

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

JÚLIO CESAR BORIN

**DOR E SOFRIMENTO: A NECESSIDADE DO ACOLHIMENTO PARA
GARANTIR A AUTONOMIA**

LONDRINA

2021

JÚLIO CESAR BORIN

**DOR E SOFRIMENTO: A NECESSIDADE DO ACOLHIMENTO PARA
GARANTIR A AUTONOMIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética. Área de Concentração: Bioética Clínica, Humanização e Cuidados Paliativos, Linha de Pesquisa: Bases e Práticas Interdisciplinares da Bioética Clínica, Humanização e Cuidados Paliativos, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Paulo Neto

LONDRINA

2021

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Sônia Maria Magalhães da Silva – CRB 9/1191

Borin, Júlio Cesar

B734d Dor e sofrimento : a necessidade do acolhimento para garantir a autonomia
2021 / Júlio Cesar Borin ; orientador: Alberto Paulo Neto. – 2021.
66 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Londrina, 2021
Inclui bibliografias

1. Autonomia. 2. Cuidados médicos. 3. Dor. 4. Sofrimento. 5. Bioética.
I. Paulo Neto, Alberto. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa
de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. –

174.9574

P



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ ESCOLA CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº21/2021
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

Em sessão pública às nove horas do dia três de dezembro do ano de dois mil e vinte e um, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/86460697986?pwd=ZVpCT3VQTUdOcjlNUdFN3TnAvUW4xZz09> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação **DOR E SOFRIMENTO: A NECESSIDADE DO ACOLHIMENTO PARA GARANTIR A AUTONOMIA** apresentada pelo aluno **JULIO CESAR BORIN** sob orientação do Professor Doutor Alberto Paulo Neto como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professor Doutor Alberto Paulo Neto
Presidente (PUCPR)

Alberto Paulo Neto

Professor Doutor José Eduardo de Siqueira
Membro interno (PUCPR)

José Eduardo de Siqueira

Professora Doutora Orlene Veloso Dias
Membro externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS/MG)

Orlene Veloso Dias

Início: 09h00 Término 11h05.

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado **APROVADO**.

O aluno está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de **60 dias** para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno: Julio Cesar Borin

Julio Cesar Borin

Mário Antônio Sanches

Professor Doutor Mário Antônio Sanches
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

DEDICATÓRIA

A meus filhos Camila e Lucas e a minha esposa Cintia que me impulsionam no engrandecimento de meus conhecimentos e crescimentos pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor José Eduardo de Siqueira pela confiança e incentivo no início da caminhada quando a estrada parecia longa e tortuosa.

Agradeço aos médicos do programa de residência médica em ortopedia e traumatologia do hospital HONPAR pela ajuda na seleção dos pacientes que foram submetidos na pesquisa de campo.

Agradeço aos pacientes do ambulatório de alta complexidade de cirurgia de joelho do hospital HONPAR em participar voluntariamente da pesquisa de campo.

Agradeço especialmente ao Professor Doutor Alberto Paulo Neto por aceitar me orientar no desenvolvimento dessa dissertação tornando-se mais do que orientador, um amigo que me fortaleceu nos momentos mais difíceis dessa caminhada levantando meu moral e fazendo acreditar no potencial de minhas idéias.

“É por meio da linguagem que o próximo aparece ao eu como exterioridade, como absolutamente outro. Para transpor o espaço que os separa é preciso construir uma ponte para a comunicação que permita a troca e o diálogo”
(SOUZA 2020, p. 213).

RESUMO

A pressão resultante do aumento da demanda associado à obrigatoriedade de acesso universal à saúde de qualidade exigiu adaptação da Medicina aos novos tempos obrigando-a fazer um movimento de mudança na forma como profissionais da Medicina e/ou demais profissionais da Saúde fazem a assistência a pacientes. O grande desafio vindouro é conciliar o atendimento de grande demanda aos princípios da ética biomédica e aos referenciais da Bioética procurando resgatar a comunicação abrangente e acolhedora permitindo assim a expressão completa dos sentimentos ainda que subjetivos na relação médico/a-paciente. O presente trabalho teve o objetivo de avaliar o valor da presença de um ser humano, habitualmente o médico/a médica, na avaliação de pacientes. Colocou-se em discussão a habilidade que o/a cuidador/a de Saúde tem em interpretar não só um questionário ou um exame, mas também entender que o sofrimento humano frente a uma doença é muito mais do que simples dados coletados em questionários.

Palavras-chave: Bioética. Autonomia. Cuidados de saúde. Dor. Sofrimento.

ABSTRACT

The pressure resulting from the increase in demand associated with the mandatory universal access to quality healthcare required Medicine to adapt to the new times, forcing it to make a change in the way medical professionals and/or other healthcare professionals provide patient care. The great challenge ahead is to reconcile the high demand service with the principles of biomedical ethics and the references of Bioethics, seeking to rescue comprehensive and welcoming communication, thus allowing the full expression of feelings, even if subjective, in the doctor/patient relationship. The present work had the objective of evaluating the value of the presence of a human being, usually the doctor, in the evaluation of patients. It discussed the ability of the health care provider to interpret not only a questionnaire or an exam, but also to understand that human suffering in the face of a disease is much more than simple data collected in questionnaires.

Keywords: Bioethics. Autonomy. Health care. Pain. Suffering.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Diagrama de dispersão entre E.V.A. e WOMAC de participantes entrevistados/as por formulário Grupo A e pelo pesquisador Grupo B.....	50
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Informações sociodemográficas de participantes do Grupo A	47
Tabela 2 – Informações sociodemográficas de participantes do Grupo B	47
Tabela 3 – Comparação do IMC e o grau da Artrose de participantes do Grupo A..	48
Tabela 4 – Comparação do IMC e o grau da Artrose de participantes do Grupo B..	48
Tabela 5 – Comparação da E.V.A. e Womac Total de participantes do Grupo A.....	48
Tabela 6 – Comparação da E.V.A. e Womac Total de participantes do Grupo B.....	49
Tabela 7 – Somatório dos resultados E.V.A. e WOMAC de participantes do Grupo A	49
Tabela 8 – Somatório dos resultados E.V.A. e WOMAC de participantes do Grupo B	49
Tabela 9 – Comparação do E.V.A. entre participantes entrevistados/as dos Grupo A e B	50
Tabela 10 – Comparação do WOMAC entre participantes entrevistados/as pelo formulário e pesquisador	51
Tabela 11 – Comparação entre o grau de artrose e o grau de limitação (WOMAC) - Grupo A	52
Tabela 12 – Comparação entre o grau de artrose e o grau de limitação (WOMAC) - Grupo B	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	Artigo
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CF	Constituição Federal
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
E.V.A.	Escala Visual de Dor
IASP	Associação Internacional para Estudos da Dor
IMC	Índice de Massa Corpórea
MEDLINE/PubMed	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OA	Osteoartrose
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
WOMAC	<i>Western Ontário and McMaster Universities Osteoarthritis Index</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ARTIGO 1	16
2.1	INTRODUÇÃO	17
2.2	BREVE HISTÓRICO DA BIOÉTICA	19
2.3	DOR E VULNERABILIDADE.....	21
2.4	DOR, ATENDIMENTO MÉDICO E VULNERABILIDADE	28
2.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS	33
3	ARTIGO 2	16
3.1	INTRODUÇÃO	38
3.2	A OSTEOARTROSE DE JOELHO	42
3.3	MATERIAIS E MÉTODOS	44
3.4	RESULTADOS.....	46
3.5	DISCUSSÃO	53
3.6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	57
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63

1 INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no século XX, tanto no âmbito econômico como político e social, modificaram sobremaneira o mundo contemporâneo. Foram cem anos que equivaleram a muitos séculos em termos de mudanças, desde a distribuição de mercadorias ao redor do planeta, o consumo, o acesso à informação, a facilidade e velocidade em obter tal acesso, e as relações sociais. No período que sucedeu à II Guerra Mundial, os Estados Unidos da América se tornaram uma potência mundial. E, foi ali que a partir dos anos 1950, com a criação da “linha de produção”, inaugurada por Henry Ford, iniciou-se um conceito de acessibilidade que se tornou meta governamental na maioria dos países do globo.

Pode-se dizer que, desde a publicação da “Declaração Universal dos Direitos Humanos” (DUDH), adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, todo ser humano passou a ser visto como igual em seus direitos. Embora até os dias de hoje muitos países sequer tenham conseguido garantir liberdade a toda a sua população, no Brasil a Saúde foi privilegiada em termos de prioridade constitucional (BRASIL, 1988). Sendo que, no país, toda população deve ter garantido o acesso universal à saúde (BRASIL, 1988, Art. 196).

O sistema de financiamento da saúde brasileiro é misto – público com financiamento por tributos e privado com presença de convênios de saúde – o que possibilita grandes conflitos e distorções éticas. Em um contexto onde se observa o aumento crescente das demandas sanitárias devido ao envelhecimento da população e ao aumento da expectativa de vida, o Estado tem alegado que os recursos são escassos. Outra preocupação deveria ser a de garantir acesso a atendimentos de qualidade para toda a população ainda que num país de dimensões continentais, sem ferir nenhum princípio de justiça seja quanto à igualdade ou à equidade.

A pressão resultante do aumento da demanda associado à obrigatoriedade de acesso universal à saúde de qualidade exigiu adaptação da Medicina aos novos tempos. De tal modo que a obrigou fazer um movimento de mudança na forma como profissionais da Medicina e/ou demais profissionais da Saúde fazem a assistência a pacientes. Isso porque as relações de individualidade e cumplicidade existentes entre médico/a e paciente foram sendo, ao longo dos anos, substituídas por

protocolos pré-definidos de atendimento em massa e *screening* populacional. Ocorreu a substituição dos fatores subjetivos observacionais durante a comunicação com a pessoa enferma por abordagens baseadas exclusivamente em dados objetivos e técnico-científicos.

Souza, Ribeiro Jr. e Facury refletem sobre a situação e destacam que:

com os avanços nas ciências, a revolução tecnocientífica e o dinamismo da realidade contemporânea, a práxis médica e, conseqüentemente, a relação médico-doente passaram por profundas transformações. Essas mudanças, fartamente documentadas na literatura, revelaram a necessidade de repensar a atuação dos profissionais (2020, p. 213).

O ser humano quando doente está, talvez, em seu momento de maior fragilidade e vulnerabilidade. Nesse momento sua “solidão” é das mais intensas convivendo com seus temores e fantasmas, sofrendo individualmente e muitas vezes sem conseguir expressar a grandiosidade da insegurança que vive. Profissionais dos cuidados de Saúde que se dispõem a ouvir a pessoa enferma podem lançar uma luz no final desse túnel, levando esperança de melhora. Esse encontro em consultório ou a beira do pode ser um momento “mágico” se a atitude for de entrega: uma pessoa se doa para cuidar e outra é cuidada.

