que os seguintes questionamentos fossem respondidos:

- As pacientes receberam informações suficientes acerca do diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento para a sua doença?
- As pacientes compreenderam as informações acerca do diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento para a sua doença?
- As pacientes se sentiram livres para tomar a decisão de se submeter ao procedimento?

Assim foram elaboradas 24 afirmativas, divididas em três categorias: Informação (11 afirmativas), Competência (6 afirmativas) e Liberdade (7 afirmativas). Cada afirmativa foi seguida por uma escala analógica visual, representada por itens em sequência (ANEXO D). Dispensou-se a validação do conteúdo, uma vez que as afirmativas foram semelhantes às utilizadas por Auricchio & Massarollo (2007), quando do estudo da percepção de clientes quando ao esclarecimento para a tomada de decisão em procedimentos estéticos.

As proposições foram apresentadas de forma aleatória dentre as categorias, com proposições positivas e negativas, a fim de não condicionar as respostas dos participantes do estudo:

Para a categoria Informação foram utilizadas as seguintes afirmativas:

1 - Os médicos me orientaram sobre a cirurgia indicada para o meu problema de saúde. (Positiva)

2 - Fui orientada sobre as alternativas de tratamento para o meu problema de saúde. (Positiva)

9 - Fui orientada sobre as vantagens do procedimento proposto.

(Positiva)

12 - Os médicos explicaram o motivo do tratamento. (Positiva)

14 - As explicações fornecidas pelos médicos me deram segurança para a tomada de decisão. (Positiva)

16 - Gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento. (Negativa)

17 - Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos médicos. (Positiva)

19 - Fui orientada frente aos possíveis riscos e reações do procedimento. (Positiva)

21 - Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros. (Negativa)

22 - Fui orientada quanto às desvantagens do procedimento a ser realizado. (Positiva)

24 - Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento. (Negativa)

Para a categoria Competência, foram utilizadas as seguintes afirmativas:

3 - Entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento. (Positiva)

6 - Senti dificuldades para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado. (Negativa)

11 - Os médicos falaram de forma difícil de entender. (Negativa)

15 - Entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado.

(Positiva)

18 - Entendi as respostas que os médicos deram às perguntas que fiz.

(Positiva)

23 - As orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras. (Negativa)

Para a categoria Liberdade foram utilizadas as seguintes afirmativas:

4 - Tive liberdade para conversar com os médicos sobre as minhas dúvidas. (Positiva)

5 - Os médicos ouviram as minhas preocupações. (Positiva)

7 - Senti dificuldade para fazer perguntas aos médicos. (Negativa)

8 - Tive liberdade para decidir pelo tratamento a ser realizado. (Positiva)

10 - Os médicos não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento. (Negativa)

13 - Não gostei da maneira como fui tratada quando perguntei sobre o procedimento. (Negativa)

20 - Os médicos influenciaram minha tomada de decisão na realização do procedimento. (Positiva)

Da análise do questionário tem-se que, de 24 afirmativas, 15 (62,4%) são positivas e 9 (37,5%) são negativas. Nas categorias Informação, Competência e Liberdade foram afirmativas positivas, respectivamente, 33,3%, 12,5% e 16,7% (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das afirmativas por categoria, segundo a classificação positiva ou negativa

| Categorias  | Positiva |      | Negativa |      | Total |      |
|-------------|----------|------|----------|------|-------|------|
|             | n        | %    | n        | %    | N     | %    |
| Informação  | 8        | 33,3 | 3        | 12,5 | 11    | 35,8 |
| Competência | 3        | 12,5 | 3        | 12,5 | 6     | 25   |
| Liberdade   | 4        | 16,7 | 3        | 12,5 | 7     | 39,2 |
| Total       | 15       | 62,4 | 9        | 37,5 | 24    | 100  |

### 3.3.3 Banco de dados e análise estatística

Os dados foram armazenados em um banco de dados criado com o auxílio do software File Maker 8.0, e as diversas correlações foram estabelecidas por consultas a este banco de dados. Os cálculos foram efetuados em planilhas construídas com o auxílio do software Microsoft Excel 2007 ® e as análises estatísticas dos resultados foram realizadas com auxílio do software GraphPad Prism 5.03®. Para análise dos resultados das categorias derivadas da escala Likert optamos por análises não paramétricas em função da natureza discreta das variáveis. Foram utilizados o teste de Mann Whitney quando a comparação se fez entre dois grupos, o teste de Kruskal-Wallis quando avaliamos mais de dois grupos e o teste de Spearman para as análises de correlação.

### 3.3.4 Normas para a redação do texto

A redação deste texto foi realizada segundo as diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2004).

## RESULTADOS

---

---

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Caracterização das pacientes

As pacientes incluídas no estudo apresentaram a idade com mediana de 33 anos (19 - 58). A intensidade da dor, pela escala analógica visual, teve mediana de 85 (7 - 100) e pelo questionário McGill de 31,5 (8 - 62). O tempo de duração da dor teve mediana de 27 meses (6 - 240) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características gerais das paciente

| Característica         | Mediana | Min. e Máx. |
|------------------------|---------|-------------|
| Idade (anos)           | 33      | 19 - 58     |
| EAV                    | 85      | 7 - 100     |
| McGill                 | 31      | 8 - 62      |
| Duração da dor (meses) | 27      | 6 - 240     |

Durante os trabalhos de caracterização das pacientes identificou-se alguns grupos, que foram categorizados de modo a permitir uma análise comparativa. Assim, quanto ao estado civil, 39 (75%) eram casadas ou mantinham uma união estável e 13 (25%) não viviam com parceiro (solteiras, viúvas ou divorciadas). Quanto à profissão, 18 (34,6%) não exerciam atividade profissional remunerada, dedicando-se às atividades do lar, e 34 (65,4%) exerciam atividade profissional remunerada. Quanto à renda familiar, 43 (82,7%) ganhavam até 3 salários mínimos, e 9 (17,3%) mais de 3 salários mínimos. Quanto à escolaridade, 26 (50%) tiveram de 1 a 8 anos de estudo, ou seja, freqüentaram, ainda que parcialmente, o ensino fundamental e 26 (50%) tiveram mais de 8 anos de estudo. Quanto ao diagnóstico final pós-laparoscopia, 15 pacientes (28,8%)

apresentaram pelve normal, 24 (46,2%) apresentaram endometriose e 13 (25%) apresentaram outros diagnósticos, a saber: aderências pélvicas (3 pacientes), tumor benigno de ovário (5 pacientes), hidrossalpinge (1 paciente), cisto simples ovariano (1 paciente), cisto hemorrágico ovariano (1 paciente), pseudocisto peritoneal (1 paciente) e mioma intraligamentar (1 paciente) (Tabela 3).

Tabela 3 – Características gerais das pacientes, divididas por categorias

| Característica                | Categoria                   | Frequência |
|-------------------------------|-----------------------------|------------|
| Estado civil                  | Casada, união estável       | 39 (75%)   |
|                               | Solteira, divorciada, viúva | 13 (25%)   |
| Ocupação                      | Remunerada                  | 34 (65,4)  |
|                               | Não remunerada              | 18 (34,6%) |
| Renda (salários mínimos)      | até 3                       | 43 (82,7%) |
|                               | Mais de 3                   | 9 (17,3%)  |
| Escolaridade (anos de estudo) | 1 a 8                       | 26 (50%)   |
|                               | Mais de 8                   | 26 (50%)   |
| Diagnóstico final             | Pelve normal                | 15 (28,8%) |
|                               | Endometriose                | 24 (46,2%) |
|                               | Outros                      | 13 (25%)   |

#### 4.2 Frequência de respostas em cada uma das proposições

Cada uma das afirmativas recebeu respostas que variaram desde “discorda totalmente”, correspondente ao escore 1 quando do cálculo do escore final por categoria, até “concorda totalmente” correspondente ao escore 5. A seguir apresentamos a frequência de resposta para cada uma das 24 afirmativas na forma de tabela e em forma de gráfico para uma melhor visualização do resultado.

Afirmativa 1

Tabela 4 – Frequência de respostas à afirmativa 1 “Os médicos me orientaram sobre a cirurgia indicada para o meu problema de saúde”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 0          | 0           |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 0          | 0           |
| Concorda parcialmente     | 2          | 3.8         |
| Concorda totalmente       | 50         | 92.2        |
| Total                     | 52         | 100         |

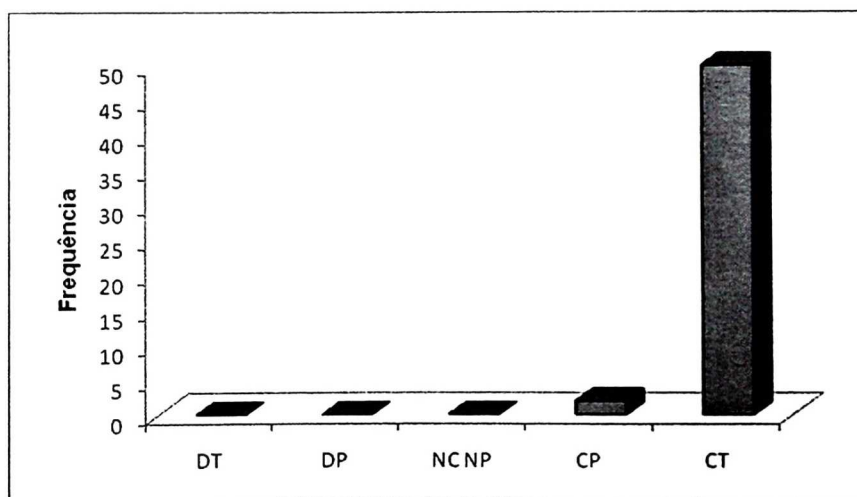


Figura 1 – Frequência de respostas à afirmativa 1 “Os médicos me orientaram sobre a cirurgia indicada para o meu problema de saúde”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente



Afirmativa 2

Tabela 5 – Frequência de respostas à afirmativa 2 “Fui orientada sobre as alternativas de tratamento para o meu problema de saúde”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 1          | 1.9         |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 0          | 0           |
| Concorda parcialmente     | 9          | 17.3        |
| Concorda totalmente       | 42         | 80.8        |
| Total                     | 52         | 100         |

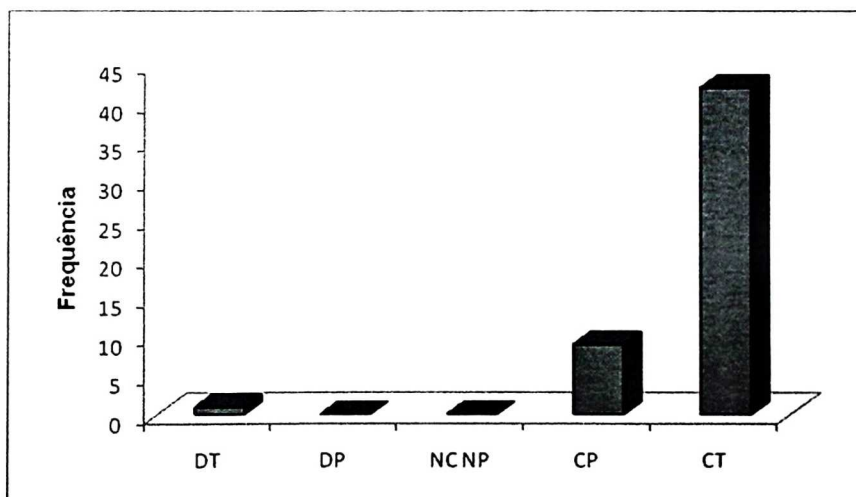


Figura 2 – Frequência de respostas à afirmativa 2 “Fui orientada sobre as alternativas de tratamento para o meu problema de saúde”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 3

Tabela 6 – Frequência de respostas à afirmativa 3 “Entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 0          | 0           |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 1          | 1.9         |
| Concorda parcialmente     | 11         | 21.2        |
| Concorda totalmente       | 40         | 76.9        |
| <b>Total</b>              | <b>52</b>  | <b>100</b>  |

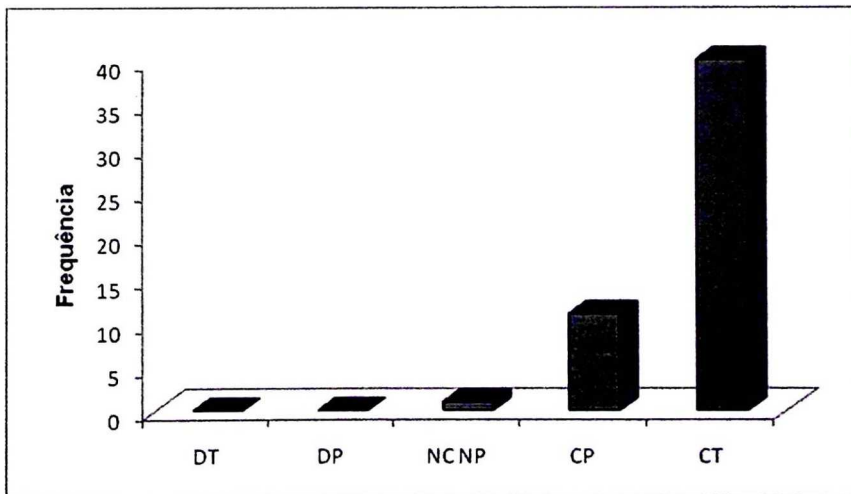


Figura 3 – Frequência de respostas à afirmativa 3 “Entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 4

Tabela 7 – Frequência de respostas à afirmativa 4 “Tive liberdade para conversar com os médicos sobre as minhas dúvidas”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 0          | 0           |
| Discorda parcialmente     | 1          | 1.9         |
| Nem concorda nem discorda | 0          | 0           |
| Concorda parcialmente     | 18         | 34.6        |
| Concorda totalmente       | 33         | 63.5        |
| Total                     | 52         | 100         |

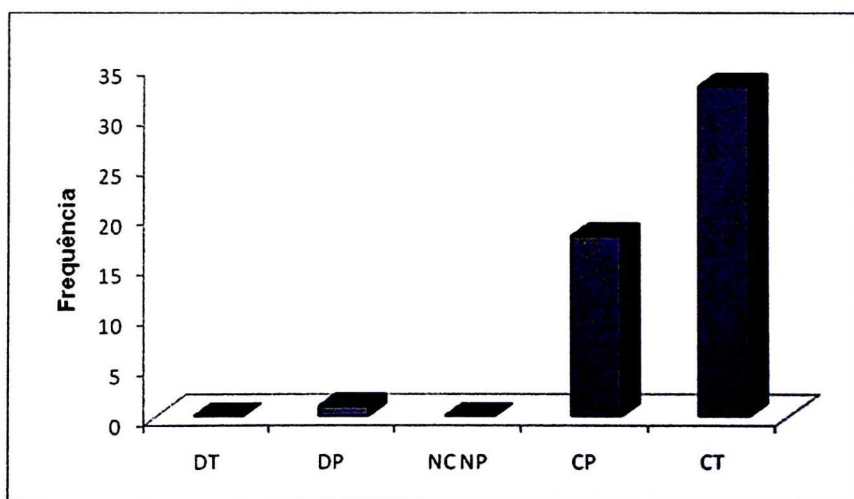


Figura 4 – Frequência de respostas à afirmativa 4 “Tive liberdade para conversar com os médicos sobre as minhas dúvidas”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 5

Tabela 8 – Frequência de respostas à afirmativa 5 “Os médicos ouviram as minhas preocupações”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 0          | 0           |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 5          | 9.6         |
| Concorda parcialmente     | 18         | 34.6        |
| Concorda totalmente       | 29         | 55.8        |
| Total                     | 52         | 100         |

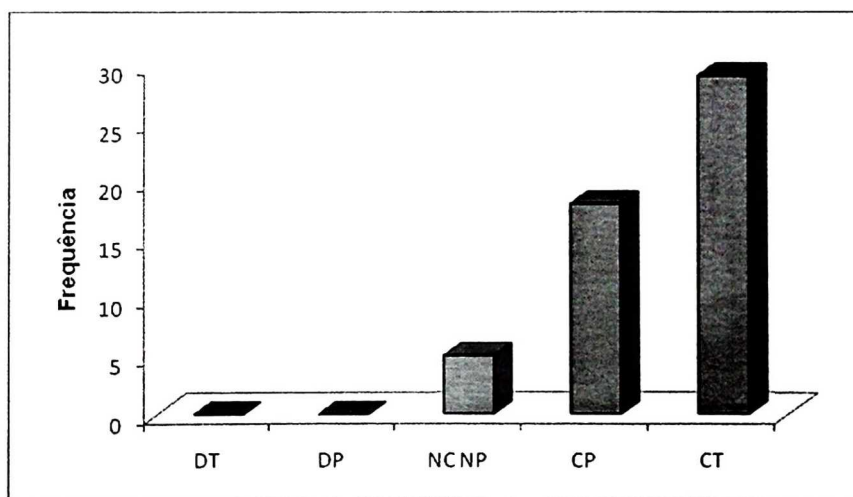


Figura 5 – Frequência de respostas à afirmativa 5 “Os médicos ouviram as minhas preocupações”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 6

Tabela 9 – Frequência de respostas à afirmativa 6 “Senti dificuldades para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 24         | 46.2        |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 8          | 15.4        |
| Concorda parcialmente     | 15         | 28.8        |
| Concorda totalmente       | 5          | 9.6         |
| Total                     | 52         | 100         |

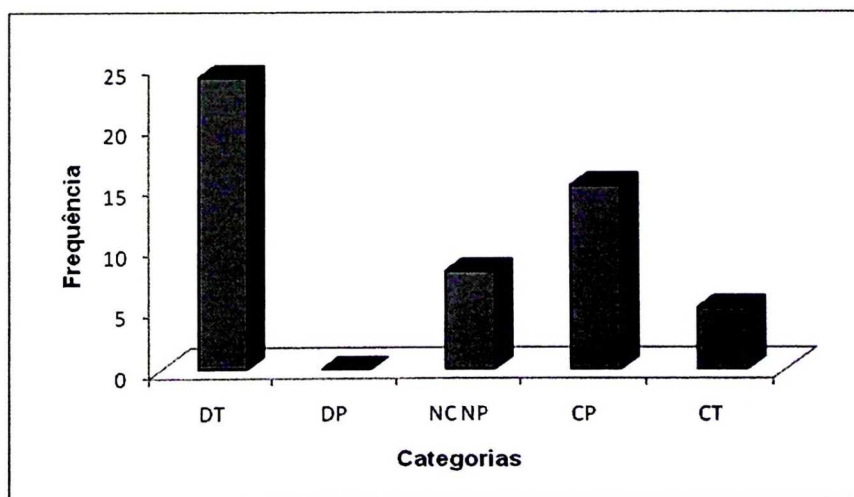


Figura 6 – Frequência de respostas à afirmativa 6 “Senti dificuldades para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 7

Tabela 10 – Frequência de respostas à afirmativa 7 “Senti dificuldade para fazer perguntas aos médicos”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 32         | 61.5        |
| Discorda parcialmente     | 4          | 7.7         |
| Nem concorda nem discorda | 8          | 15.4        |
| Concorda parcialmente     | 6          | 11.5        |
| Concorda totalmente       | 2          | 3.8         |
| Total                     | 52         | 100         |

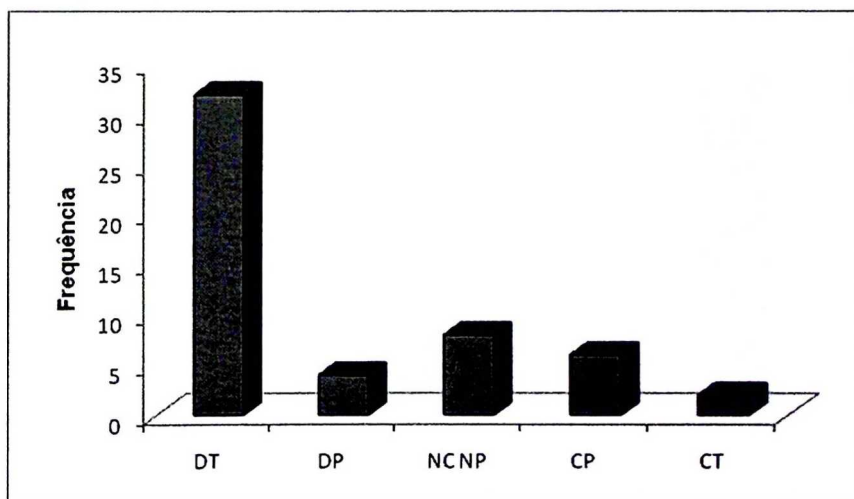


Figura 7 – Frequência de respostas à afirmativa 7 “Senti dificuldade para fazer perguntas aos médicos”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NCNP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 8

Tabela 11 – Frequência de respostas à afirmativa 8 “Tive liberdade para decidir pelo tratamento a ser realizado”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 1          | 1.9         |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 4          | 7.7         |
| Concorda parcialmente     | 4          | 7.7         |
| Concorda totalmente       | 43         | 82.7        |
| Total                     | 52         | 100         |

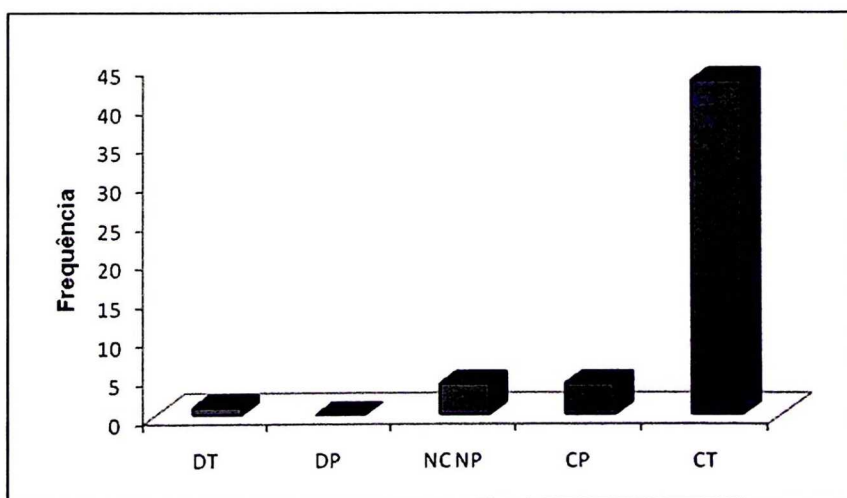


Figura 8 – Frequência de respostas à afirmativa 8 “Tive liberdade para decidir pelo tratamento a ser realizado”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente



Afirmativa 9

Tabela 12 – Frequência de respostas à afirmativa 9 “Fui orientada sobre as vantagens do procedimento proposto”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 0          | 0           |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 1          | 1.9         |
| Concorda parcialmente     | 6          | 11.5        |
| Concorda totalmente       | 45         | 86.5        |
| Total                     | 52         | 100         |

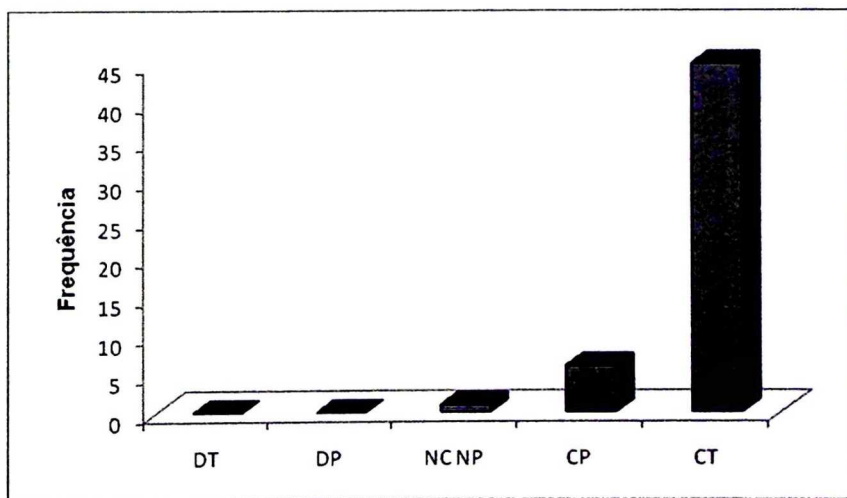


Figura 9 – Frequência de respostas à afirmativa 9 “Fui orientada sobre as vantagens do procedimento proposto”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente



Afirmativa 10

Tabela 13 – Frequência de respostas à afirmativa 10 “Os médicos não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 40         | 76.9        |
| Discorda parcialmente     | 3          | 5.8         |
| Nem concorda nem discorda | 5          | 9.6         |
| Concorda parcialmente     | 2          | 3.8         |
| Concorda totalmente       | 2          | 3.8         |
| Total                     | 52         | 100         |

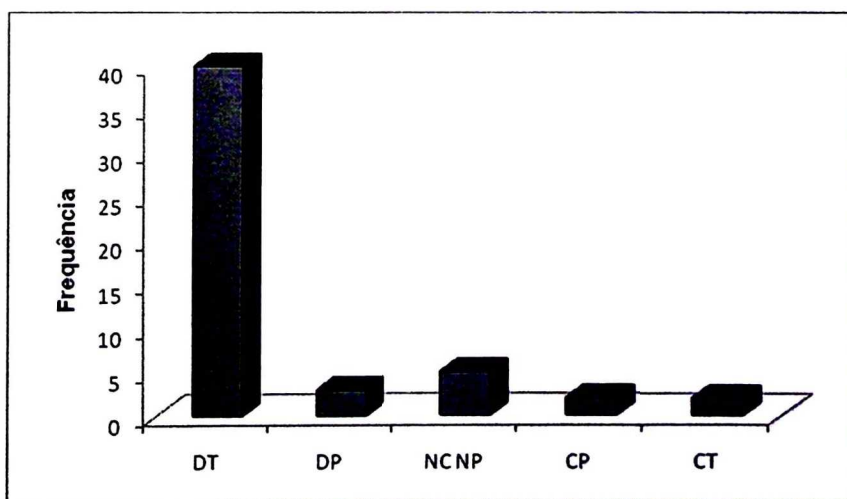


Figura 10 – Frequência de respostas à afirmativa 10 “Os médicos não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 11

Tabela 14 – Frequência de respostas à afirmativa 11 "Os médicos falaram de forma difícil de entender".