No entanto, a necessidade de estratificar resultados e registrar de maneira impessoal quadros clínicos a fim de fazer o maior número possível de atendimentos, e muitas vezes a distância, faz com que se perca boa parte da comunicação entre médico/a e paciente. Muitas são os protocolos e tabelas que visam avaliar e estratificar as mais variadas patologias. Nos últimos anos tem havido uma ênfase enorme na avaliação, inclusive, da qualidade de vida percebida pela própria pessoa enferma e medida através de questionários, pontuando-se cada aspecto de sua vida.

A maior parte desses questionários são para aplicação à distância ou até mesmo por profissionais distintos/as do/a cuidador/a eleito/a pela pessoa enferma. Dessa forma, acaba acontecendo um atendimento à distância.

As vantagens de um atendimento à distância são inúmeras como, por exemplo, maior comodidade e segurança para o/a paciente; profissionais conseguem atender mais pessoas e em locais distantes; e o/a paciente pode ser atendido/a por especialistas a que não teria acesso na sua cidade. Além disso, é possível atender mais facilmente à demanda em instituições públicas onde há

acúmulo de pacientes, e longa fila de espera; torna possível o acompanhamento de maneira mais frequente quando não há a necessidade da consulta presencial.

De fato, apesar de parecer um atendimento mais “frio” e “distante” alguns/umas pacientes parecem gostar devido às vantagens citadas acima. Também essa é a razão de estarmos correndo o risco de esse tipo de atendimento tornar-se o modo padrão de atendimento.

Mas, as limitações do atendimento impessoal são muitas: o exame físico fica comprometido; alguns fatores ambientais externos podem atrapalhar a boa comunicação; há dificuldade com os meios digitais ou mesmo dificuldades de interpretação de texto. Além disso, é fundamental nunca perder de vista que há um lado da Medicina, exatamente o que está mergulhado nas mais antigas tradições, que não se enquadra nos limites – e nas limitações – dos questionários, dos aparelhos e das máquinas. Pois, aí se encontra muita coisa indispensável ao trabalho: a relação profissional-paciente; as incontáveis maneiras de sentir, sofrer, interpretar o que se sente e de relatar o que se passa no íntimo de cada um; as nuances impressas pelo contexto cultural; a participação dos fenômenos inconscientes e as interferências do meio ambiente.

O presente trabalho teve o objetivo de avaliar o valor da presença de um ser humano, habitualmente o médico/a médica, na avaliação de pacientes.

Esta dissertação está estruturada em dois artigos, sendo uma revisão integrativa de literatura e ou tro referente à pesquisa de campo.

2 ARTIGO 1

Considerações bioéticas na dor e sofrimento

Júlio Cesar Borin¹
Alberto Paulo Neto ²

¹Mestrando em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PPGB-PUCPR); e-mail: jcborin@gmail.com;

²Orientador, Docente do PPGB-PUCR; e-mail: alberto.paulo@pucpr.br

Resumo

A dor é um sintoma multifacetário de dificuldade em expressá-lo sendo influenciado por fatores culturais, sociais, étnicos, entre outros. Se por um lado, cada vez mais se lança mão de escalas objetivas para quantificar a dor, no que diz respeito à rapidez e abrangência do sistema de saúde, por outro lado, têm-se relegado a um segundo plano o contato direto com pacientes. Com isso corre-se o risco da perda de sinais expressados que possam ajudar a entender o real sofrimento daquela pessoa. O objetivo foi avaliar o processo deliberativo como proposto pelos fundamentos da Bioética Clínica, com pacientes sofredores de dor, em especial os sofredores de dor crônica e levantar questionamentos sobre a capacidade de autonomia na real avaliação da sua dor e do seu sofrimento. Foi realizada uma revisão integrativa de literatura; a busca foi por artigos na língua portuguesa entre 2010 e 2020 usando os descritores: “Acolhimento”; “comunicação na saúde”; “humanização da assistência”; “atenção primária a saúde”; “pain and suffering”; “Bioethcs principles and paciente”. As consultas foram nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e *Scientific Electronic Library Online*. Foram selecionados quatro artigos e a partir desses, em busca aleatória, outros artigos foram incorporados para o embasamento teórico. O acolhimento de pacientes em atendimento humanizado, se esforçando para entender as particularidades mais íntimas daquele ser humano, que se encontra necessitado de ajuda, pode completar o espaço que tem faltado na ponte entre profissionais e pacientes. Gera a oportunidade de interação em que profissionais aprendem com pacientes e vice-versa aumentando o comprometimento de ambos.

Palavras-chave: Bioética. Dor. Vulnerabilidade. Sofrimento.

Abstract

Pain is a multifaceted symptom of difficulty in expressing it, being influenced by cultural, social, ethnic factors, among others. If, on the one hand, objective scales are increasingly used to quantify pain, with regard to the speed and scope of the health system, on the other hand, direct contact with the running patient has been relegated

to the background making strong the risk of losing signs expressed by the patient that can help to understand the real suffering of that person.-Evaluate the deliberative process in clinical bioethics in pain patients, especially chronic pain sufferers, and raise questions about the capacity for autonomy in the real assessment of their pain and suffering. A bibliographic review of articles in Portuguese was carried out between 2010 and 2020 using the descriptors: "Acolhimento"; "comunicação na saúde"; "humanização da assistência"; "atenção primária a saúde"; "pain and suffering"; "Bioethcs principles and patient" in the *Biblioteca Virtual de Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* and *Scientific Electronic Library Online*. Four articles were selected and from these, in a random search, other articles were incorporated for theoretical basis. Welcoming the patient in humanized care, striving to understand the most intimate particularities of that human being, who is in need of help, can complete the space that has been missing in the bridge between doctor and patient. It generates the opportunity for interaction in which one learns from the other and vice versa, increasing the commitment of both the first and the second.

Keywords: Bioethics. Pain. Vulnerability. Suffering.

2.1 INTRODUÇÃO

A pessoa com dor é um indivíduo vulnerável e perde, em certo sentido, a sua capacidade de autonomia (BUCHMAN; HO; GOLDBERG, 2017, p. 32). Esse artigo busca levantar subsídios para que se possa fazer uma análise do cuidado com pacientes com dor, buscando uma perspectiva bioética no manejo desses pacientes.

Em um mundo que se modifica rapidamente a cada dia, e em que o tempo parece cada vez mais escasso, o atendimento a pacientes que sofrem com dor tem sido sistematizado constantemente e massivamente. Longe daquela imagem da Medicina praticada no passado em que médico/a ouvia os relatos de seu/sua paciente procurando, mais do que sintomas, auscultar a sua "alma", nos tempos atuais observa-se uma Medicina tecnicada e, a cada dia, mais desumanizada. Assim sendo, deve-se fazer uma análise das possíveis distorções quando se faz uma interpretação da dor relatada por pacientes. É possível usar apenas escalas objetivas para quantificar a dor sem fazer diferença entre o conceito de dor e sofrimento, e sem individualizar a experiência dolorosa e o benefício do acolhimento ético no entendimento do sofrimento de pacientes.

Ao atender apacientes sofredores de dor, devem ser levados em consideração os princípios da ética biomédica. Bem como, garantir, através de um atendimento humanizado, a autonomia de pacientes, poderá colaborar com a

redução do sofrimento. Também a melhora das perspectivas de ambos, paciente e cuidador/a, e finalmente levar ao maior comprometimento bilateral com as medidas adotadas durante o processo de tratamento.

O objetivo desse estudo é avaliar o processo deliberativo, como proposto pelos fundamentos da Bioética Clínica, com pacientes sofredores/as de dor, em especial os sofredores de dor crônica e levantar questionamentos sobre a capacidade de autonomia que estes poderiam ter na real avaliação da sua dor e do seu sofrimento. A motivação está norteadada por algumas interrogações: é possível confiar plenamente em questionários autoaplicáveis para, a partir deles, discutir e sugerir condutas que, em muitos casos, poderiam mudar a vida de pacientes? Qual a real necessidade de valorizar a relação dialógica e acolhedora entre médico/a e paciente em seu processo de aprendizagem e autoconhecimento? E por fim, fazer uma análise será sob o ponto de vista de princípios da ética biomédica, considerando-se a hipótese de que há benefícios em acolher e respeitar a autonomia de pacientes propiciando um atendimento humanizado e qualificado.

A pesquisa é bibliográfica, uma revisão integrativa de literatura; a busca foi por artigos na língua portuguesa, publicados entre 2010 e 2020. Os descritores utilizados foram: “acolhimento”; “comunicação na saúde”; “humanização da assistência”; “atenção primária a saúde”, utilizando o operador booleano AND. As bases de dados acessadas foram: a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde foram capturados nove artigos; *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed), sem resultado; e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) que resultou em três artigos. Após leitura dos títulos e resumos, um artigo foi selecionado.

Diante desses resultados, optou-se por nova busca na MEDLINE/PubMed utiliza com os descritores em inglês: “pain”; “suffering”; “bioethics principles”; “paciente”, utilizando o operador booleano AND, dentro do mesmo período de tempo. Encontrados 37 artigos, após leitura dos títulos e resumos, dois foram selecionados. Em busca aleatória com os descritores “bioética”; “dor”, e “sofrimento”, foi encontrado um artigo dentro do foco da pesquisa que não havia sido capturado nas buscas anteriores. De modo que, a partir do total de artigos selecionados recorreu-se às referências presentes nos mesmos desde que relacionadas ao tema.

2.2 BREVE HISTÓRICO DA BIOÉTICA

O termo “bioética” foi amplamente divulgado por Van Rensselaer Potter, o biólogo e bioquímico, pesquisador oncologista da Universidade de Wisconsin, cunhou o termo como é utilizado neste que se tornou um campo de conhecimento. Desde a publicação de “Bioethics: bridge to the future”, por Potter em 1971, e a cada dia a Bioética tem se expandido por novas fronteiras envolvendo maior conhecimento em vários campos como o jurídico, o moral e o filosófico (DRUMMOND, 2011). Potter, a partir de 1970-1971, traz o tema à discussão, preocupado principalmente com a sobrevivência da vida humana no planeta e, relacionando a possibilidade de sua inviabilidade com a destruição do meio ambiente ou, em outras palavras, com o esgotamento dos recursos naturais (POTTER, [1971], 2016). Preocupa-se, o autor, em responder à pergunta: “que tipo de futuro a humanidade terá?”; Potter almejava criar uma disciplina que promovesse a dinâmica interação entre o ser humano e o meio ambiente (PESSINI, 2013).