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 35         | 67.3        |
| Discorda parcialmente     | 4          | 7.7         |
| Nem concorda nem discorda | 4          | 7.7         |
| Concorda parcialmente     | 9          | 17.3        |
| Concorda totalmente       | 0          | 0           |
| Total                     | 52         | 100         |

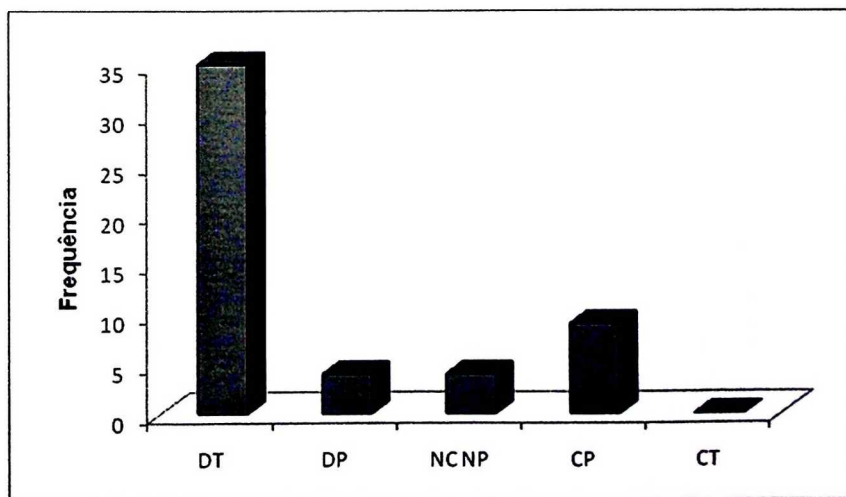


Figura 11 – Frequência de respostas à afirmativa 11 "Os médicos falaram de forma difícil de entender". DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 12

Tabela 15 – Frequência de respostas à afirmativa 12 “Os médicos explicaram o motivo do tratamento”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 0          | 0           |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 0          | 0           |
| Concorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Concorda totalmente       | 52         | 100         |
| Total                     | 52         | 100         |

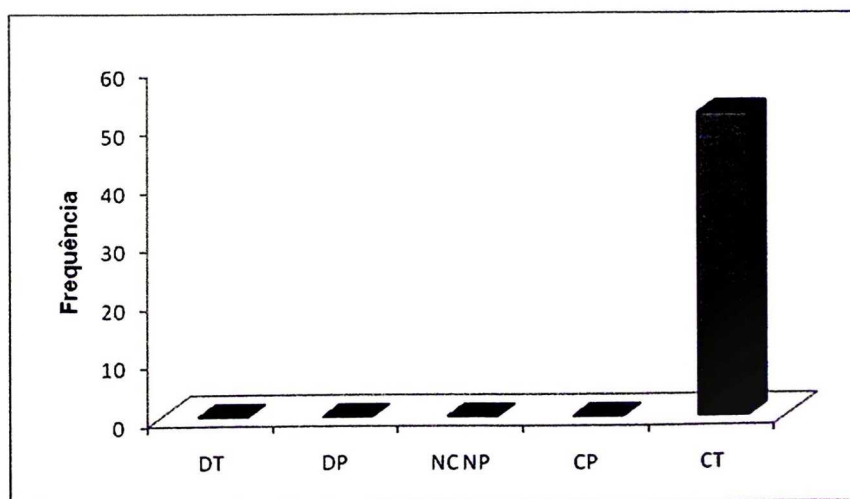


Figura 12 – Frequência de respostas à afirmativa 12 “Os médicos explicaram o motivo do tratamento”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NCNP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 13

Tabela 16 – Frequência de respostas à afirmativa 13 “Não gostei da maneira como fui tratada quando perguntei sobre o procedimento”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 46         | 88.5        |
| Discorda parcialmente     | 5          | 9.6         |
| Nem concorda nem discorda | 1          | 1.9         |
| Concorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Concorda totalmente       | 0          | 0           |
| Total                     | 52         | 100         |

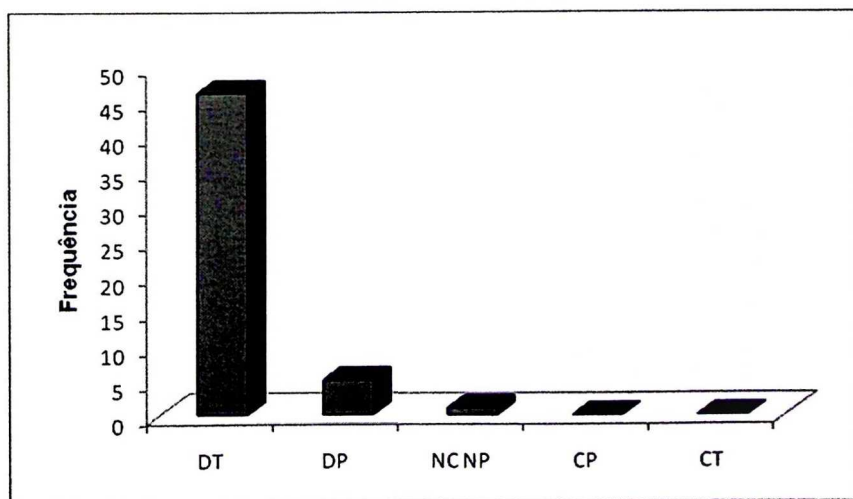


Figura 13 – Frequência de respostas à afirmativa 13 “Não gostei da maneira como fui tratada quando perguntei sobre o procedimento”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 14

Tabela 17 – Frequência de respostas à afirmativa 14 “As explicações fornecidas pelos médicos me deram segurança para a tomada de decisão”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 1          | 1.9         |
| Discorda parcialmente     | 1          | 1.9         |
| Nem concorda nem discorda | 0          | 0           |
| Concorda parcialmente     | 9          | 17.3        |
| Concorda totalmente       | 41         | 78.8        |
| Total                     | 52         | 100         |

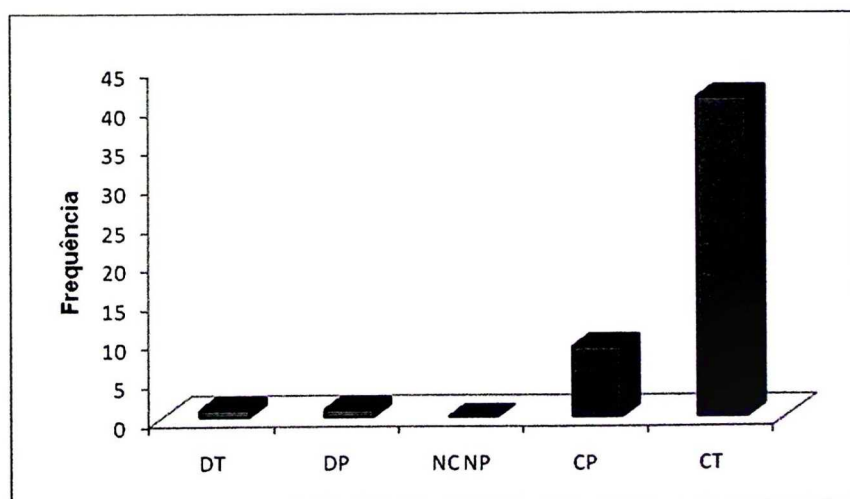


Figura 14 – Frequência de respostas à afirmativa 14 “As explicações fornecidas pelos médicos me deram segurança para a tomada de decisão”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 15

Tabela 18 – Frequência de respostas à afirmativa 15 “Entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 0          | 0           |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 0          | 0           |
| Concorda parcialmente     | 9          | 17.3        |
| Concorda totalmente       | 43         | 82.7        |
| Total                     | 52         | 100         |

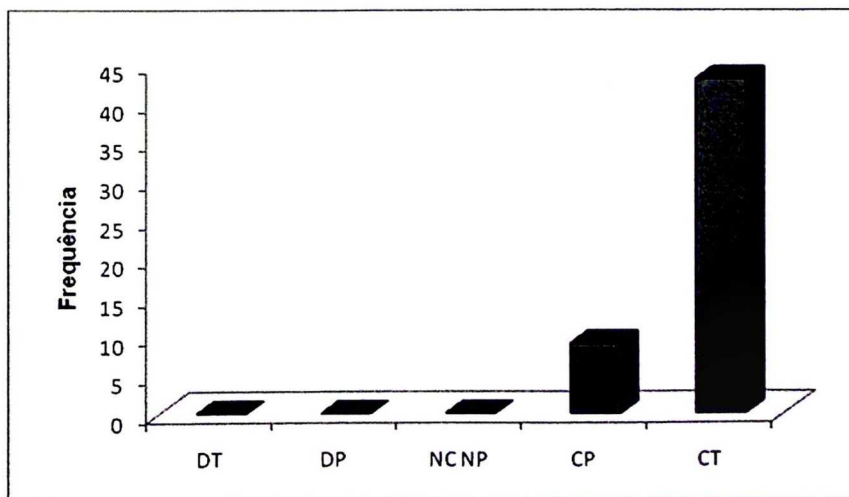


Figura 15 – Frequência de respostas à afirmativa 15 “Entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 16

Tabela 19 – Frequência de respostas à afirmativa 16 “Gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 16         | 30.8        |
| Discorda parcialmente     | 3          | 5.8         |
| Nem concorda nem discorda | 10         | 19.2        |
| Concorda parcialmente     | 16         | 30.8        |
| Concorda totalmente       | 7          | 13.5        |
| Total                     | 52         | 100         |

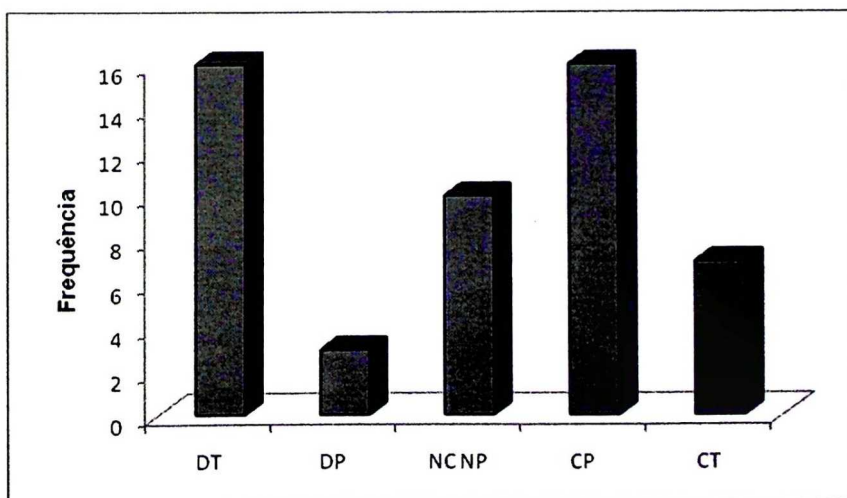


Figura 16 – Frequência de respostas à afirmativa 16 “Gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente



Afirmativa 17

Tabela 20 – Frequência de respostas à afirmativa 17 “Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos médicos”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 2          | 3.8         |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 13         | 25          |
| Concorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Concorda totalmente       | 37         | 71.2        |
| Total                     | 52         | 100         |

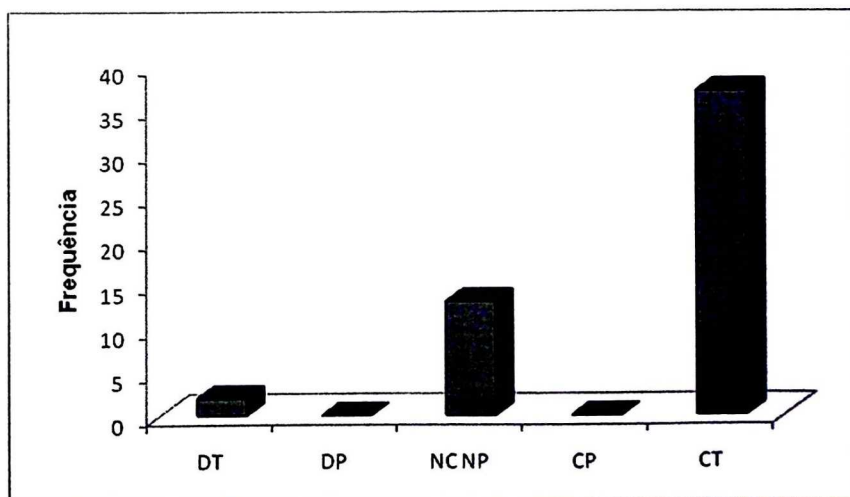


Figura 17 – Frequência de respostas à afirmativa 17 “Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos médicos”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente



Afirmativa 18

Tabela 21 – Frequência de respostas à afirmativa 18 “Entendi as respostas que os médicos deram às perguntas que fiz”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 0          | 0           |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 0          | 0           |
| Concorda parcialmente     | 6          | 11.5        |
| Concorda totalmente       | 46         | 88.5        |
| Total                     | 52         | 100         |

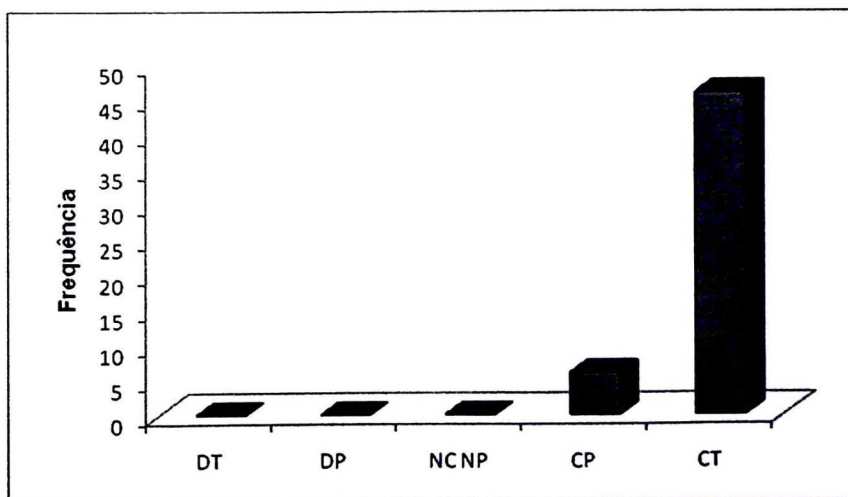


Figura 18 – Frequência de respostas à afirmativa 18 “Entendi as respostas que os médicos deram às perguntas que fiz”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 19

Tabela 22 – Frequência de respostas à afirmativa 19 “Fui orientada frente aos possíveis riscos e reações do procedimento”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 0          | 0           |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 1          | 1.9         |
| Concorda parcialmente     | 12         | 23.1        |
| Concorda totalmente       | 39         | 75          |
| Total                     | 52         | 100         |

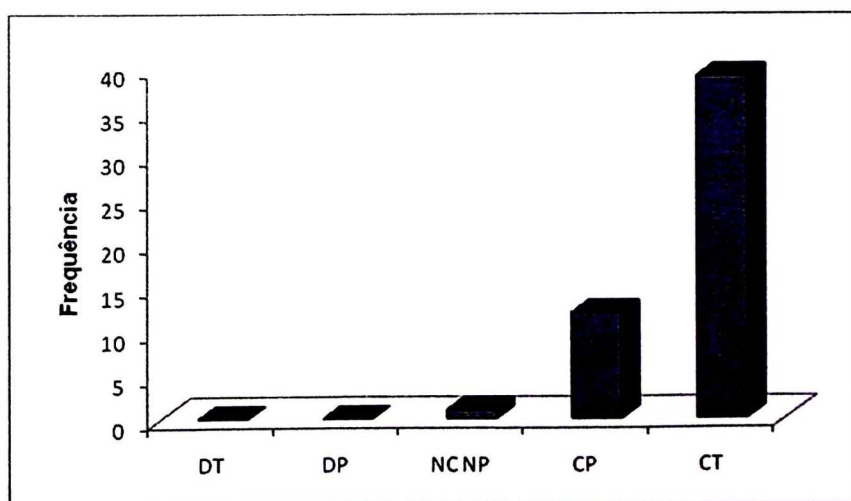


Figura 19 – Frequência de respostas à afirmativa 19 “Fui orientada frente aos possíveis riscos e reações do procedimento”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 20

Tabela 23 – Frequência de respostas à afirmativa 20 “Os médicos influenciaram minha tomada de decisão na realização do procedimento”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 14         | 26.9        |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 7          | 13.5        |
| Concorda parcialmente     | 13         | 25          |
| Concorda totalmente       | 18         | 34.6        |
| Total                     | 52         | 100         |

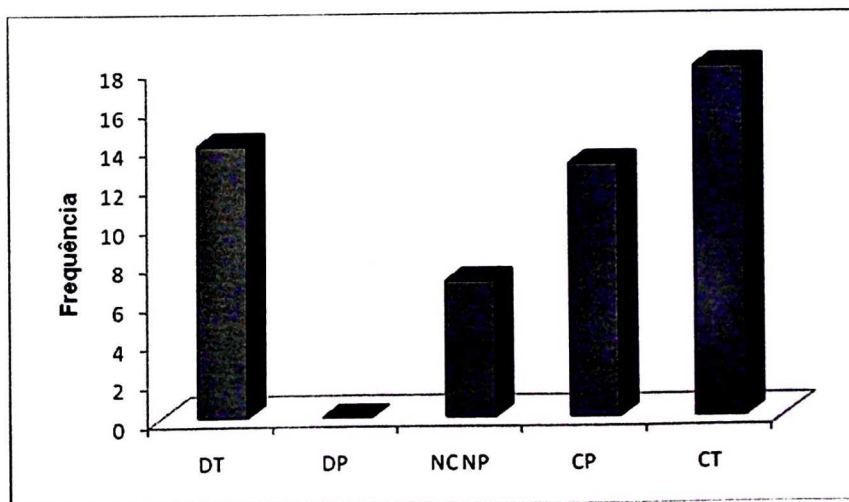


Figura 20 – Frequência de respostas à afirmativa 20 “Os médicos influenciaram minha tomada de decisão na realização do procedimento”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 21

Tabela 24 – Frequência de respostas à afirmativa 21 “Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 44         | 84.6        |
| Discorda parcialmente     | 2          | 3.8         |
| Nem concorda nem discorda | 4          | 7.7         |
| Concorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Concorda totalmente       | 2          | 3.8         |
| Total                     | 52         | 100         |

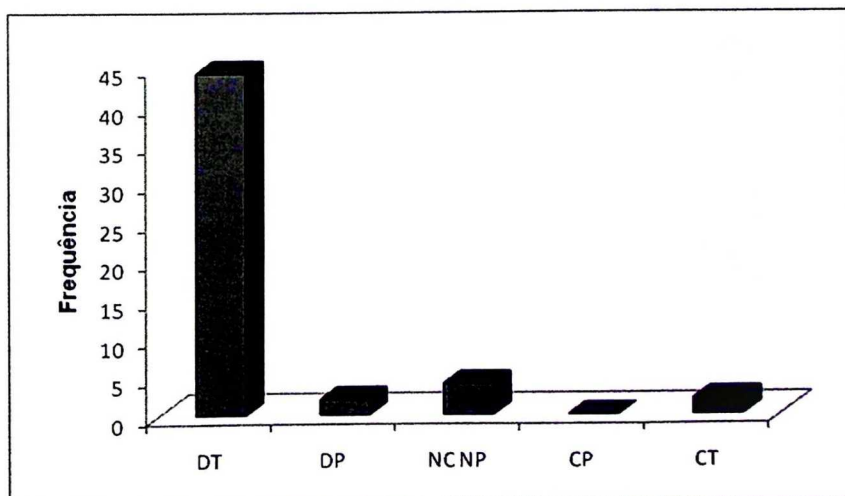


Figura 21 – Frequência de respostas à afirmativa 21 “Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 22

Tabela 25 – Frequência de respostas à afirmativa 22 “Fui orientada quanto às desvantagens do procedimento a ser realizado”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 1          | 1.9         |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 7          | 13.5        |
| Concorda parcialmente     | 11         | 21.2        |
| Concorda totalmente       | 33         | 63.5        |
| Total                     | 52         | 100         |

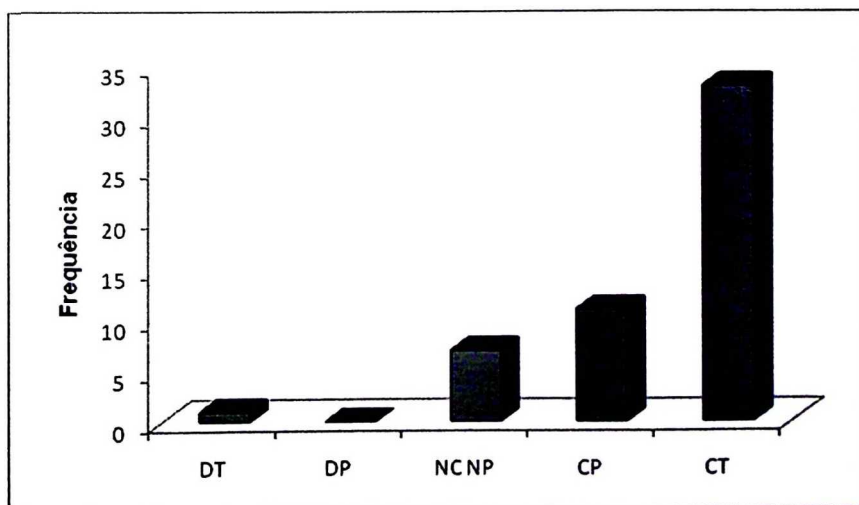


Figura 22 – Frequência de respostas à afirmativa 22 “Fui orientada quanto às desvantagens do procedimento a ser realizado”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

Afirmativa 23

Tabela 26 – Frequência de respostas à afirmativa 23 “As orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 37         | 71.2        |
| Discorda parcialmente     | 5          | 9.6         |
| Nem concorda nem discorda | 4          | 7.7         |
| Concorda parcialmente     | 4          | 7.7         |
| Concorda totalmente       | 2          | 3.8         |
| <b>Total</b>              | <b>52</b>  | <b>100</b>  |

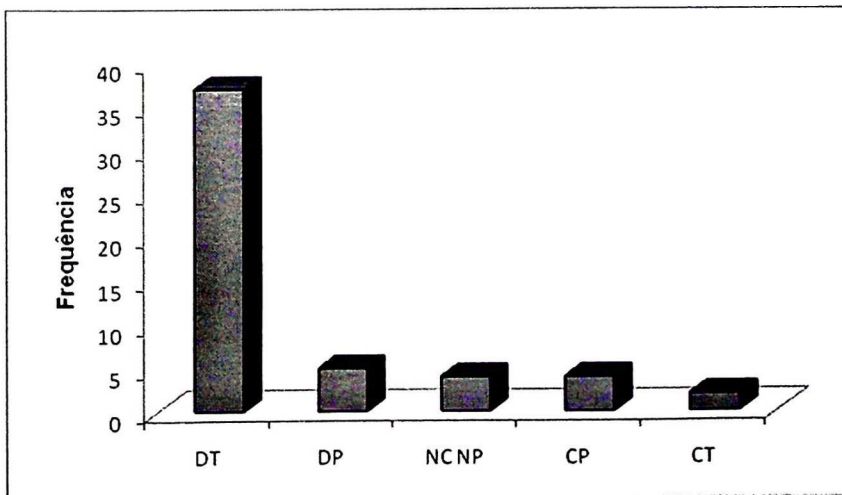


Figura 23 – Frequência de respostas à afirmativa 23 “As orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente



Afirmativa 24

Tabela 27 – Frequência de respostas à afirmativa 24 “Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento”.

| Escore                    | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Discorda totalmente       | 46         | 88.5        |
| Discorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Nem concorda nem discorda | 3          | 5.8         |
| Concorda parcialmente     | 0          | 0           |
| Concorda totalmente       | 3          | 5.8         |
| Total                     | 52         | 100         |

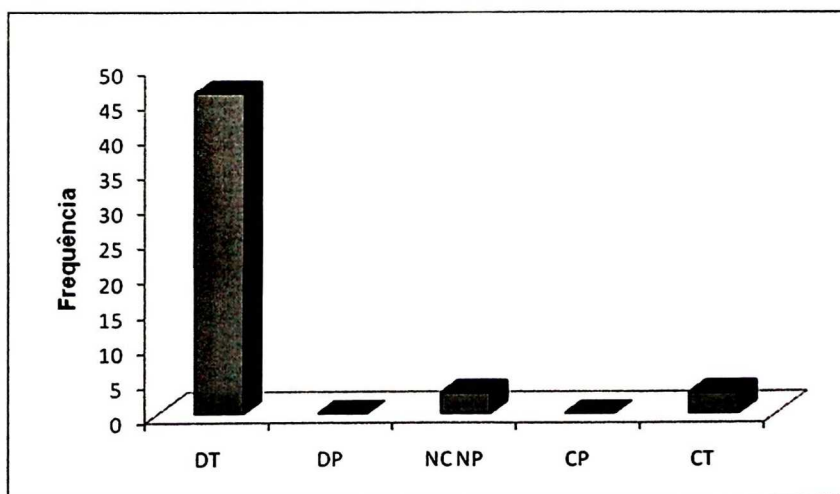


Figura 24 – Frequência de respostas à afirmativa 24 “Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento”. DT = discorda totalmente; DP = discorda parcialmente; NC NP = não concorda nem discorda; CP = concorda parcialmente; CT = concorda totalmente

### 4.3 As categorias Informação, Liberdade e Competência

Para que se obtivesse um valor único representativo de cada uma das categorias para cada um dos pacientes, fez-se a somatória dos resultados das afirmativas de cada grupo. Entretanto, como há afirmativas negativas, esse valor foi substituído pelo valor corresponde em uma afirmativa positiva, ou seja, o valor 1 foi substituído por 5, o valor 2 por 4 e, assim sucessivamente (AURICCHIO; MASSAROLLO, 2007). Desta forma, a categoria Informação teve uma mediana de 50 (44 – 55), a categoria competência 27 (18 – 30) e a categoria Liberdade 31 (24 – 35) (Tabela 28).