A partir de 1978, com base no “Relatório Belmont” (HHS.gov., 1979) acerca de pesquisas com seres humanos, publicado pela Comissão Nacional criada pelo Congresso norte- americano, Beauchamp e Childress elaboraram quatro referenciais bioéticos. Os autores reafirmaram os três pilares (princípios) estabelecidos pelo Relatório: beneficência, autonomia e o da justiça, e ainda acrescentaram a não maleficência, em sua obra “Principles of biomedical ethics” ([1979]1994). Portanto, a tríade inicial se baseia na beneficência do/a médico/a, na autonomia da pessoa enferma e no senso de justiça da sociedade, e a não maleficência deriva do preceito hipocrático *Primum non nocere* (primeiro não prejudicar, ou primeiro não faça nenhum mal).

Neste tema, Kipper e Clotet afirmam que:

a beneficência – numa perspectiva filosófica moral – é a manifestação da benevolência, sendo que essa apresenta três características essenciais: ela demonstra a disposição emocional que todo o ser humano tem para fazer o bem aos seus semelhantes; representa a virtude intrínseca a todos os seres humanos e denota a disposição que todos têm para agir de maneira correta, qualidade que, em geral, todos possuem (1998, p. 42).

A beneficência como um referencial bioético exige uma posição proativa em relação a outro indivíduo. É necessário que se tome uma ação positiva para ajudar,

deixando o impulso da benevolência, comandar a ação em benefício de outrem. É muito mais do que se abster de praticar atos prejudiciais a alguém. Quanto ao referencial bioético da justiça provoca que profissionais da Medicina, e demais profissionais de Saúde, a sair do âmbito restrito daquela relação profissional-paciente para pensar sua inserção comunitária, seu desempenho como cidadão/ã. (DRUMMOND, 2011).

Justiça diz respeito à obrigação de equidade de tratamento, com referência à equipe de saúde, e às políticas de saúde pública e/ou às políticas públicas de saúde. A incorporação do referencial da justiça à Bioética deu-se pelo aparecimento de conflitos entre o código deontológico, restrito à corporação médica, e as reivindicações de transparência e responsabilidade públicas levantadas pelos movimentos sociais (DRUMMOND, 2011).

A justiça existe quando determina que ao Estado compete oferecer recursos suficientes para que todas as pessoas, independente de classes sociais tenham acesso equitativo aos recursos existente no combate à dor e ao sofrimento. A justiça tem sido negligenciada quando o acesso a grandes centros de tratamento de dor é acessível para uma parcela da população enquanto outra, frequentemente a menos favorecida, não consegue o mesmo recurso. Além disso, a assistência médica tem se tornado a cada dia mais técnica, sofisticada e multidisciplinar o que obriga, em muitas ocasiões, a equipe a lançar mão de critérios preferenciais na utilização de tratamentos de alta tecnologia. Afirmar que “saúde é direito de todos e dever do Estado”, como rege a Constituição Federal (CF) brasileira (BRASIL, 1988, art. 196), e, não prover o acesso do paciente aos meios diagnósticos e terapêuticos, é defender uma dupla moral; uma proclamada e outra praticada ou em outras palavras, uma grande falácia (DRUMMOND, 2011; SOUZA *et al.*, 2013).

O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

O termo “autonomia” significa a capacidade de se autogovernar. Para que o indivíduo seja autônomo, ele deve ser capaz de realizar escolhas autônomas. Nesse sentido, é necessário que o indivíduo seja capaz de agir intencionalmente e tenha liberdade para tal sendo que a ausência de capacidade torna impossível a ação autônoma. Sem essa compreensão não é possível pensar a autonomia como forma de relação entre a equipe médica e paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

Defensores da autonomia de pacientes acreditam que eles/as são capazes de compreender os pontos considerados importantes; essa compreensão só será possível diante de um diálogo simétrico, no qual profissionais da saúde se esforcem em conhecer as preocupações de pacientes e o debate seja estimulado (UGARTE; ACIOLY, 2014).

Destarte, ter autonomia é ser dotado de capacidade para autolegislar-se, segundo a sua própria liberdade, ou seja, ser autônomo é ter a capacidade de autodeterminar-se segundo a sua consciência e vontade (SILVA; REZENDE, 2017). A autonomia é o pressuposto fundamental da ética uma vez que o sujeito desprovido de tal faculdade não é capaz de fazer julgamentos sobre o caráter ético de uma ação, ou ainda do sujeito que a pratique (FERRAZ, 2009).

O princípio ético-biomédico da autonomia, também designado como princípio do consentimento, se expressa pela consideração, na relação terapêutica, de pacientes como seres únicos. Ou seja, devem participar ativamente, e não apenas passivamente, para tanto cabe serem esclarecidos, informados a fim de estarem capazes de e tomar decisões (DRUMMOND, 2011). De modo que a autonomia se torna um referencial para as reflexões bioéticas sobre a temática desta pesquisa.

Embora os termos propostos nos códigos de ética profissional possam variar entre os diversos países, de uma maneira geral, se apoiam nos princípios da ética biomédica, prescrevendo o respeito à autonomia, à beneficência, a não maleficência e à justiça. Dos quatro referenciais bioéticos, o da autonomia tem sido o mais discutido na literatura de ética médica, especialmente na literatura referente à relação médico/a-paciente (HABERMAS, 1989; LEOVITS, 2012).

2.3 DOR E VULNERABILIDADE

A dor é um sintoma e uma das causas mais frequentes da procura por auxílio médico. Atualmente trabalha-se muito para chamar a atenção sobre a necessidade de que a dor seja reconhecida como o 5º sinal vital (SBED, 2021). Tal necessidade foi apontada pela primeira vez em 1996, por James Campbell, que então presidia a Sociedade Americana de Dor; seu objetivo foi de elevar a conscientização entre profissionais de saúde sobre o tratamento da dor (SBED, 2021).

Para Teixeira e colaboradores (2019) a dor ainda é um dos maiores flagelos da humanidade; é a razão maior das incapacidades e do agravamento dos *déficits* funcionais. Apesar de a percepção da dor ser quase universal, não é descrita e interpretada do mesmo modo por todas as culturas, e não é percebida de modo similar por todos os indivíduos.

O alívio da dor é compreendido como um dos direitos humanos; está alicerçado no Artigo 5º da DUDH onde se lê: “ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante” (ONU, 2005). Portanto, o tratamento inadequado ou indigno da dor não só é visto como uma violação da CF, como também uma agressão a DUDH (CORGOZINHO *et al.*, 2020).

A assistência médica moderna tem procurado ver o/a paciente sob os múltiplos aspectos, o que leva à necessidade de grande emprego de tecnologia e a atuação de profissionais de diferentes *expertises*. Essa situação acarreta, frequentemente, um aumento de custos e até mesmo a dificuldade de capacitação de número adequado de profissionais. Em um país de dimensão continental, muitos rincões são desprovidos de recursos pessoais e financeiros para a oferta de um tratamento adequado a pacientes que sofrem com dor, seja ela aguda ou crônica. Para que haja justiça na distribuição dos recursos destinados ao referido tratamento, espera-se que a totalidade dos/as pacientes tenha acesso igualmente a todas as modalidades de tratamento necessárias, sem quaisquer distinções.

Para Lebovits,

as forças econômicas predominantes e o ambiente cada vez ‘mais comercial’ dos medicamentos para dor, impedem o tratamento equitativo de muitos pacientes que sofrem de dor. Os pacientes tratados em clínicas de câncer ambulatorial, nas quais os pacientes minoritários constituem a maioria dos tratados, tem três vezes mais probabilidade de serem subtratados para sua dor. A falta de acesso igual a todas as modalidades de tratamento disponíveis é particularmente significativa para o campo do manejo da dor, onde os pacientes geralmente requerem o arsenal completo de modalidades de dor para ajudar a aliviar seu sofrimento refratário crônico (2012, p. 1153).

À primeira vista, toda dor, em especial a dor aguda, pode e deve ser tratada adequadamente. De acordo com a “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos” (DUBDH): “a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada como um bem social e humano” (UNESCO, 2005, Art. 14, b, i). Ainda, na mesma Declaração quanto à vulnerabilidade, esta:

deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos, e a integridade individual de cada um deve ser respeitada (UNESCO, 2005. Art. 8).

A perda da saúde acompanhada do sentimento de dor e sofrimento, se não resolvida e/ou prevenida, viola a DUBDH (UNESCO, 2005), uma vez que acomete uma população doente debilitando-a ainda mais. Os sofredores de dor crônica frequentemente são pessoas pertencentes a grupos minoritários, e/ou de baixo poder aquisitivo, que são mais vulneráveis pela sua condição social causando sofrimento extremo.

A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) vem promovendo treinamento e conscientização dos profissionais da saúde para reconhecer e tratar pacientes com dor. A IASP define o termo “dor” como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela associada, a uma lesão real ou potencial” (RAJA *et al.*, 2020, p. 1977). A dor tem relação direta com a qualidade de vida e, dependendo da sua severidade, pode levar quem sofre com ela a pedir pela própria morte (CORGOZINHO *et al.*, 2020).

A sensação de dor está diretamente relacionada ao sofrimento da pessoa, e um, retroalimenta o outro. A dor imputa sofrimento, muitas vezes, imenso deixando pacientes com a saúde emocional fragilizada. Sobre a dor, Cicely Saunders:

foi a primeira pessoa que falou de dor total, para descrever todos os aspectos e matizes que rodeiam o doente com dor, sobretudo os que apresentam doença oncológica incurável. Na sua prática e no acompanhamento desses doentes constatou que os tratamentos para aliviar a dor crônica eram insuficientes. Fez pesquisas sobre a administração oral de morfina, reafirmando que a dor não é apenas física mas interatua com as dimensões psicológica, familiar, social e espiritual da pessoa. Acentuou que é preciso cuidar da dor, entendendo a pessoa como um ser global (SAPETA, 2007, p. 16).

Como consequência a saúde fisiológica dele poderá, ao longo do tempo, ser comprometida. O termo “dor” tem sentido diferente do termo “sofrimento”, pois o segundo vai além de fatores fisiológico um quadro de depressão psicológica. Da mesma forma, diminuição da mobilidade, alteração da alimentação e falta de interação social leva uma grande parte da sociedade a quadros depressivos. (CORGOZINHO *et al.*, 2020).

A relação de confiança entre o indivíduo paciente sofredor de dor e o/a profissional que lhe assiste é a pedra angular para o engajamento no tratamento, a desconfiança é “sinônimo” de fracasso. Não se trata apenas da confiança que o/a paciente deposita naquele/a que, na maioria das vezes é o portador de grande conhecimento das patologias e seus meandros, mas também, do total comprometimento desse último com os relatos de seu/sua paciente. Quando há confiança mútua, espera-se que haja honestidade e boas intenções. Profissionais da saúde ocupam uma posição de destaque quando se pensa em tratamentos, pois seu treinamento especializado devido o acesso à educação específica, à prática intensa e contínua, lhes conferem a capacidade superior de diagnóstico e manejo das terapêuticas restando a pacientes a posição passiva nessa relação.