Tabela 28 – Mediana dos escores das categorias Informação, Competência e Liberdade

| Categoria   | Mediana | Min. e Máx. |
|-------------|---------|-------------|
| Informação  | 50      | 44 - 55     |
| Competência | 27      | 18 – 30     |
| Liberdade   | 31      | 24 – 35     |

### 4.4 Influência da idade na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica

Para determinar se houve influência da idade na autonomia das pacientes, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman ( $r$ ) para cada uma das categorias estabelecidas. Para a categoria Informação,  $r = -0,16$  (IC 95%:  $-0,42 - 0,13$ ,  $p = 0,26$ ); para Competência,  $r = -0,20$  (IC 95%:  $-0,46 - 0,08$ ,  $p = 0,15$ ); para Liberdade,  $r = -0,10$  (IC 95%:  $-0,37 - 0,19$ ,  $p = 0,50$ ) (Tabela 29).



Tabela 29 – Correlação entre a idade e os escores das categorias Informação, Competência e Liberdade,  $r$  = coeficiente de correlação de Spearman

| Categoria   | $r$   | $p$ |
|-------------|-------|-----|
| Informação  | -0,16 | ns  |
| Competência | -0,20 | ns  |
| Liberdade   | -0,10 | ns  |

#### 4.5 Influência da duração da dor na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica

Para determinar se houve influência da duração da dor na autonomia das pacientes, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman ( $r$ ) para cada uma das categorias estabelecidas. Para a categoria Informação, o coeficiente de correlação de Spearman  $r = -0,02$  (IC 95%: -0,30 – 0,27;  $p = 0,91$ ); para Competência,  $r = -0,20$  (IC 95%: -0,46 – 0,09;  $p = 0,16$ ); para Liberdade,  $r = -0,02$  (IC 95%: -0,27 – 0,30;  $p = 0,91$ ) (Tabela 30).

Tabela 30 – Correlação entre a duração da dor e os escores das categorias Informação, Competência e Liberdade,  $r$  = coeficiente de correlação de Spearman

| Categoria   | $r$   | $p$ |
|-------------|-------|-----|
| Informação  | -0,02 | ns  |
| Competência | -0,09 | ns  |
| Liberdade   | -0,02 | ns  |

#### 4.6 Influência da dor medida pela Escala Analógica Visual (EAV) na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica

Para determinar se houve influência da dor, medida pela EAV, na autonomia das pacientes, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman ( $r$ ) para cada uma das categorias estabelecidas. Para a categoria Informação, o coeficiente de correlação de Spearman  $r = -0,08$  (IC 95%:  $-0,35 - 0,21$ ;  $p = 0,58$ ); para Competência,  $r = 0,04$  (IC 95%:  $-0,24 - 0,32$ ;  $p = 0,76$ ); para Liberdade,  $r = 0,23$  (IC 95%:  $-0,06 - 0,48$ ;  $p = 0,11$ ) (Tabela 31).

Tabela 31 – Correlação entre a dor medida pela EAV e os escores das categorias Informação, Competência e Liberdade,  $r$  = coeficiente de correlação de Spearman

| Categoria   | $r$   | $p$ |
|-------------|-------|-----|
| Informação  | -0,08 | ns  |
| Competência | 0,04  | ns  |
| Liberdade   | 0,23  | ns  |

#### 4.7 Influência da dor medida pelo Questionário de dor McGill na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica

Para determinar se houve influência da dor, medida pelo McGill, na autonomia das pacientes, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman ( $r$ ) para cada uma das categorias estabelecidas. Para a categoria Informação, o coeficiente de correlação de Spearman  $r = -0,15$  (IC 95%:  $-0,42 - 0,13$ ;  $p = 0,28$ );

para Competência,  $r = -0,18$  (IC 95%:  $-0,44 - 0,10$ ;  $p = 0,19$ ); para Liberdade,  $r = -0,13$  (IC 95%:  $-0,40 - 0,15$ ;  $p = 0,35$ ) (Tabela 32).

Tabela 32 – Correlação entre a dor medida pelo questionário McGill e os escores das categorias Informação, Competência e Liberdade,  $r$  = coeficiente de correlação de Spearman

| Categoria   | $r$   | $p$ |
|-------------|-------|-----|
| Informação  | -0,15 | ns  |
| Competência | -0,18 | ns  |
| Liberdade   | -0,13 | ns  |

#### 4.8 Influência da atividade profissional na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica

O escore para a categoria Informação no grupo de pacientes sem atividade profissional remunerada teve mediana de 50 (45 – 55) e no grupo com atividade profissional remunerada 51 (44 – 55) ( $p = 0,09$ ; Mann-Whitney). O escore para a categoria Competência no grupo de pacientes sem atividade profissional remunerada teve mediana de 27 (18 – 30) e no grupo com atividade profissional remunerada 27 (19 – 30) ( $p = 0,32$ ; Mann-Whitney). O escore para a categoria Liberdade no grupo de pacientes sem atividade profissional remunerada teve mediana de 30 (24 – 35) e no grupo com atividade profissional remunerada 30 (25 – 35) ( $p = 0,74$ ; Mann-Whitney) (Tabela 33).

Tabela 33 – Escores (mediana) das categorias Informação, Competência e Liberdade de acordo com a atividade profissional

| Categorias  | Sem atividade     | Com atividade     | <i>p</i> |
|-------------|-------------------|-------------------|----------|
|             | remunerada (n=18) | remunerada (n=34) |          |
| Informação  | 50 (45 - 55)      | 51 (44 - 55)      | ns       |
| Competência | 27 (18 - 30)      | 27 (19 - 30)      | ns       |
| Liberdade   | 30 (24 - 35)      | 30 (25 - 35)      | ns       |

#### 4.9 Influência da escolaridade na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica

O escore para a categoria Informação no grupo de pacientes que tinham até 8 anos de estudo teve mediana de 49 (44 – 55) e no grupo que tinha mais de 8 anos de estudo 51 (45 – 55) ( $p= 0,014$ ; Mann-Whitney). O escore para a categoria Competência no grupo de pacientes que tinham até 8 anos de estudo teve mediana de 25 (18 – 30) e no grupo que tinha mais de 8 anos de estudo 27 (23 – 30) ( $p= 0,0308$ ; Mann-Whitney). O escore para a categoria Liberdade no grupo de pacientes que tinham até 8 anos de estudo teve mediana de 29 (24 – 35) e no grupo que tinha mais de 8 anos de estudo 31 (25 – 35) ( $p= 0,22$ ; Mann-Whitney) (Tabela 34).

Tabela 34 – Escores (mediana) das categorias Informação, Competência e Liberdade de acordo com a escolaridade

| Categorias  | Até 8 anos de estudo | Mais de 8 anos de | <i>p</i> |
|-------------|----------------------|-------------------|----------|
|             | (n=26)               | estudo (n=26)     |          |
| Informação  | 49 (44 - 55)         | 51 (45 - 55)      | 0,0142   |
| Competência | 25 (18 - 30)         | 27 (23 - 30)      | 0,0308   |
| Liberdade   | 29 (24 - 35)         | 31 (25 - 35)      | ns       |

#### 4.10 Influência do estado civil na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica

O escore para a categoria Informação no grupo de pacientes solteiras, divorciadas ou viúvas teve mediana de 51 (44 – 55) e no grupo de pacientes casadas ou em união estável 50 (45 – 55) ( $p= 0,77$ ; Mann-Whitney). O escore para a categoria Competência no grupo de pacientes solteiras, divorciadas ou viúvas teve mediana de 27 (19 – 30) e no grupo de pacientes casadas ou em união estável 27 (18 – 30) ( $p= 0,38$ ; Mann-Whitney). O escore para a categoria Liberdade no grupo de pacientes solteiras, divorciadas ou viúvas teve mediana de 31 (24 – 35) e no grupo de pacientes casadas ou em união estável 31 (24 – 35) ( $p= 0,88$ ; Mann-Whitney) (Tabela 35).

Tabela 35 – Escores (mediana) das categorias Informação, Competência e Liberdade de acordo com o estado civil

| Categorias  | Solteira, divorciada,<br>viúva (n=13) | União estável,<br>casada (n=39) | <i>p</i> |
|-------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------|
| Informação  | 51 (44 - 55)                          | 50 (45 - 55)                    | ns       |
| Competência | 27 (19 - 30)                          | 27 (18 - 30)                    | ns       |
| Liberdade   | 31 (24 -35)                           | 31 (24 -35)                     | ns       |

#### 4.11 Influência da renda familiar na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica

O escore para a categoria Informação no grupo de pacientes com renda familiar de até 3 salários mínimos teve mediana de 50 (44 – 55) e no grupo de

pacientes com renda de mais de 3 salários mínimos 52 (47 – 55) ( $p= 0,14$ ; Mann-Whitney). O escore para a categoria Competência no grupo de pacientes com renda familiar de até 3 salários mínimos teve mediana de 27 (18 – 30) e no grupo de pacientes com renda de mais de 3 salários mínimos 28 (24 – 30) ( $p= 0,48$ ; Mann-Whitney). O escore para a categoria Liberdade no grupo de pacientes com renda familiar de até 3 salários mínimos teve mediana de 31 (24 – 35) e no grupo de pacientes com renda de mais de 3 salários mínimos 32 (24 – 35) ( $p= 0,84$ ; Mann-Whitney) (Tabela 36).

Tabela 36 – Escores (mediana) das categorias Informação, Competência e Liberdade de acordo com a renda familiar

| Categorias  | Até 3 salários mínimos (n=43) | Mais de 3 salários mínimos (n=9) | <i>p</i> |
|-------------|-------------------------------|----------------------------------|----------|
| Informação  | 50 (44 - 55)                  | 52 (47 - 55)                     | ns       |
| Competência | 27 (18 - 30)                  | 28 (24 - 30)                     | ns       |
| Liberdade   | 31 (24 -35)                   | 32 (24 -35)                      | ns       |

#### 4.12 Influência do diagnóstico final na autonomia das pacientes com dor pélvica crônica

O escore para a categoria Informação no grupo de pacientes com diagnóstico de endometriose teve mediana de 50 (47 – 55), no grupo de pacientes com pelve normal 50 (44 – 55) e no grupo de pacientes com outros diagnósticos 51 (45 – 55) ( $p= 0,39$ ; Kruskal-Wallis). O escore para a categoria Competência no grupo endometriose teve mediana de 27 (20 – 30), no grupo com pelve normal 26 (18 – 30) e no grupo com outros diagnósticos 27 (19 – 30) ( $p= 0,82$  Kruskal-Wallis).

O escore para a categoria Liberdade no grupo endometriose teve mediana de 31 (27 – 35), no grupo com pelve normal 33 (18 – 30) e no grupo com outros diagnósticos 29 (24 – 35) ( $p= 0,0168$ ; Kruskal-Wallis). O teste de comparação múltipla de Dunn mostrou que a diferença é significativa ao se comparar o grupo com pelve normal e o grupo com outros diagnósticos (Tabela 37).

Tabela 37 – Escores (mediana) das categorias Informação, Competência e Liberdade de acordo com ao diagnóstico final

| Categorias  | Endometriose<br>(n=24) | Pelve normal<br>(n=15) | Outros<br>(n=13) | $p$    |
|-------------|------------------------|------------------------|------------------|--------|
| Informação  | 50 (47 - 55)           | 50 (44 – 55)           | 51 (45 - 55)     | ns     |
| Competência | 27 (20 - 30)           | 26 (18 – 30)           | 27 (19 - 30)     | ns     |
| Liberdade   | 31 (27 -35)            | 33 (25 -35)*           | 29 (24 -35)*     | 0,0168 |

---

## DISCUSSÃO

---

---



## 5 DISCUSSÃO

A aplicação de tecnologia de ponta na assistência ao paciente é uma conquista da medicina, que tem como objetivo, em última análise, o seu bem-estar. Assim, a aplicação da cirurgia minimamente invasiva na medicina, mais especificamente em ginecologia é uma realidade crescente, haja vista o já expressivo número de periódicos internacionais específicos sobre essa aplicação. A dor pélvica crônica, por sua vez, não é menos importante, porquanto sua prevalência é de 3,8% em mulheres conforme já apresentado na Introdução deste estudo. Foi salientado também que a aplicação da laparoscopia como ferramenta diagnóstica e terapêutica na dor pélvica crônica é considerada padrão-ouro. Entretanto, sua aplicação não isenta os profissionais envolvidos na assistência de se virem frente a frente com alguns dilemas bioéticos.

A aplicação da laparoscopia não pode ser feita de modo indiscriminado a todas às pacientes com dor pélvica crônica, sob pena de se infringir princípios éticos e bioéticos. A começar pela própria indicação médica. Há que se destacar que uma avaliação clínica minuciosa pode diminuir o número de laparoscopias sem anormalidades para até 15% (HOWARD, 2003), em pese a maior parte da literatura estabelecer em 35%. No presente estudo, esse número foi de 28,8%. Discrepâncias à parte, o fato é que existe o risco de se ter uma supervalorização de um recurso tecnológico em detrimento do exame clínico, o que inclui uma anamnese detalhada e um exame físico rigoroso.

Além da indicação médica, há que se destacar que, por vezes, a própria paciente pode ter dúvidas em relação à adequação do procedimento ao seu caso. É de senso comum, não sendo necessária uma vasta argumentação, que as cirurgias

vídeo-endoscópicas causam um certo fascínio na população leiga, talvez mais acentuado em pessoas de nível sócio-econômico-cultural menos favorecido – “ver o corpo por dentro, através de uma câmera de TV” remonta até ao nostálgico “Viagem Insólita”, filme premiado de Steven Spielberg. Dentro deste contexto, mesmo que o médico siga à risca todos os “guidelines” do assunto, ainda correrá o risco de estar infringindo frontalmente o respeito ao princípio da autonomia, objeto deste estudo.

A tomada de decisão é uma questão de suma importância na relação médico-paciente e o dilema patente é: a decisão deve ser do médico, que tem o conhecimento técnico e domina os riscos e benefícios do tratamento, ou seja, aquele que sabe mais? Ou do paciente que, apesar de saber menos, é dono do seu próprio corpo e, portanto, deve decidir e assumir todos as conseqüências (MUÑOZ, FORTES, 1998)? A resposta a essa pergunta passa por inúmeros outros questionamentos, tais quais: o paciente tem entendimento suficiente para receber qualquer tipo de informação? Sua condição de saúde lhe permite analisar as possibilidades com clareza? Há situações em que o médico pode tomar uma decisão pelo paciente?

Filosoficamente falando, o conceito de autonomia, termo derivado do grego “auto” (próprio) e “nomos” (lei, norma), aparece frequentemente associado à idéia de liberdade, que pressupõe a capacidade do indivíduo tomar decisões, diante de uma situação da qual detém toda a informação que lhe é possível reter. Assim, as categorias utilizadas para este estudo, quais sejam a Informação, a Competência e a Liberdade, adaptadas do estudo de Auricchio e Massarollo (2007), representaram uma aproximação necessária dos pressupostos para o bom exercício da autonomia.

Avaliar a autonomia é tarefa das mais complexas. Via de regra é uma avaliação subjetiva, da mesma forma que a avaliação da dor. Ocorre que, para a dor

dispõe-se de uma profusão de métodos de avaliação, na tentativa de se obter dados quantitativos a serem usados em comparações e/ou generalizações. Pode-se citar como exemplo as escalas usadas neste estudo, EAV e McGill, em meio a tantas outras, unidimensionais ou multidimensionais. Nesse sentido, pensamos que a utilização de uma escala para a avaliação da autonomia dar-nos-ia igualmente a possibilidade de trabalhar com dados quantitativos e, conseqüentemente, poder fazer também comparações e/ou generalizações.

A escala utilizada neste estudo foi do tipo Likert, com cinco posições, o que permitiu atribuir um valor numérico a cada uma delas, de 1 a 5. Nas proposições negativas fez-se a correção do valor, para que se pudesse fazer o somatório dos mesmos. Assim, o escore máximo obtido para a categoria Informação seria 55, para a categoria Competência, 30, e para a categoria Liberdade, 35. A pergunta que se segue é: qual o valor do escore seria considerado corte para se inferir que uma categoria, que representa um elemento da autonomia, estaria comprometida? Primeiramente deve-se considerar que a escala Likert utilizada contém as seguintes alternativas e seus respectivos valores: discordo totalmente (1), discordo parcialmente (2), nem concordo nem discordo (3), concordo parcialmente (4), concordo totalmente (5). Segundo, utilizando o senso comum, pode-se dizer que um paciente que marca um valor de 1 a 3 está, no mínimo, confuso em relação à proposição ou verdadeiramente está marcando um valor que mostra contrariedade em relação àquela afirmativa. Ao contrário, se marca um valor 4 ou 5, o paciente está concordando com a afirmativa. Seguindo este raciocínio, pode-se admitir que quanto um escore para uma determinada categoria está abaixo de 60%, esta estaria comprometida.

Os escores obtidos para a categoria Informação teve como mediana o valor 50 (45 – 55), sendo que o máximo alcançável era 55 (11 afirmativas). Destarte, pode-se inferir que todas as pacientes consideraram que receberam informações suficientes para o processo decisório. Para a categoria Competência, a mediana foi 27 (18 – 30), sendo que o máximo alcançável era 30. Novamente pode-se inferir que todas as pacientes compreenderam as informações acerca do diagnóstico e da indicação do procedimento. Para a categoria Liberdade, a mediana foi 31 (24 – 35), sendo que o máximo alcançável era 35. Da mesma forma, pode-se admitir que todas as pacientes se sentiram livres para tomar a decisão de se submeter ao procedimento.

Algumas respostas merecem destaque em cada uma das categorias. Na categoria Informação, a afirmativa 16 “Gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento”, 23 pacientes (44%) responderam que concordavam com a afirmativa, total ou parcialmente (Tabela 26, Figura 23). Isso demonstra que, mesmo considerando que receberam informações adequadas, estas pacientes ainda assim gostariam de ser melhor esclarecidas. Neste ponto, a dificuldade está em determinar o que poderia ser considerado “mais esclarecimentos”, pois essa expressão poderia ser interpretada de duas maneiras: maior quantidade de esclarecimentos ou melhor qualidade, ou mesmo adequação dos mesmos a cada paciente.

Na categoria Competência, pode-se destacar as respostas à afirmativa 6 “Senti dificuldades para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado”. Apesar do escore obtido para esta categoria ter tido mediana de 27, num máximo de 30, 20 pacientes concordaram com afirmativa (Tabela 9, Figura 6). Para elas, apesar de terem compreendido as informações, estas foram difíceis de

assimilar. Desta vez o problema parece residir apenas na adequação das informações prestadas. Além disso, a dificuldade para assimilar pode guardar relação direta com a escolaridade, conforme será discutido adiante.

Na categoria Liberdade, destaque para a afirmativa 20 “Os médicos influenciaram minha tomada de decisão na realização do procedimento”, que obteve a concordância de 31 pacientes (59,6%), total ou parcialmente, e a discordância de 14 pacientes (26,9%). Uma causa possível para este achado é que o verbo “influenciar” pode ter tido duas interpretações diferentes: o de informar adequadamente a paciente, por vezes encorajando-a; ou o de desrespeitar a autonomia do paciente em decidir, sentido esse que era o objetivo da afirmativa. Confusões à parte, em nosso estudo, a influência do profissional de saúde, positiva ou negativamente, tem papel importante na liberdade da paciente em decidir.

A idade não influenciou na autonomia das pacientes em nenhum de seus pressupostos (índice de correlação de Spearman  $r < 0,6$ ). Billick et. Al (2009), ao estudar pacientes admitidos em uma unidade de geriatria, evidenciaram que o aumento da idade está correlacionado com a diminuição da competência do paciente em consentir hospitalização e tratamento (BILLICK; PEREZ; GARAKANI, 2009). A competência de crianças e adolescentes também é motivo de estudo, porém, na maioria das vezes, principalmente no Brasil, o conceito de competência extrapolando-o para a autonomia, é substituído pelo conceito legal de “capacidade”, que é definido por lei. De qualquer forma, os estudos disponíveis relacionam competência à adequação da linguagem da informação à idade do paciente, bem como à sua participação no processo de tomada de decisão (MARTENSON; FÄGERSKLÖLD, 2008). Assim, parece haver alteração de competência em extremos de idade. Em nosso estudo, a mediana de idade foi de 33 anos, variando

de 19 a 58 anos, em virtude da alta incidência de dor pélvica crônica no menacme, motivo pelo qual acreditamos que a idade teve influência na autonomia das pacientes.

A duração da dor, que teve mediana de 27 meses (6 – 240) também não se correlacionou com os resultados das categorias Informação, Liberdade e Competência ( $r < 0,6$ ), não influenciando, portanto, a autonomia da paciente em decidir. O mesmo aconteceu com a intensidade dor, medida tanto pela Escala Analógica Visual (EAV) quanto pelo Questionário Mc Gill de dor. A medida pelo EAV teve mediana de 85 (7 – 100), quando o valor máximo é 100, o que demonstra ser a dor na maioria das vezes intensa. A medida pelo McGill teve mediana de 31 (8 – 62), quando o valor máximo é 78. O caráter crônico da dor exige um processo de adaptação que permite ao paciente desenvolver muitas de suas atividades quase que normalmente, muitas vezes sem ter influência da dor. O mesmo parece não acontecer com dores agudas. Dois estudos com pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio, que permaneceram conscientes durante todo o tempo, concluíram que a competência dos mesmos para decidir acerca de sua participação em pesquisa estava diminuídas, provavelmente devido aos sintomas de dor, ansiedade e medo (WILLIAMS et al., 2003; SMITHLINE; MADER; CRESNSHAW, 1999). Assim, parece-nos que o caráter crônico da dor pode ter contribuído em não influenciar a autonomia das pacientes.

O fato de exercer ou não atividade profissional remunerada, a renda familiar, bem como o estado civil não influenciaram a autonomia das pacientes com dor pélvica crônica (Mann-Whitney). Do total de 52 pacientes, apenas 13 não viviam maritalmente com companheiro, e 18 pacientes não exerciam atividade profissional remunerada. Ao analisar a renda familiar das pacientes tem-se que 43 (82,7%)

estavam na faixa de até 3 salários mínimos, ou seja, pertencem às classe D e E, segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acreditamos que o baixo número de pacientes incluídas nos grupos de maior renda familiar, que não viviam maritalmente com companheiro e que não exerciam atividade profissional remunerada, foi fator determinante e prejudicial na análise destas condições no que diz respeito à autonomia. Isto porque os estudos disponíveis vão na direção de que o baixo nível econômico é determinante no baixo entendimento de informações prestadas. No Brasil, estudo publicado por Biondo-Simões et al. (2007), ao analisar 661 pacientes que foram apresentadas a um termo de consentimento, concluiu que aqueles que ganhavam mais de 10 salários mínimos tinham uma compreensão melhor, achado este que também estava relacionado a uma maior escolaridade, que passamos então a discutir.

Em nosso estudo, o fator que estatisticamente influenciou a autonomia das pacientes com dor pélvica crônica, que seriam submetidas a cirurgia minimamente invasiva foi a escolaridade. Em nosso estudo 26 pacientes (50%) tinham até 8 anos de estudo completo, grupo que obteve um escore significativamente menor nas categorias Informação e Competência, quando comparado ao grupo que tinha mais de 8 anos de estudo ( $p= 0,0142$  e  $p= 0,0308$ ). Entretanto, para a categoria Liberdade não houve diferença estatisticamente significativa. Hill et al. (2008) ao estudar o consentimento informado para pesquisas, em Gana, concluiu que, para pacientes com baixa educação, novos ou melhores procedimentos de consentimento informado deveriam ser implementados, dada a baixa compreensão dos mesmos. Gallicchio, Harvey e Kjerulff (2005) estudaram 1142 mulheres submetidas à histerectomia por patologias benignas, observaram que o medo de desenvolver câncer se não fossem submetidas ao procedimento, era

significativamente aumentado nas mulheres com menor escolaridade, sugerindo que os médicos deveriam fornecer mais e melhor informação à respeito do verdadeiro risco de câncer ginecológico nesses casos. Kilbridge et al (2009) estudou a compreensão de termos médicos em material de educação do paciente a respeito do câncer de próstata, em 105 afro-americanos que se submeteram a tratamento para a patologia; concluiu que o baixo nível de leitura contribuiu significativamente para a baixa compreensão de termos simples como “incontinência urinária” e “ereção”. Neste ponto cabe um questionamento importante: será que esta diminuição da autonomia das pacientes com baixa escolaridade não poderia ser sanada pela adequação das informações, transmitidas pelo médico, ao seu nível cultural? Esta atitude seria o que Beauchamp chamou de padrão subjetivo da informação (MUÑOZ, FORTES, 1998), no qual o profissional procura uma abordagem informativa apropriada a cada pessoa, observando a sua individualidade, em oposição à informação padronizada, muito comum em Termos de Consentimento impresso.