Assim, profissionais da saúde tomam para si o poder de solidificar, por sua autoridade sobre o assunto, como a dor deve ser diagnosticada e tratada, inclusive detendo o poder de persuasão de decisões judiciais, opiniões ou expectativas públicas e políticas de saúde. Sendo autoridades no assunto também podem entender, erroneamente, que têm a prerrogativa de anular a experiência relatada pelos/as próprios/as pacientes. Naturalmente, devido ao respeito aos princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça acredita-se na boa vontade e no compromisso dos/as cuidadores de saúde em fazer o melhor a pacientes, de acordo com os interesses destes.

O histórico pessoal de profissionais de saúde, o ambiente social em que vivem, a visão de mundo e outros valores, também influencia na forma como a equipe de cuidados observa os sintomas de pacientes Além de que a maneira como investigam e interpretam as histórias relatadas, quais diagnósticos relacionam com determinados sintomas relatados e observados, e quais as opções possíveis entre o número crescente de tratamentos disponíveis que recomendam, são igualmente afetados.

Devido ao seu caráter subjetivo, a forma de expressar a dor é muito individual, muitas vezes, pacientes têm dificuldade em expressá-la. Isso pode levar a uma má interpretação por parte dos/as profissionais de saúde e acarretar um descrédito destes podendo, até mesmo, ser interpretada como inexistente (BUCHMAN; HO; GOLDBERG, 2017).

De forma que, a dor e o sofrimento são sensações que precisam ser mais bem definidas. Embora muitas vezes se apresentem como questão individual e

meramente física, envolvem aspectos outros como experiências socioculturais, espiritualidade, psique até finalmente a dor em sua dimensão fisiológica.

Para Cogorzinho e colaboradores:

enquanto o sofrimento é tido como sentimento vasto, universal, existencial, a dor pode ser descrita como um processo fisiológico. Ela pode ser, no entanto, física ou emocional, relacionada ou não a alguma ferida real. A palavra que a designa tem origem no latim *dolor*, usualmente definida como impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão, ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele (2020, p. 250).

As questões culturais, certamente têm lugar privilegiado no real significado do que seja dor, sendo, simultaneamente, o fenômeno mais privado e publicamente duvidado. Sem dúvida, há grande dificuldade para pacientes com dor de expressar a verdadeira dimensão desse sofrimento. Pessoas que sofrem de dor, frequentemente relatam dificuldade em compartilhar seu sentimento com outras pessoas, o que, no caso dos/as profissionais de saúde, pode levar a certa desconfiança por parte do/a ouvinte (BUCHMAN; HO; GOLDBERG, 2017).

Os estudos no campo da dor, em países ocidentais, deixam claro que a dúvida e o ceticismo em relação à existência, escopo e legitimidade da dor são comuns e persistentes. Esse pensamento é corrente e comum entre profissionais de saúde, cuidadores/as familiares e até mesmo entre os próprios indivíduos sofredores de dor. Embora, provavelmente, haja várias razões para essa afirmação, certamente a subjetividade da dor é o fator central nesse contexto (BUCHMAN; HO; GOLDBERG, 2017). A correlação entre um osso fraturado ou uma ferida aberta e a dor sentida por essa pessoa é evidente, e sensibiliza qualquer profissional que presencie esse fato. No entanto, essa mesma evidência não parece ser tão clara quando se trata de dor crônica, pois muitas, senão todas, as dores crônicas, não têm uma correlação anatômica ou estrutural; isso pode levar à dúvidas quanto a real existência de tal sofrimento.

Ainda que a dor deva ser vista sob suas várias dimensões, o exercício de mensurar a dor, não obstante a possibilidade de ser imperfeito, deve ser levado a cabo possibilitando estratificar pacientes e ajudar na tomada de decisões. Atualmente, no contexto médico-hospitalar, diferentes métodos são utilizados para avaliar o tipo e a intensidade da dor, representados por escalas uni ou multidimensionais.

Mensurar a dor é um grande desafio e as escalas devem ser aplicadas criteriosamente para que se evitem tratamentos ineficazes. Cada ser humano é único e tem reações diferentes a fármacos e procedimentos. Devem ser levados em consideração fatores externos, psicológicos, fisiológicos que podem interferir na recuperação ou exacerbação da dor. É preciso valorizar a escuta qualificada, a sensibilidade, o respeito e a empatia para romper a tendência de se atentar apenas aos sintomas físicos como se fosse a única raiz das angústias do/a paciente (PEREIRA; SOUZA, 1998; ALGHADIR *et al.*, 2018; CORGOZINHO *et al.*, 2020).

O adequado manejo da dor pode minimizar e eliminar o desconforto, prevenindo a evolução ou complicações como, por exemplo, a cronificação da dor, e ainda facilita a recuperação do/a paciente diminuindo o sofrimento e até mesmo os custos do tratamento. Infelizmente o acesso a profissional com treinamento específico para o tratamento da dor não é igualitário para toda a população. Esse tipo de especialista, provavelmente devido à baixa remuneração, procura se estabelecer em grandes centros deixando as localidades menores à mercê de profissional generalista com menor habilidade no tratamento específico da dor. A disponibilidade de medicamentos específicos é outro fator onde se vê uma grande disparidade de distribuição entre as unidades da federação e, até mesmo, dentro de uma mesma área metropolitana.

Os comportamentos não aderentes às orientações do/a médico/a assistente são outro fator comumente encontrado no tratamento ineficiente da dor e podem estar relacionados à desconfiança de pacientes em relação a médicos/as (falta de identificação e empatia entre ambos). As fontes médicas de disparidades raciais e étnicas podem resultar de parcialidades ou preconceito, estereótipos, habilidades na comunicação deficiente e maior incerteza clínica ao tratar os pacientes de minorias (LEBOVITS, 2012).

Profissionais de saúde com pouca habilidade comunicativa podem, sem saber, serem coercitivos/as em relação a pacientes na transmissão de orientações levando a uma desconfiança desses; isso pode colocar tudo o que vem à frente em risco de falência (LEBOVITS, 2012). Pacientes sofrendo de dor podem ser bastante vulneráveis e podem ser “coagidos/as” com mais facilidade, o que limita ou incapacita totalmente, sua participação na tomada de decisão.

A educação do/a paciente, como forma de participação ativa no transcurso do tratamento, bem como as formulações das expectativas, ao seu final, pode ser bem

entendida, ou não, variando conforme o vocabulário usado e a capacidade de compreensão entre ambos (LEBOVITS, 2012). O real entendimento do/a paciente em relação a risco *versus* benefício de um tratamento em termos compreensíveis pode ajudar a promover a sua autonomia. A autonomia do/a paciente também pode ser desafiada quando a dor crônica não aliviada leva ao abuso de drogas ou desenvolvimento de dependência de drogas ou do/a profissional prescritor (LEBOVITS, 2012).

A partir do “Relatório Belmont” (1979) foi introduzida a noção de vulnerabilidade como forma de classificar, em termos relativos, tanto pessoas singulares como populações que se encontrem numa situação de exposição agravada que possam vir a ser “feridas”. Isto é, podem vir a serem prejudicadas em seus interesses pelos interesses de outrem, principalmente no âmbito da pesquisa biomédica e, mais especificamente, no da experimentação humana (PATRÃO - NEVES, 2006).

Segundo Patrão-Neves:

o surgimento da vulnerabilidade no contexto da experimentação humana e como classificação atribuída a algumas pessoas é determinado por fatores históricos: o recurso a sujeitos de experimentação no desenvolvimento da investigação biomédica foi crescendo ao longo da primeira metade do século XX, recorrendo a grupos de pessoas desprotegidas ou institucionalizadas com órfãos, prisioneiros, idosos e, mais tarde, judeus e outros grupos étnicos, considerados inferiores e mesmo subumanos pelos nazistas, ou povos, como os chineses, que os japoneses exploraram em prol da prossecução dos seus objetivos científicos e militares. São, sobretudo, estes grupos que vêm ser classificados como vulneráveis, aos quais se juntaram, também, outras etnias minoritárias, grupos socialmente desfavorecidos e as mulheres (2006, p. 159).

Hans Jonas relaciona o termo “vulnerável” com a fragilidade e a finitude do ser humano. Quanto maior sua fragilidade, tanto maior será sua vulnerabilidade; sendo o ser humano o que “mais pode” tem a maior carga de responsabilidade em cuidar pela correta preservação dos indivíduos mais vulneráveis (JONAS, 2006).

As minorias raciais e étnicas, bem como as socioeconomicamente desfavorecidas, foram adicionadas ao grupo de “pacientes vulneráveis” que necessitam maior controle da dor e que são mais susceptíveis à coerção. A natureza vulnerável e, muitas vezes, desesperada de muitos/as pacientes com dor, os/as torna muito susceptíveis a tentar qualquer coisa que profissionais especialistas em

dor possam sugerir renunciando a sua autonomia em favor da esperança de dias melhores (LEBOVITS, 2012).

Os problemas de avaliação da dor em pacientes mais vulneráveis, como idosos/as e/ou pacientes com deficiência cognitiva, também têm sido observados. A expressão da dor de maneira confiável nesses grupos no que diz respeito à intensidade, localização e duração da dor é um fator problemático (LEBOVITS, 2012). Além da dificuldade elevada nesses pacientes, a avaliação mais demorada torna-se problemática quando, nos serviços de assistência médica pública ou privada, a demanda é grande (LEBOVITS, 2012). E, ainda, a avaliação deve ser conduzida de forma acelerada, com o intuito de atender o maior número possível de pacientes, independentemente da qualidade real do atendimento oferecido (LEBOVITS, 2012).

2.4 DOR, ATENDIMENTO MÉDICO E VULNERABILIDADE

Desde a tradição médica hipocrática, verifica-se que o/a médico/a toma para si a atitude paternalista em relação a pacientes sendo que, até tempos recentes (década de 1960) exercia “poder autoritário” sobre pacientes. Segundo os fundamentos hipocráticos, o/a médico/a deveria indicar e aplicar o tratamento com base no seu exclusivo entendimento, e experiência, fundamentando sua conduta no princípio da beneficência. Pacientes, em contrapartida, assumiriam atitudes passivas diante das decisões tomadas por profissionais, cabendo-lhe apenas a obrigação de cumprir as suas determinações. É por essa razão que o paternalismo pode ser entendido como a conduta médica que desconsidera intencionalmente a autonomia e/ou o consentimento de pacientes, justificando tal ação pela intenção de proporcionar um benefício, ou ainda, evitar um dano ou risco à sua saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

O princípio da beneficência – embora imprescindível à conduta médica – não pode ser levado até as últimas instâncias, a ponto de anular a figura do/a paciente (SILVA; REZENDE, 2017). Profissionais da saúde devem tomar consciência de que quanto maior for o comprometimento bilateral (profissional/paciente) devidamente esclarecido por uma conversa franca e esclarecedora, tanto melhor será o resultado daquele atendimento (SILVA; REZENDE, 2017).