Por último, dos grupos analisados, observou-se que as pacientes que tiveram como diagnóstico final “pelve normal” tiveram maior liberdade na hora da tomada de decisão quando comparado com o grupo “outros”, cujas pacientes tiveram diagnósticos diversos ( $p= 0,0168$ ). A maior parte dos estudos disponíveis relacionando a presença de doenças à autonomia, representada pela capacidade de decidir ou competência, diz respeito a doenças psiquiátricas ou do sistema nervoso, ou ainda doenças oncológicas em fase avançada. A esquizofrenia, por exemplo, é uma das mais estudadas doenças no que diz respeito à tomada de decisões, sendo que os estudos mostram uma substancial heterogeneidade na capacidade de decidir dos pacientes acometidos por ela (JESTE; DEPP; PALMER, 2006). Triebel et al.



(2009) relacionou diminuição da capacidade de tomar decisões ao diagnóstico de glioma maligno, provavelmente por conta de déficit de memória recente. Em nosso estudo, deve-se levar em conta que, no grupo “outros diagnósticos”, muitas vezes o médico poderia já ter uma hipótese diagnóstica firmada por exames de imagem prévios, uma vez que ele é formado por pacientes com diagnóstico de tumores benignos de ovário, mioma, hidrossalpinge e outros achados. Ter uma hipótese diagnóstica de maior probabilidade no momento da indicação poderia diminuir as alternativas para tratamento, muitas vezes restando somente a cirurgia, motivo pelo qual a liberdade poderia estar diminuída.

A tônica da discussão empreendida até aqui tomou como base dados quantitativos, produzidos após a aplicação de uma escala, na tentativa de tornar mensurável uma variável tipicamente qualitativa. E tornar mensurável uma variável nos permite fazer generalizações, extrapolar dados para comunidade, para que se possa, por exemplo, embasar medidas de melhoria. Por outro lado, a aplicação de um método quantitativo para avaliar autonomia tem suas limitações. Responder questionários pode não ter o condão de transmitir os reais sentimentos do sujeito de pesquisa, impedindo a coleta de impressões que por vezes são cruciais para o entendimento de um fenômeno, motivo pelo qual algumas vezes pode-se estar diante de análises quantitativas que parecem não condizer com o cotidiano médico. Esse é um dos motivos pelos quais a pesquisa quantitativa e a pesquisa qualitativa devem andar juntas, num contexto de complementação, na busca pelo melhor entendimento possível dos fenômenos. Em Bioética, a utilização de métodos quantitativos resume-se às tentativas de se mensurar a capacidade de tomar decisões em grupos específicos, limitando-se a pacientes em extremos de idade ou com patologias psiquiátricas. Assim, desenvolver e, se necessário, elaborar escalas

válidas para a mensuração de aspectos bioéticos relacionados à assistência médica pode ser de grande valia para o entendimento de muitos fenômenos. No caso específico do diagnóstico de dor pélvica crônica, algumas questões ainda devem ser respondidas. Uma delas é: quanto a depressão e a ansiedade influenciam a autonomia das pacientes com dor pélvica crônica ao decidir por um tratamento? Vale dizer que, tanto a ansiedade, quanto a depressão, contam com escalas para sua quantificação. Em casos específicos, o que levaria uma paciente com dor pélvica crônica, já com diagnóstico firmado, a desistir de uma cirurgia indicada para o seu tratamento? Teria ela exercido plenamente sua autonomia? E, assim por diante, sempre contribuindo para objetivo último que é o bem-estar do paciente e da sociedade como um todo.

---

## CONCLUSÕES

---

---

## 6 CONCLUSÕES

As pacientes com diagnóstico de dor pélvica crônica e com indicação de cirurgia minimamente invasiva apresentaram sua autonomia preservada para a tomada de decisão em realizar o procedimento. Os fatores idade, estado civil, duração e intensidade da dor, atividade profissional e renda familiar não influenciaram a autonomia. A baixa escolaridade, entendida neste estudo como menos de 8 anos de estudo completo, determinou uma diminuição na autonomia da paciente, quando da comparação com o grupo com mais de 8 anos, às custas da diminuição da sua percepção relativa à transmissão das informações e da diminuição da competência, ou seja, da efetiva compreensão das informações. O diagnóstico final influenciou na liberdade da paciente decidir, sendo que as pacientes com diagnóstico de pelve normal apresentaram maior liberdade que as pacientes com outros diagnósticos, em sua maioria tumores benignos de ovário.

---

## REFERÊNCIAS

---

---

## 7 REFERÊNCIAS\*

ALMEIDA, E. C.; NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C.; ROSA E SILVA, J. C. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, v. 79, n. 2, p. 101-104, 2002.

AURICCHIO, A. M.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Procedimentos estéticos: percepção do cliente quanto ao esclarecimento para a tomada de decisão. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 41, n. 1, p. 13-20, 2007

AZEVEDO, E. E. S. Ensino de Bioética: um desafio transdisciplinar. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n. 2, p. 127-138, 1998.

AZEVEDO, M. A. O. Direitos, moralidade comum e obrigações prima facie: virtudes e defeitos da teoria principialista. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 3, n. 4, p. 508-532, 2007

BALASCH, J.; CREUS, M.; FÁBREGUES, F.; CARMONA, F.; ORDI, J.; MARTINEZ-ROMÁN, S.; VANRELL, J. A. Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. *Hum. Reprod.*, v. 11, n. 2, p. 387-391, 1996.

BARBOSA, S. N. **A Bioética no estado brasileiro: situação atual e perspectivas futuras**. 2009.116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

BIONDO-SIMÕES, M. L. P.; MARTYNETZ, J.; UEDA, F. M. K.; OLANDOSKI, M. Compreensão do termo de consentimento informado. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v. 34, n. 3, p. 183-188, 2007.

BRODER, M. S.; KANOUSE, D. E.; MITTMAN, B. S.; BERNSTEIN, S. J. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstet. Gynecol.*, v. 95, n. 2, p. 199-205, 2000.

CASTRO, L. D. Transporting values by technology transfer. *Bioethics*, v. 11, n. 3-4, p. 193-205, 1997

---

\* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

COBAIAS (Miss Evers Boys). Direção: Joseph Sargent. Elenco: Alfred Woodard, Laurence Fishburne, Craig Sheffer e outros. EUA, 118 min, 1997.

DALLARI, D. A. Bioética e direitos humanos. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/artigo6.pdf> Acesso em 12/12/2009

DINIZ, D.; GUILHEIM, D. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. **Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 599-612, 2008.

GALLICCHIO, L.; HARVEY, L. A.; KJERULFF, K. H. Fear of cancer among women undergoing hysterectomy for benign condition. **Psychosom. Med.**, v. 67, n. 3, 420-424, 2005.

GAMBONE, J. C.; MITTIMAN, B. S.; MUNRO, M. G.; SCIALLI, A. R.; WINKEL, C. A.; Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. **Fertil. Steril.**, v. 78, n. 5, p. 961-972, 2002.

GARRAFA, V. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics**, v. 17, n. 5-6, p. 399-416, 2003.

GARRAFA, V.; CORDÓN, J. **Pesquisas em Bioética no Brasil de hoje**. São Paulo: Editora Gaia, 2006, 256p.

HILL, Z.; TAWIAH-AGYEMANG, C.; ODEI-DANSO, S.; KIRKWOOD, B. Informed consent in Ghana: what do participants really understand? **Journal of Medical Ethics**, v. 34, n. 1, p. 48-53, 2008.

HOWARD, F. M. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. **Obstet. Gynecol. Surv.**, v. 48, n. 6, p. 357-387, 1993.

HOWARD, F. M. Chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol.**, v. 101, n. 3, p. 594-611, 2003.

HOWARD, F. M. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v. 46, n. 4, p. 749-766, 2003.

JESTE, D. V.; DEPP, C. A.; PALMER, B. W. Magnitude of impairment in decisional capacity in people with schizophrenia compared to normal subjects: an overview. **Schizophr. Bull.**, v. 32, n. 1, p. 121-128, 2006.

- KILLBRIDGE, K. L. et al. Lack of comprehension of common prostate cancer terms in an underserved population. **Journal of Clinical Oncology**, v. 27, n. 12, 0. 2015-2021, 2009.
- KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, 302p.
- LAMBERT, W. W.; LAMBERT, W. E. **Psicologia social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972
- LATTHE, P.; LATTHE, M.; SAY, L.; GÜLMEZOGLU, M.; KHAN, K. S. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. **BMC Public Health**, v. 6, p. 177, 2006.
- MARTENSON, E. K.; FÄGERSKLÖLD, A. M. A review of children's decision-making competence in health care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 23, p. 3131-3141, 2008.
- MATHIAS, S. D.; KUPPERMANN, M.; LIBERMAN, R. F.; LIPSCHUTZ, R. C.; STEEGE, J. F. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. **Obstet. Gynecol.**, v. 87, n. 3, p. 321-327, 1996.
- MELZACK R. The McGill Pain Questionnaire: from description to measurement. **Anesthesiology**. v. 103, p. 199-202, 2005.
- MUNHOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, 302p.
- NASCU, P. C.; VILOS, G. A.; ETTLER, H. C.; ABU-RAFEA, B.; HOLLET-CAINES, J.; AHMAD, R. Histopathologic findings on uterosacral ligaments in women with chronic pelvic pain and visually normal pelvis at laparoscopy. **J. Minim. Invasive Gynecol.**, v. 13, n. 3, p. 201-204, 2006.
- NEVES, M. C. P. A Fundamentação Antropológica da Bioética. **Bioética**, v. 4, n. 1, p. 7-16, 1996.
- NISELLE, M.; PAINDAVEINE, B.; BOURDON, A.; BERLIÈRE, M.; CASANAS-ROUX, F.; DONNEZ, J. Histologic study of peritoneal endometriosis in infertile women. **Fertil. Steril.**, v. 53, n. 6, p. 984-988, 1990.
- ONG, K. S.; SEYMOR, R. A. Pain measurement in humans. **Surgeon**, v. 2, n. 1, 0. 15-27, 2004.



PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. In: GORESTEIN C.; ANDRADE, H.S.G.; ZUARDI, A.W. (Ed.) Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 4ª ed. São Paulo: Loyola, 1997, 552p.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In: **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, 302p.

PESUDOV, K.; CRAIGIE, M. J.; ROBERTON, G. The visual analogue scale for the measurement of pain is not linear. **Anaesth Intensive Care**, v. 33, n. 5, p. 686-687, 2005.

PIMENTA, C. A. D.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 473-483, 1996.

POTTER, V. R. **Bioethics: bridge to the future**. New Jersey: Englewood Cliffs, 1971, 196 p.

REICH, W. T. **Encyclopedia of Bioethics**. 1<sup>st</sup> Ed. New York: Macmillan, 1978.

REICH, W. T. **Encyclopedia of Bioethics**. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Macmillan, 1995.

RODRIGUES, A. **Psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1981. 573p.

TRIEBEL, K. L.; MARTIN, R. C.; NABORS, L. B.; MARSON, D. C. Medical decision-making capacity in patients with malignant glioma. **Neurology**, v. 73, n. 24, p. 2086-2092, 2009.

UNESCO **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. Tradução brasileira da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Disponível em <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br> Acessada em 10/07/2009

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Diretrizes para a apresentação de dissertações e teses da USP**: documentos eletrônicos ou impressos. São Paulo: SIBi-USP, 2004, 110p.

WILLIAMS, B. F.; FRENCH, J. K.; WHITE, H. D. Informed consent during the clinical emergency of acute myocardial infarction (HERO-2 consent substudy): a prospective observational study. **Lancet**, v. 361, p. 918-922, 2003.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa da saúde da família**. 2003. Tese. Faculdade de

ZONDERVAN, K.; BARLOW, D. H. Epidemiology of chronic pelvic pain. **Baillieres Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.**, v. 14, n. 3, p. 403-414, 2000.

ZONDERVAN, K.; YUDKIN, P. L.; VESSEY, M. P.; DAWES, M. G.; BARLOW, D. H.; KENNEDY, S. H. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 106, n. 11, p. 1149-1155, 1999.