O modelo terapêutico herdado do século XIX e XX conferiu demasiado poder a médicos/as, fazendo com que diagnósticos passem a ser mais importantes do que a própria percepção de pacientes. No entanto, como pressuposto ético, o/a paciente deve estar no centro da atenção e jamais a doença (RIBEIRO; AMARAL, 2008; EKMAN *et al.*, 2011). A Medicina “centrada no paciente” preconiza, por exemplo, a interpretação da doença com base na experiência do/a paciente, e a estratégia terapêutica formular-se a partir dessa premissa. Assim, se dará o estabelecimento de objetivos comuns entre profissional e paciente, com a adoção de medidas de prevenção, educação, consideração de viabilidade de custos e tempo de tratamento (CORGOZINHO *et al.*, 2020).

Do ponto de vista bioético, o/a paciente com dor, deve ter atenção especial, aliás, como merecem todos os seres. Profissionais de saúde se deparam com vários desafios bioéticos durante suas práticas no cuidado de paciente com dor e devem, constantemente, se autoquestionar quanto ao respeito aos quatro princípios que regem a ética biomédica e são referenciais para as ações bioéticas.

A autonomia de pacientes fica prejudicada: quando não lhes é permitido exercer o direito de serem orientados/as sobre a dor e seu tratamento; quando são vistos/as, por cuidador/a, como incapazes de participar da tomada de decisão, seja por discriminação de qualquer ordem; ou, ainda quando lhes é negado a educação necessária para que possam cooperar, naquilo que seja útil, para um desfecho mais humano do tratamento, respeitando a sua vontade nesse planejamento. Ainda que o resultado final seja diferente daquele almejado pela equipe multiprofissional, mas que esteja em consonância com os anseios do/a paciente, esse caminho deve ser respeitado (SOUZA *et al.*, 2013). Para Buchman, Ho e Goldberg:

se uma pessoa que sofre de dor acredita que recebeu menos credibilidade do que merece, ela pode se sentir injustiçada. Essa injustiça é particularmente problemática, pois pode prejudicar a capacidade da pessoa que sofre de dor de ‘negociar’ certos aspectos no futuro (2017, p. 36).

É urgente a necessidade o treinamento do/a médico/a, em raciocínio ético. Pacientes devem ser acolhidos/as em toda a sua completude, associada a essa característica única, antes que lhes sejam aplicados instrumentos que permitam a estratificação desta ou daquela patologia (SIQUEIRA, 2002). Isso seja em relação à dor ou mesmo em relação à função, pois esse é outro “nicho” onde há a necessidade de ouvir atentamente os anseios de pacientes, e suas queixas. É

comum, por exemplo, que ao se deparar com pesquisas a respeito deste ou daquele tratamento, profissionais avaliem o resultado final em termos técnicos, a partir de instrumentos validados para a medida de função, sem, no entanto, levar em consideração, a biografia daquele/a paciente (SIQUEIRA, 2002).

Nas últimas décadas, há um movimento no sentido de valorizar a percepção do/a paciente em relação ao seu estado de saúde como um fator importante na avaliação fidedigna do resultado, ou mesmo na estratégia de um tratamento. Um exemplo concreto, além das escalas de dor, são as escalas de avaliação funcional, específicas para osteoartrose de joelho, como o *Western Ontário and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC), que definem através de questionários a percepção de pacientes quanto ao seu próprio estado de saúde. Embora amplamente usadas e respeitadas, com certa frequência sua autenticidade científica é colocada em dúvida, pois esses instrumentos podem variar, dependendo de contextos socioculturais e características populacionais específicas; tais variabilidades podem influenciar na qualidade do resultado da interpretação (METSAVAHT *et al.*, 2011).

Na área da Ortopedia, a escala de WOMAC (FERNANDES, 2003) é frequentemente usada para coleta de dados que possibilite avaliar a capacidade funcional de pacientes com osteoartrose de joelho. Embora seja uma escala com respostas objetivas, o entendimento das perguntas e a sua aplicabilidade a determinados pacientes, e situações, ainda pode mostrar resultados diferentes da realidade se considerada a individualização dos questionamentos.

Por fim, os avanços tecnológicos, as necessidades oriundas do aumento da demanda quanto a atendimentos médicos e suas implicações sociais, e econômicas, têm levado a comunidade envolvida a questionar os benefícios do uso da tecnologia. Questionam-se as vantagens e desvantagens, em detrimento do respeito à autonomia de pacientes, uma vez que, frequentemente, não são esclarecidos suficientemente e não lhes é permitido se expressar sobre tal uso. Pode-se inferir que a busca por uma atuação profissional baseada em referenciais ético-bioéticos poderá conduzir as condutas das equipes de saúde na assistência a pacientes.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é um sintoma, e em muitos casos, a própria patologia que acomete milhões de pessoas ao redor do mundo causando-lhes grande prejuízo que se estende às pessoas de seu entorno e à sociedade (SOUZA *et al.*, 2013). Pacientes que sofrem de dor apresentam-se debilitados/as, vulneráveis, muitas vezes implorando, o reconhecimento de sua condição, e mais ainda, o auxílio para suportar esse grande fardo. Esforços devem ser implementados com o objetivo de eliminar ou alcançar o melhor resultado no alívio o que é um direito humano e uma questão moral.

A avaliação e quantificação da dor devem ser prioritárias e realizadas de modo exaustivo nas instituições de saúde, assim como o seu registro em prontuário, juntamente com os demais sinais vitais. Isso garantirá, na sua vigência, imediata intervenção e reavaliações subsequentes. A avaliação da dor, o registro sistemático e periódico de sua intensidade é fundamental para que se acompanhe a evolução dos/as pacientes e se realize os ajustes necessários ao tratamento (SBED, 2021).

Atualmente, defende-se que, uma vez reconhecida e quantificada a experiência dolorosa, um tratamento multimodal deve ser instituído abrangendo medidas farmacológicas e não farmacológicas. Pode-se considerar que, o não tratamento ou o tratamento inadequado da dor, seja uma violação à DUDH, à CF e à DUBDH.

As orientações da DUBDH foram contempladas pelas diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, que estimulam a humanização do atendimento na área da saúde quando determina que: “toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados em ambiente limpo, confortável e acessível a todos” (BRASIL, 2009, art. 4.). Ainda, na Portaria consta que tal direito deve ser: “[...] livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência” (BRASIL, 2009, art. 4, §único). Ou seja, há de cumprir.

Também deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos na tomada decisões, quando possam ser responsáveis por elas, devendo ainda garantir a proteção dos direitos e interesses daqueles não capazes de exercer a autonomia. O indivíduo em questão deve, portanto, na medida do possível, ser envolvido ativamente, tanto no processo de avaliação de sua condição patológica imediata como na confecção do plano de tratamento e objetivos em relação à sua patologia.

A necessidade de atendimento de números cada dia maior de pacientes no sistema de saúde não pode ser motivo para massificação e desrespeito à sua autonomia. Os valores individuais precisam ser vistos caso a caso, ainda que se lance mão de recursos tecnológicos atuais para facilitar o entendimento, aumentar a abrangência e facilitação da assistência médica.

O “cuidado centrado no paciente” que designa o respeito a seus valores e preferências e a sua inclusão na própria equipe terapêutica, no modelo deliberativo de tomada de decisões e na discussão aberta do prognóstico (DRUMMOND, 2011), precisa ser o norteador das condutas. A abordagem do/a paciente, então, será feita entendendo que, deve-se considerar três aspectos indispensáveis para a existência dos serviços assistenciais de saúde, que devem coexistir, embora sejam conflitantes entre si: o aspecto técnico/científico, o comercial/empresarial e o ético/humanitário.

A avaliação da dor levando em consideração o aspecto técnico/científico pode cooperar e fortalecer o aspecto comercial/empresarial, contudo corre-se o risco de esquecer o lado humano. Ao tentar reduzir o mundo a equações e algoritmos, a Ciência (seus/suas operadores/as), frequentemente, se distancia da vida, gerando uma Medicina tecnicista e informatizada, que enxerga coisas em vez de semblantes (SOUZA *et al.*, 2013). A prudência pede que profissionais de saúde estejam alertas.

Outro fator importante durante o tratamento da dor é a necessária inclusão do/a paciente como fator modificador de sua própria condição básica. É relevante e necessário o envolvimento de pacientes em uma série de atividades tais como: exercícios físicos; meditação; respeito a horários e intervalos específicos de medicamentos; e no reconhecimento de sub ou superdosagem de medicações (que muitas vezes complexas e que podem levar ao risco de morte). A tomada de decisão por parte do/a médico/a assistente, ignorando a participação de uma equipe multidisciplinar ou, pior ainda, ignorando a participação do/a próprio/a paciente na tomada de decisão, deixa aberta uma grande possibilidade de falha no resultado e consequente retroalimentação do modelo doloroso.

O ato de acolher o/a paciente em um atendimento humanizado, se esforçando para entender as particularidades mais íntimas daquele ser humano, que se encontra necessitado de ajuda, pode completar a lacuna na ponte entre profissional e paciente. Gera oportunidade de interação onde há aprendizado mútuo.

Paciente com dor é depositário/a de um sofrimento imenso, muitas vezes insuportável ao ser humano, não sendo possível avaliar a quantidade de dor e/ou

sofrimento por simples questionários tecnicistas. É necessária uma interação próxima entre quem cuida e quem recebe o cuidado para que se possa, de fato, dizer que se está cuidando, pois curar eliminar a fonte de dor e sofrimento pode ou não acontecer, enquanto cuidar sempre é possível.

REFERÊNCIAS

ALGHADIR, A. H. *et al.* Test–retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. **Journal of Pain Research**, v. 11, p. 851-856, abr. 2018. DOI <https://doi.org/10.2147/JPR.S158847>.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 4. ed. New York: Oxford University Press, 1994. [Publicação original 1979].

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 23 nov. 2021.

BUCHMAN, D. Z.; HO, A.; GOLDBERG, D. S. Investigating trust, expertise, and epistemic injustice in chronic pain. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 14, n. 1, p. 31-42, mar. 2017. DOI: 10.1007/s11673-016-9761-x.

CORGOZINHO, M.M. *et al.* Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 249-256, abr./jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282386>.

DRUMMOND, J. P. Bioética, dor e sofrimento. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 32-37, abr. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200011>.

EKMAN, I. *et al.* Person-centered care: ready for prime time. **Eur J Cardiovasc Nurs.**, v. 10, n. 4, p. 248-251, 2011. DOI: 10.1016 / j.ejcnurse.2011.06.008.

FERNANDES, M. I. **Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) para a língua portuguesa**. 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/19401>. Acesso em: 18 nov. 2021.

FERRAZ, F. C. A questão da autonomia e a bioética. **Revista Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 9, n. 1, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/232. Acesso em: 12 nov. 2021.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília: CFM, 1998. 302p

JONAS, HANS. O Princípio da Responsabilidade: Ensaio de uma ética para a civilização tecnológica, p.39-40. Rio de Janeiro: Editora PUC; Contraponto,2006.

LEBOVITS, A. Maintaining professionalism in today's business environment: ethical challenges for the pain medicine specialist. **Pain Medicine**, v. 13, n. 9, p. 1152-1161. set., 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01465.x>.

METSAVAHT, L. *et al.* Qual o melhor questionário para avaliar os aspectos físicos de pacientes com osteoartrite no joelho na população brasileira? **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 46, n. 3, p. 256-261, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-36162011000300004>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 22 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. UNESCO. 33a. Sessão da Conferência Geral, Paris, 19 de outubro de 2005. **Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos**. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado. Revisão: Volnei Garrafa. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 20 nov.. 2021.

PATRÃO-NEVES, M. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 157–172, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966/6538>. Acesso em: 20 nov. 2021.

PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 6, n. 3, p. 77-84, julho, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000300010

&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de março de 2021.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 09-19, abril. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/xNYLfqG6fTfhcgMTq3Q4WQd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 26 mar. 2021.

POTTER, V. R. **Bioethics**: bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971.

POTTER, V. R. **Bioética**: ponte para o futuro. Trad. Diego Carlos Zanella. São Paulo: Loyola, 2016. 207p.

RAJA, S. N. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, set, 2020. DOI: 10.1097 / j. pain.0000000000001939.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev Bras Educ Med.**, v. 32, n. 1, p. 90-97, mar. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>.

SAPETA, P. Dor total vs cuidados paliativos: a interface com cuidados paliativos. **Rev. Dor**, v. 15, n.1, p. 16-21, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Paula-Sapeta/publication/311102009_Dor_Total_vs_Sofrimento_a_Interface_com_os_Cuidados_Paliativos/links/583da4e708aeda69680705c1/Dor-Total-vs-Sofrimento-a-Interface-com-os-Cuidados-Paliativos. Acesso em: 22 nov. 2021.

SIQUEIRA, J. E. A arte perdida de cuidar. **Revista Bioética**, v. 10 - n. 2, p. 89-106, 2002. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/216/217. Acesso em: 22 nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR. SBED. **5º Sinal Vital**. Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital, 2021. Disponível em: <https://sbed.org.br/5o-sinal-vital/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

SOUZA, L. A. F. *et al.* O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 187-195, mar. 2013. DOI: 10.1590/S1983-14472013000100024.

SILVA, A. C.; REZENDE, D. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, n. 115, p. 13-45, jul./dez. 2017. Disponível em: https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514<http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Autonomia_e_Beneficencia.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

TEIXEIRA, M. J. *et al.* **Dor**: manual para o clínico. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. 879p.

UGARTE, O. N.; ACIOLY, M. A. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 374-377, set/out. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-69912014005013> .

UNITED STATES. Department of Health & Human Services. The Belmont Report. **HHS.gov**. 18 abril 1979. Disponível em: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>. Acesso em: 22 nov. 2021.

3 ARTIGO 2

Análise da escala visual analógica da dor e do Questionário WOMAC autoaplicável e a influência do processo deliberativo para a garantia da autonomia de pacientes

Júlio Cesar Borin¹
Alberto Paulo Neto ²

¹Mestrando em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PPGB-PUCPR); e-mail: jcborin@gmail.com;

²Orientador, Docente do PPGB-PUCR; e-mail: alberto.paulo@pucpr.br

...

Resumo

O atendimento médico tem se transformado constantemente. Nas últimas décadas, a pressão da demanda crescente e a necessidade de estratificação de condições clínicas, ou resultado de tratamentos, têm exigido o desenvolvimento de instrumentos de avaliação. Estes lançam mão de entrevistas presenciais ou não para tornar objetivos os sentimentos e as limitações que o/a paciente sente durante as atividades da vida diária. Não obstante à necessidade de criar condições de atendimento da grande massa que procura socorro para seu sofrimento, não se pode perder de vista o preceito de que a Medicina é uma arte e como tal exige profunda interação entre profissional e paciente. O objetivo desse estudo foi entender quais são as diferenças na avaliação da qualidade de vida baseado numa questionário fechado, levando-se em consideração as diferentes interpretações, tanto por parte da equipe cuidadora como os próprios pacientes de vários níveis socioculturais. A análise dos resultados procurou situar o/a paciente segundo a sua capacidade funcional, a qualidade de vida final e a satisfação do paciente com o atendimento. Em uma coleta transversal, 30 indivíduos foram submetidos ao Questionário de qualidade de vida "Western Ontario and McMaster Universities Index" para osteoartrose de joelho e à Escala Visual Analógica de Dor. Os instrumentos foram aplicados em dois grupos de 15 indivíduos, sendo que o primeiro grupo respondeu o Questionário individualmente enquanto o segundo grupo respondeu o mesmo Questionário acompanhado pelo médico assistente para esclarecimentos e ambientação. Aos dois grupos, além do Questionário e da Escala, foi apresentado um segundo questionário aberto para coletar o sentimento dos/as pacientes em relação à satisfação do atendimento. Ambos os questionários cumpriram sua função de tornar objetiva a dor e as limitações funcionais a que pacientes se viam submetidos/as. No entanto, a presença de um profissional que pudesse acolher aos/as participantes da pesquisa e tornar a entrevista mais confiável foi solicitada pela maioria, mostrando a necessidade de interação profissional-paciente como fator importante no atendimento médico.

Palavras-chave: Bioética. Relação médico-paciente. Acolhimento. Autonomia pessoal

Abstract

Medical care has been constantly changing. In recent decades, the strong pressure of growing demand and the need to stratify clinical conditions or treatment results have required the development of instruments that use face-to-face interviews or not to make objective the feelings and the limitations that the patient feels during activities of daily living. Despite the need to create conditions for the care of the great masses that seek help for their suffering, we cannot lose sight of the precept that medicine is an art and, as such, requires a deep interaction between doctor and patient. The aim of this study has to understand what will be the differences in the assessment of quality of life based on a closed questionnaire, taking into account the different interpretations, both by the care team and the patients themselves from various sociocultural levels, and to analyze the results trying to situate the patient according to the functional capacity, the final quality of life and the patient's true satisfaction with the care. In a cross-sectional collection, 30 individuals were submitted to the Western Ontario and McMaster Universities Index questionnaire for knee osteoarthritis and to the Pain Visual Analog Scale. The Questionnaire and Scale were applied in two groups of 15 individuals each, the first group, answered the questions alone, while the second group, answered the same Questionnaire accompanied by the assistant physician for clarification and setting. The two groups, in addition to the Questionnaire and Scale, were presented with a second open questionnaire to collect the patients' feelings in relation to the satisfaction of the service. Both questionnaires fulfilled their function of making objective the pain and functional limitations to which patients were submitted, however, the presence of a doctor who could welcome the patient and make the interview more reliable was requested by the vast majority of patients showing the need for professional-patient interaction as an important factor in medical care.

Keywords: Bioethics. Physician-patient relationship. Reception. Personal autonomy.

3.1 INTRODUÇÃO

As relações humanas têm se tornado a cada dia mais distantes e, ao mesmo tempo, mais facilitadas como desenvolvimento tecnológico. Com o passar do tempo cresce a tendência do uso de tecnologias de comunicação que desumaniza os indivíduos tornando-os menos capazes de reconhecer, no diálogo, a comunicação não escrita ou não falada. A comunicação dos gestos e os sentimentos expressos em posturas são profundamente esclarecedores sobre as angústias e sentimentos da pessoa no processo de comunicação. Isso pode ser observado na relação médico/a-paciente com a implementação de tecnologias de avaliação e obtenção de consentimento.

O desenvolvimento da sociedade, desde sempre, se fez à custa de sofrimentos e incertezas. O questionamento é constante em relação aos benefícios, vantagens e desvantagens da incorporação das tecnologias de ponta no dia a dia, principalmente quando se relaciona aos processos naturais da vida e seu cotidiano.

Ainda que o processo de modernização tecnológica esteja diretamente relacionado à possibilidade de “uma vida mais fácil”, seja para um indivíduo isolado ou para toda uma comunidade, gera, também, um terror relacionado ao desconhecido. É verdade que, não houvesse a coragem e o destemor de muitas pessoas, a sobrevivência seria, por si só, um grande desafio (NASCIMENTO, 2018). Este desenvolvimento científico-tecnológico na área das relações humanas, e especialmente na área da saúde, tem sido motivo de preocupações desde o século passado devido à possibilidade de intervenções nos processos de vida, tais como o controle de natalidade, a manipulação genética, as terapias e protocolos que podem interferir no cotidiano dos indivíduos (NASCIMENTO, 2018).

Neste contexto, quanto à educação médica, desde tempos hipocráticos, esteve centrada “na doença” e nas atitudes tomadas por profissionais restando a pacientes, o papel de cumprir as designações e ser perseverante nas orientações. Esse modelo terapêutico evoluiu e, mais recentemente, tem tomado corpo o conceito de “medicina centrada no paciente” ou “cuidado centrado no paciente” onde o ponto de partida é a pessoa, e não a doença (RIBEIRO; AMARAL, 2008; EKMAN, *et al.*, 2011). Assim, há uma transformação do modelo clínico tradicional onde a interpretação da doença e, conseqüentemente, a forma como deva ser conduzido o tratamento, passa a ser compartilhada entre indivíduos: cuidador e sofredor. Estabelecem juntos, objetivos comuns com a adoção de medidas de prevenção e promoção de saúde considerando, entre outras coisas, tempo de tratamento, possíveis resultados e até mesmo viabilidade de custos (CORGOZINHO *et al.*, 2020).

Passou-se assim a ver a doença e o indivíduo doente muito mais sob o aspecto bio-psico-social-espiritual onde o conceito de curar não se descola do conceito de cuidar. Curar e cuidar jamais deveriam ser compreendidos como processos paralelos, mas sim, complementares e harmônicos (ROSELLÓ, 2009).

O processo de humanização das ações de saúde tem o objetivo de construir novas possibilidades que aumentem a qualidade do atendimento médico e o bem-estar do/a paciente em uma relação pautada pelo reconhecimento da alteridade e do diálogo. O diálogo comprometido com o outro, permitindo a comunicação envolvente

e esclarecedora entre profissionais de saúde e paciente (LEVINAS, 1993; HABERMAS, 1989). A ação do ouvir e de falar sem preconceito, sem discriminação, e dedicando o tempo necessário à relação, poderá formar a base para criação do vínculo de confiança que, por sua vez, voltará a retroalimentar o próprio acolhimento.