ZONDERVAN, K.; YUDKIN, P. L.; VESSEY, M. P.; DAWES, M. G.; BARLOW, D. H.; KENNEDY, S. H. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 106, n. 11, p. 1156-1161, 1999.

---

**ANEXOS**

---

---

## ANEXOS

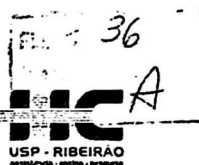
## ANEXO A



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

COPY 1



Ribeirão Preto, 08 de julho de 2008

Ofício nº 2427/2008  
CEP/MGV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado "APLICAÇÕES DA CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA NA DOR PÉLVICA CRÔNICA: ASPECTOS BIOÉTICOS", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 269ª Reunião Ordinária realizada em 07/07/2008 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 3973/2008.

*Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.*

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

  
DR. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA  
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores

**DR. HERMES DE FREITAS BARBOSA**

**PROF. DR. FRANCISCO JOSÉ CÂNDIDO DOS REIS (Pesquisador envolvido)**

Depto. de Ginecologia e Obstetria

## ANEXO B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pelo Dr. Hermes de Freitas Barbosa. Após ser **esclarecida** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

#### ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **“Aplicações da cirurgia minimamente invasiva na dor pélvica crônica: aspectos bioéticos”**

Pesquisador Responsável : Dr. Hermes de Freitas Barbosa

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (16) 3602-2583.

Você receberá um questionário do pesquisador, em uma entrevista com perguntas padronizadas, feitas igualmente a todas as participantes da pesquisa, sobre alguns aspectos da sua patologia e do tratamento proposto pelo médico.

O objetivo da pesquisa é estudar os dilemas éticos envolvidos na aplicação de determinados tipos de cirurgias para o diagnóstico e tratamento da Dor Pélvica Crônica.

A entrevista é isenta de riscos, mas qualquer dano ou prejuízo, que possa ocorrer a você devido à sua participação na pesquisa, será indenizado pelo pesquisador.

Não há benefício direto decorrente da participação na pesquisa. Entretanto, a participação na pesquisa poderá fazer você refletir melhor sobre sua condição de saúde e o tratamento proposto.

Você não terá nenhuma despesa ao participar dessa pesquisa e não receberá nenhum tipo de remuneração por essa participação.

Se você concordar em participar dessa pesquisa, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. Quando da publicação da pesquisa, seu nome não será divulgado.

Durante a pesquisa, você terá o direito de parar de responder às perguntas em qualquer momento e também de não querer mais participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo da continuidade do seu tratamento.

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da referida pesquisa, como sujeito. Fui suficientemente informada a respeito das informações que li, descrevendo o estudo **“Aplicações da cirurgia minimamente invasiva na dor pélvica crônica: aspectos bioéticos”**. Eu discuti com o Dr. Hermes de Freitas Barbosa sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO C

## Escala Analógica Visual Questionário McGill de dor

## IDENTIFICAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
 Registro\_CSE \_\_\_\_\_ Registro\_HC \_\_\_\_\_  
 Data\_de\_nascimento \_\_\_\_\_ Data\_da\_entrevista \_\_\_\_\_  
 Escolaridade  1º grau incompleto  2º grau incompleto  superior incompleto  pós-graduação  
 1º grau completo  2º grau completo  superior completo  
 Estado\_civil  solteira  casada  viuva  divorciada  amasiada  
 Profissao \_\_\_\_\_ Numero\_membros\_familia \_\_\_\_\_ Renda\_total \_\_\_\_\_

## QUANTIFICAÇÃO DA DOR

## ESCALA ANALÓGICA VISUAL

nenhuma dor \_\_\_\_\_ pior dor sentida \_\_\_\_\_  
 Plor\_dor\_sentida  cálculo urinário  dor nas costas  enxaqueca  infarto  parto normal  
 cirurgia  dor pélvica atual  fratura de osso  obstrução Intestinal  Other...

## ESCALA DE CATEGORIA NUMÉRICA

0 = nenhuma dor  1 = branda  2 = desconfortável  3 = aflitiva  4 = horrível  5 = martirizante

## MCGILL COMPLETO

Escreva o número correspondente às características da sua dor nos espaços abaixo das colunas

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1 = ondulante<br>2 = tremulante<br>3 = pulsante<br>4 = palpitante<br>5 = latejante<br>6 = em pancada | 1 = pontada<br>2 = choque<br>3 = tiro                           | 1 = alfinetada<br>2 = perfurante<br>3 = facada<br>4 = punhalada<br>5 = lancinante | 1 = aguda<br>2 = cortante<br>3 = dilacerante                                    | 1 = fisgada<br>2 = aperto<br>3 = mordida<br>4 = cólica<br>5 = esmagamento           |
| 1 = puxão<br>2 = estiramento<br>3 = arrancamento   | 1 = calor<br>2 = queimação<br>3 = escaldante<br>4 = causticante | 1 = formigamento<br>2 = coceira<br>3 = ardor<br>4 = ferroadada                    | 1 = vaga<br>2 = dolorimento<br>3 = machucada<br>4 = dolonda<br>5 = pesada       | 1 = sensível<br>2 = distendida<br>3 = esfolante<br>4 = rompendo                     |
| 1 = cansativa<br>2 = exaustiva   | 1 = enjoada<br>2 = sufocante                                    | 1 = amedrontada<br>2 = apavorante<br>3 = aterrorizante                            | 1 = castigante<br>2 = atormenta<br>3 = cruel<br>4 = maldita<br>5 = mortificante | 1 = miserável<br>2 = alucinante   |
| 1 = maçante<br>2 = incômoda<br>3 = desgastante<br>4 = intensa<br>5 = insuportável                    | 1 = esparrama<br>2 = irradia<br>3 = penetra<br>4 = transfixa    | 1 = aberta<br>2 = adormece<br>3 = repuxa<br>4 = espreme<br>5 = rasga              | 1 = fria<br>2 = gelada<br>3 = congelante  | 1 = aborrecida<br>2 = nauseante<br>3 = agonizante<br>4 = pavorosa<br>5 = torturante |

## ANEXO D

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Este questionário contém uma série de frases referentes à assistência prestada pelos médicos durante o atendimento prestado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. À frente de cada frase existem as seguintes possibilidades de respostas:

| 1                          | 2                            | 3                                    | 4                            | 5                          |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <b>Discordo totalmente</b> | <b>Discordo parcialmente</b> | <b>Nem concordo<br/>Nem discordo</b> | <b>Concordo parcialmente</b> | <b>Concordo totalmente</b> |

Ao final da leitura de cada frase, assinale com um X, dentro do espaço correspondente à alternativa escolhida, conforme o grau de concordância com a afirmação.

**Exemplo:** *O amor é lindo.*

Caso você discorde totalmente dessa frase, assinale o número 1.

Caso você mais discorde do que concorde com a frase, assinale o número 2.

Caso você nem discorde, nem concorde, assinale o número 3.

Caso você mais concorde do que discorde da frase, assinale o número 4.

Caso você concorde totalmente com essa frase, assinale o número 5.

**Obrigado pela colaboração.**

## QUESTIONÁRIO

| FRASES   | 1                   | 2                     | 3                         | 4                     | 5                   |
|--|---------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------|
|  | DISCORDO TOTALMENTE | DISCORDO PARCIALMENTE | NEM CONCORDO NEM DISCORDO | CONCORDO PARCIALMENTE | CONCORDO TOTALMENTE |
| 1 - Os médicos me orientaram sobre a cirurgia indicada para o meu problema de saúde.           | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 2 - Fui orientada sobre as alternativas de tratamento para o meu problema de saúde.            | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 3 - Entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento.                      | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 4 - Tive liberdade para conversar com os médicos sobre as minhas dúvidas.                      | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 5 - Os médicos ouviram as minhas preocupações.   | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 6 - Senti dificuldades para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado.     | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 7 - Senti dificuldade para fazer perguntas aos médicos.  | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 8 - Tive liberdade para decidir pelo tratamento a ser realizado.                               | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 9 - Fui orientada sobre as vantagens do procedimento proposto.                                 | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 10 - Os médicos não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento. | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 11 - Os médicos falaram de forma difícil de entender.  | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 12 - Os médicos explicaram o motivo do tratamento.   | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 13 - Não gostei da maneira como fui tratada quando perguntei sobre o procedimento              | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 14 - As explicações fornecidas pelos médicos me deram segurança para a tomada de decisão.      | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |
| 15 - Entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado.                                | ( )                 | ( )                   | ( )                       | ( )                   | ( )                 |



| FRASES  | 1                      |  | 2                        |  | 3                                  |  | 4                        |  | 5                      |  |
|---|------------------------|--|--------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------|--|------------------------|--|
|   | DISCORDO<br>TOTALMENTE |  | DISCORDO<br>PARCIALMENTE |  | NEM<br>CONCORDO<br>NEM<br>DISCORDO |  | CONCORDO<br>PARCIALMENTE |  | CONCORDO<br>TOTALMENTE |  |
| 16 - Gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento.  | ( )                    |  | ( )                      |  | ( )                                |  | ( )                      |  | ( )                    |  |
| 17 - Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos médicos.  | ( )                    |  | ( )                      |  | ( )                                |  | ( )                      |  | ( )                    |  |
| 18 - Entendi as respostas que os médicos deram às perguntas que fiz.  | ( )                    |  | ( )                      |  | ( )                                |  | ( )                      |  | ( )                    |  |
| 19 - Fui orientada frente aos possíveis riscos e reações do procedimento.   | ( )                    |  | ( )                      |  | ( )                                |  | ( )                      |  | ( )                    |  |
| 20 - Os médicos influenciaram minha tomada de decisão na realização do procedimento.  | ( )                    |  | ( )                      |  | ( )                                |  | ( )                      |  | ( )                    |  |
| 21 - Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros. | ( )                    |  | ( )                      |  | ( )                                |  | ( )                      |  | ( )                    |  |
| 22 - Fui orientada quanto às desvantagens do procedimento a ser realizado.  | ( )                    |  | ( )                      |  | ( )                                |  | ( )                      |  | ( )                    |  |
| 23 - As orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras.   | ( )                    |  | ( )                      |  | ( )                                |  | ( )                      |  | ( )                    |  |
| 24 - Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento.   | ( )                    |  | ( )                      |  | ( )                                |  | ( )                      |  | ( )                    |  |

**ANEXO E**

Quadro 1 – Afirmativas da categoria Informação

| <b>Nº</b> | <b>Afirmativas</b>  | <b>Classificação</b> |
|-----------|---|----------------------|
| 1         | Os médicos me orientaram sobre a cirurgia indicada para o meu problema de saúde.  | Positiva             |
| 2         | Fui orientada sobre as alternativas de tratamento para o meu problema de saúde.   | Positiva             |
| 9         | Fui orientada sobre as vantagens do procedimento proposto   | Positiva             |
| 12        | Os médicos explicaram o motivo do tratamento  | Positiva             |
| 14        | As explicações fornecidas pelos médicos me deram segurança para a tomada de decisão   | Positiva             |
| 16        | Gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento  | Negativa             |
| 17        | Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos médicos  | Positiva             |
| 19        | Fui orientada frente aos possíveis riscos e reações do procedimento   | Positiva             |
| 21        | Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros | Negativa             |
| 22        | Fui orientada quanto às desvantagens do procedimento a ser realizado  | Positiva             |
| 24        | Os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento   | Negativa             |

Quadro 2 – Afirmativas da categoria Competência

| <b>Nº</b> | <b>Afirmativas</b>  | <b>Classificação</b> |
|-----------|---|----------------------|
| 3         | Entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento                                | Positiva             |
| 6         | Senti dificuldades para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado               | Negativa             |
| 11        | Os médicos falaram de forma difícil de entender   | Negativa             |
| 15        | Entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado   | Positiva             |
| 18        | Entendi as respostas que os médicos deram às perguntas que fiz                                      | Positiva             |
| 23        | As orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras | Negativa             |

Quadro 3 – Afirmativas da categoria Liberdade

| <b>Nº</b> | <b>Afirmativas</b>   | <b>Classificação</b> |
|-----------|--|----------------------|
| 4         | Tive liberdade para conversar com os médicos sobre as minhas dúvidas                     | Positiva             |
| 5         | Os médicos ouviram as minhas preocupações  | Positiva             |
| 7         | Senti dificuldade para fazer perguntas aos médicos                                       | Negativa             |
| 8         | Tive liberdade para decidir pelo tratamento a ser realizado                              | Positiva             |
| 10        | Os médicos não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento | Negativa             |
| 13        | Não gostei da maneira como fui tratada quando perguntei sobre o procedimento             | Negativa             |
| 20        | Os médicos influenciaram minha tomada de decisão na realização do procedimento           | Positiva             |

Este trabalho foi elaborado segundo as diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2004).

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Diretrizes para a apresentação de dissertações e teses da USP**: documentos eletrônicos ou impressos. São Paulo: SIBi-USP, 2004, 110p.