Levando em conta a obra fundante da ética biomédica, “Principles of biomedical ethics” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, [1979]1994), destaca-se dentre tais princípios ético-biomédicos, que são referenciais bioéticos, o princípio da beneficência. Este diz respeito à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. Profissionais devem usar todo o seu saber e *expertise* assegurando o maior benefício a pacientes.

Enquanto o princípio da beneficência demanda uma ação direcionada ao bem estar de alguém, o princípio da não maleficência sugere a omissão de qualquer atitude que possa levar a prejuízo ou mal estar em relação à pessoa da qual se está cuidando. Sua finalidade é reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano.

O princípio da justiça, normalmente ligado ao Estado, demanda a necessidade de que seja levado em consideração o conceito de equidade entre os seres humanos; a necessidade de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado. Profissionais devem atuar com imparcialidade abstendo-se de tomar lado em aspectos sociais, religiosos, culturais, financeiros, ou outros que possam interferir na relação médico/a-paciente. Os recursos devem ser distribuídos com equidade beneficiando conforme as necessidades se apresentarem, admite-se tratar com desigualdade a desiguais.

O princípio da autonomia é o que mais está ligado à avaliação da condição física de um/uma paciente, e requer que os indivíduos capacitados deliberem sobre suas escolhas pessoais sendo tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida ficando o/a médico/a submisso/a a essa escolha. É bem verdade que o indivíduo deve ser instruído para conhecer o assunto do qual deverá opinar, não podendo lhe ser imputado responsabilidade, caso a comunicação do assunto em questão tenha sido deficitária. Durante o atendimento a pacientes com vistas às práticas centradas na pessoa do/a paciente, a ação recíproca de ouvir, fortalece o

vínculo profissional-paciente possibilitando um processo deliberativo mais justo e possivelmente acertado.

Um dos aspectos que comumente compromete a comunicação é a desconsideração do/a profissional em relação às “tentativas dos indivíduos fragilizados de descreverem o que estão vivenciando, implicando em interpretações equivocadas” (BERTACHINI, 2012). Vale lembrar que apenas 7% da comunicação ocorrem por meio de palavras, enquanto o restante ocorre por meio de sinais corporais, faciais e paralinguísticos, incluindo a distância física mantida entre os indivíduos (BERTACHINI, 2012).

A questão da perspectiva também forma a base de medidas e de resultados relatados por pacientes. Historicamente, as avaliações do resultado após procedimentos ortopédicos foram derivadas das informações e expectativas do/a cirurgião/ã. No entanto, nas últimas três décadas, houve uma mudança para a percepção dos/as pacientes na avaliação dos resultados dos procedimentos ortopédicos (NOBLE, 2013). Isso quer dizer que, cirurgiões/ãs e pacientes também podem diferir em sua avaliação da significância dos diferentes graus de sintomas residuais e da importância da recuperação completa da função (NOBLE, 2013).

A causa mais comum de litígios médicos é a comunicação inadequada entre profissional e paciente, muitas vezes resultante de informações imprecisas ou enganosas (NOBLE, 2013). Assim, uma vasta gama de expectativas específicas pode ser ideada por pacientes, dificultando o desenvolvimento de instrumentos e escores objetivos que permitiriam sua quantificação e comparação, ou seja, dificultando o cuidado/o tratamento. Mais complexidade surge potencialmente diante de que muitos fatores pessoais e contextuais influenciam as expectativas (ZYWIEL *et al.*, 2013).

No entanto, existe a necessidade de se dar um caráter objetivo aos sintomas e resultados de tratamentos, com o objetivo de fornecer a pacientes e provedores/as, as informações específicas relacionadas à sua condição clínica, assim como o resultado esperado de um procedimento médico ortopédico, em termos de qualidade e quantidade. Para que isso seja alcançado, cada dimensão da doença (ou seja, a função, o alívio dos sintomas, a satisfação) deve ser medida usando instrumentos validados. Estes podem ser na forma de medidas psicométricas (por exemplo, os questionários gerados pelo paciente), as medições objetivas da função física (isto é, a cinemática ou a cinemática articular), ou as

medidas radiográficas da saúde ou a estabilidade esquelética. Uma vez que esses dados estejam disponíveis, os modelos preditivos podem ser desenvolvidos, quantificando e até comparando condições e resultados (NOBLE, 2013).

O crescente interesse em se quantificar a qualidade de vida foi reforçado pelo desenvolvimento de métodos quantitativos em psicologia, economia e outras ciências sociais. Estes métodos tornaram-se possíveis pelo aprofundamento em medidas e análises de dados, trazendo credibilidade às avaliações de fenômenos clínicos.

Diversos instrumentos de avaliação da qualidade de vida foram desenvolvidos não havendo um único que possa ser aplicado na avaliação de todas as condições. Dessa forma a escolha do instrumento de avaliação de qualidade de vida dependerá do local da patologia a ser pesquisado (LAVERNIA *et al.*, 2011). Esses instrumentos são questionários que podem ser administrados aos pacientes através de entrevista simples, através de telefonemas, podem ser autoadministrados e até administrados através de correio eletrônico.

Os questionários autoadministráveis têm como principal vantagem a diminuição nos custos de sua execução, sendo uma de suas desvantagens, a possibilidade de exclusão de algum grupo de pacientes, como, por exemplo, pacientes não alfabetizados (LAVERNIA *et al.*, 2011).

3.2 A OSTEOARTROSE DE JOELHO

A osteoartrose (OA) é uma das doenças músculo-esqueléticas mais comuns e pressupõe anormalidade na cartilagem hialina que, por sua vez, determina sintomatologia variável, principalmente dor e comprometimento funcional. Afeta 26,9 milhões de indivíduos adultos nos Estados Unidos da América. A prevalência geral da OA é de 13,9% em adultos na idade de 25 anos e após essa idade, é de 33,6% naqueles com 65 anos e nos mais idosos. A OA sintomática do joelho está presente em 16% dos adultos com 45 anos ou mais, afetando aproximadamente 18,7% de mulheres e 13,5% de homens nesse grupo. No Brasil a prevalência da OA é estimada em 16% (SILVA; MONTANDON; CABRAL, 2008; SCOTT, 2015).

O principal sintoma da AO é a dor podendo ser essa de intensidade variável e localização na articulação acometida ou como dor referida à distância. Tende a ser

mais intenso nas mulheres e no final dos dias relacionada aos esforços sendo as articulações de carga, quando acometidas, o local de mais incapacidade funcional. Estudos mais recentes mostram uma fraca relação entre a intensidade da dor e o quadro radiológico apresentado, sendo aquela, mais relacionada, com o aumento do peso do paciente (SILVA; MONTANDON; CABRAL, 2008; OKIFUJI; HARE, 2015; SYLWANDER *et al.*, 2021).

Outros sintomas presentes na OA são a rigidez articular que é mais notada após períodos de repouso ou imobilidade articular, como no início da manhã, e o edema periarticular palpável e doloroso que, eventualmente, pode até mesmo interferir na mobilidade articular. O tratamento de pacientes portadores/as de OA de joelho pode ser conservador com medidas físicas, perda de peso, palmilhas e medicamentos anti-inflamatórios, analgésicos e anti-artósicos. Ou, nos casos mais avançados, o tratamento pode ser direcionado para a cirurgia com osteotomias para correção de eixo de carga e debridamentos ou artroplastias de substituição parcial ou total do joelho nos casos mais graves (SCOTT, 2015).

Um dos grandes desafios do tratamento da OA de joelho é decidir pela indicação ou não de tratamento cirúrgico, em especial a indicação da artroplastia total de joelho. Devido à baixa correlação entre o quadro radiológico, a dor e a limitação funcional apresentada por pacientes têm-se reservado a indicação de artroplastia de joelho para indivíduos com idade mais avançada ou com limitações funcionais mais intensas.

Além dos fatores objetivos para indicação da artroplastia de joelho tais como presença de dor, presença de artrose no estudo radiológico, desvios de eixo do membro afetado, cada dia mais se procura levar em consideração a limitação funcional secundária à OA de joelho. Classicamente a idade ideal para a realização de artroplastia de joelho é após 60 anos, devido à durabilidade da prótese e à natural redução da atividade que ocorre com a idade. No entanto, a realização do procedimento em pacientes mais jovens não é contraindicada, mas apresenta ressalvas quanto à sua durabilidade (PÉCORA *et al.*, 2010).

A utilização de questionários de avaliação funcional para doentes portadores de OA de joelho tem sido frequente nos últimos anos. Segundo Fernandes (2003), foi Bellamy, em 1982, quem iniciou um estudo na Universidade McMaster, em Hamilton, Canadá, com o objetivo de instruir um instrumento de qualidade de vida que melhorasse a avaliação de procedimentos na OA. E, em 1998, Bellamy

apresentou o “Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index” (WOMAC), um novo instrumento concebido para ser um questionário específico para OA (FERNANDES, 2003). O WOMAC tem sido usado como um dos padrões atuais para avaliar resultados de tratamentos de artrose de joelho (LAVERNIA *et al.*, 2011).

Traduzido e validado para o português (FERNANDES, 2003), o questionário WOMAC contempla três domínios (áreas); “domínio dor” com 5 itens a serem pesquisados, “rigidez” articular com 2 itens e “atividade física” com 17 itens. Após uma breve explicação sobre o domínio que será pesquisado e como deverá ser marcada a resposta, são apresentados cinco tipos de respostas onde apenas uma deve ser assinalada, sendo as opções: nenhuma, leve, moderada, forte e muito forte. Essas respostas correspondem a uma nota (0, 1, 2, 3, 4, respectivamente). A soma final dos valores corresponde à nota relacionada à qualidade de vida do indivíduo sendo esta melhor, quanto menos pontos forem obtidos.

Na área da saúde, em muitas situações, observa-se certa assimetria das competências comunicativas entre os indivíduos interlocutores. Por um lado, o/a paciente fragilizado/a em meio à complexidade de necessidades e a dificuldade de expressá-las. Por outro lado, os profissionais da saúde com maior domínio das competências comunicativas que, por vezes, negligenciam a comunicação humanizada, e isso enquanto são responsáveis por assegurar a assistência integral a pacientes e usuários do sistema de saúde (BERTACHINI, 2012).

O objetivo do estudo em questão é entender quais serão as diferenças na avaliação da qualidade de vida baseado numa questionário fechado, levando-se em consideração as diferentes interpretações, tanto por parte da equipe cuidadora como dos/as próprios/as pacientes, de diferentes níveis socioculturais. Pretende-se demonstrar uma forma de avaliação que possa situar pacientes segundo a capacidade funcional, a qualidade de vida final e a verdadeira situação do/a paciente. Uma vez que esse resultado pode servir de base para o enquadramento desse paciente no resultado de trabalhos científicos, pesquisas e até mesmo em litígios e outros.

3.3 MATERIAIS E MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde a pesquisa foi realizada, com o Parecer n. 52105721.5.0000.801, o presente estudo analisou as respostas aos instrumentos de pesquisa de 30 participantes de pesquisa, sendo estes, indivíduos atendidos no ambulatório de alta complexidade de cirurgia de joelho de um Hospital do Norte do Paraná e em uma Clínica de ortopedia e traumatologia também no Norte do Paraná entre 01 de outubro e 31 de outubro de 2021. O recrutamento se deu por convite a pacientes portadores de doença degenerativa de joelho (OA) que possuíam habilidades para compreender e executar as avaliações propostas. Foram excluídos aqueles/as que não possuam mínimo de seis anos de escolaridade o que aumenta a possibilidade de compreensão do texto apresentado conforme o Índice de Elegibilidade de Flesch-Kincaid (GOLDIM, 2006). Todos os indivíduos foram informados a respeito dos procedimentos envolvidos no estudo e forneceram consentimento formal para sua participação por meio de uma assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os indivíduos selecionados foram agrupados, aleatoriamente, em dois grupos com 15 em cada um.

Em uma coleta transversal, os indivíduos foram submetidos ao questionário WOMAC para OA de joelho, que é o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida e/ou comprometimento funcional; a versão utilizada foi a validada em português do WOMAC. O WOMAC, foi aplicado aos dois grupos sendo que o primeiro grupo (Grupo A) respondeu o Questionário individualmente enquanto o segundo grupo (Grupo B) respondeu o mesmo acompanhado pelo médico assistente para esclarecimentos e ambientação. O Questionário apresenta um escore final de 0-96, no qual o 0 (zero) corresponde à melhor qualidade de vida, e 96 (noventa e seis) a pior qualidade de vida.

Aos dois grupos, além do WOMAC, foi apresentado um segundo questionário aberto com as seguintes perguntas:

- 1- Como você compreendeu os termos apresentados no questionário WOMAC?
- 2- Qual foi a maior dificuldade encontrada por você durante a resposta do questionário WOMAC?
- 3- Você considera que tenha conseguido expressar com total fidelidade os seus sentimentos em relação à qualidade da sua vida respondendo as questões do questionário WOMAC?

4- Se houvesse a presença de um médico durante a resposta do questionário de qualidade de vida – WOMAC – facilita a compreensão das perguntas e situações apresentadas?

A tabulação dos dados foi realizada com o *software* Microsoft Excel e a análise estatística pelos *softwares* SPSS 21.0 Statistical Package e GraphPad Prism 6.0. A distribuição dos dados foi analisada pelo Teste de Shapiro-Wilk. Variáveis com distribuição normal foram apresentadas como média \pm desvio padrão, variáveis com distribuição não normal são apresentadas como mediana e intervalo interquartilício 25%-75% e as variáveis categóricas são apresentadas em frequência absoluta e relativa.

Conforme a normalidade dos dados, o Coeficiente de Correlação de Pearson, ou de Spearman, foi adotado para verificar as correlações entre as variáveis numéricas. A Correlação de Pearson Bilateral também será utilizada. Para todas as análises, a significância estatística será determinada como $P < 0,05$.

3.4 RESULTADOS

A análise segundo aspectos sociodemográficos, conforme Tabelas 1 e 2, mostra dois grupos muito homogêneos. No Grupo A, nove participantes eram do sexo feminino (60%) e seis do sexo masculino (40%), com idade variando entre 55 a 79 anos e idade média de 64,53 anos. Oito participantes tinham Ensino Fundamental (53,33%), cinco com Ensino Médio (33,33%) e dois com Ensino Superior completo (13,33%). Na composição do Grupo B também foram encontrados nove participantes do sexo feminino (60%) e seis do sexo masculino (40%) com idades variando entre 55 a 85 anos, e a média de idade em 66,26 anos. Em relação à escolaridade, o Grupo B era composto por 11 participantes com Ensino Fundamental (73,33%), dois com Ensino Médio (13,33%) e dois com Ensino Superior (13,33%).

Tabela 1 - Informações sociodemográficas de participantes do Grupo A

Variáveis	Frequência	Freq. Relativa
Sexo:		
Feminino	9	60,00%
Masculino	6	40,00%
Idade:		
55 † 61	4	26,67%
61 † 67	6	40,00%
67 † 73	3	20,00%
73 † 79	2	13,33%
Escolaridade/Ensino:		
Fundamental	8	53,33%
Médio	5	33,33%
Superior	2	13,33%

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

Tabela 2 - Informações sociodemográficas de participantes do Grupo B

Variáveis	Frequência	Freq. Relativa
Sexo:		
Feminino	9	60,00%
Masculino	6	40,00%
Idade:		
55 † 61	6	40,00%
61 † 67	2	13,33%
67 † 73	2	13,33%
73 † 79	4	26,67%
79 † 85	1	6,67%
Escolaridade/Ensino:		
Fundamental	11	73,33%
Médio	2	13,33%
Superior	2	13,33%

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

A comparação entre o Índice de Massa Corpórea (IMC) e o grau da artrose dos/as participantes não mostrou associação relevante com valor de $p=0,6133$ e $p=0,8235$ para os Grupos A e B, respectivamente (TABELAS 3 e 4). Com $p>0,05$ não é possível concluir que haja relação entre o IMC e o grau de Artrose dos/as participantes. Não se deve rejeitar a hipótese nula, porque não há evidências suficientes para concluir que elas estejam relacionadas.

Tabela 3 - Comparação do IMC e o grau da Artrose de participantes do Grupo A

Grau da Artrose (OA)	Índice de Massa Corporal (IMC)				p-valor
	23,8 † 27,8	27,8 † 31,8	31,8 † 35,8	35,8 † 39,8	
3	2	0	1	0	0,6133
4	4	3	3	1	
5	0	1	0	0	

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

Tabela 4 - Comparação do IMC e o grau da Artrose de participantes do Grupo B

Grau da Artrose (OA)	Índice de Massa Corporal (IMC)				p-valor
	22,1 † 28,1	28,1 † 34,1	34,1 † 40,1	40,1 † 46,1	
3	1	2	1	0	0,8235
4	4	2	2	1	
5	1	0	1	0	

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

Outra comparação foi realizada entre a Escala Visual de Dor (E.V.A.) e o índice total do WOMAC. No Grupo A há forte correlação entre os dois índices com $p=0,02735$. Já no Grupo B essa correlação não fica tão evidente e apresenta $p=0,72594$.

Também se utilizou o Teste do qui-quadrado para procurar correlação entre os valores da E.V.A. e WOMAC. Encontrou-se forte correlação no Grupo A com $C^*=0,8542$ e moderada correlação no Grupo B com $C^*=0,5409$ (tabelas 5 e 6). O valor de C^* estará sempre entre 0 e 1, sendo que os valores próximos de zero indicam fraca associação enquanto os valores próximos de 1 indicam forte associação. Resultados estão expostos nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5 - Comparação da E.V.A. e WOMAC Total de participantes do Grupo A

E.V.A.	WOMAC Total				p-valor
	39 † 54	54 † 69	69 † 84	84 † 99	
5 † 7	0	1	1	0	0,02735 $C^*=0,8542$
7 † 9	6	1	1	0	
9 † 11	0	0	3	2	

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

Tabela 6 - Comparação da E.V.A. e WOMAC Total de participantes do Grupo B

E.V.A.	Womac Total				p-valor
	39 † 54	54 † 69	69 † 84	84 † 99	
5 † 7	1	0	0	0	0,72594 C*= 0,5409
7 † 9	5	1	2	1	
9 † 11	1	2	1	1	

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

A associação entre esses dois parâmetros, E.V.A. e WOMAC, era esperada uma vez que representam o sentimento dos/as participantes em relação à sua dor, sofrimento e incapacidade física. A dor como fator importante de incapacidade física deve estar relacionada ao índice de WOMAC. Para deixar clara essa associação, foi medida a intensidade da associação entre esses dois parâmetros para todos os/as participantes calculando o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson e o coeficiente de determinação (TABELA 7 e 8).

Tabela 7 - Somatório dos resultados E.V.A. e WOMAC de participantes do Grupo A

E.V.A.	5	5	6	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8
WOMAC	54	39	72	48	40	54	51	45	72	53	51	44	52	40	50

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

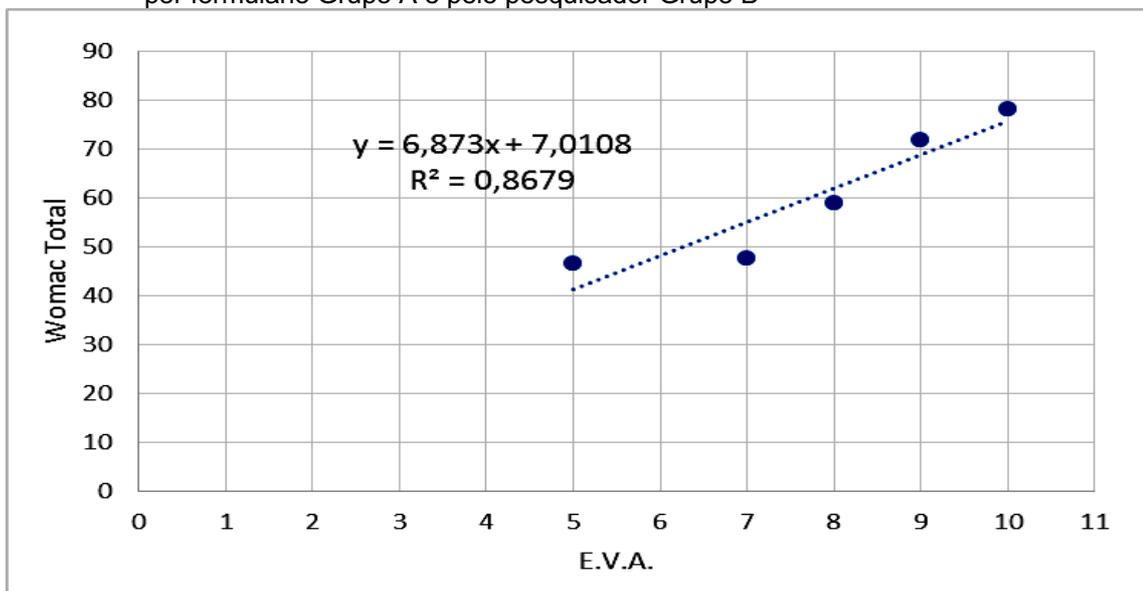
Tabela 8 - Somatório dos resultados E.V.A. e WOMAC de participantes do Grupo B

E.V.A.	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10
WOMAC	77	63	85	45	76	81	75	84	53	66	95	72	79	58	87

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

O diagrama de dispersão (GRÁFICO 1) mostra como os valores da variável dependente (WOMAC) se comportam em relação à variável independente (E.V.A.) Segundo o resultado do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson ($R=0,9316$) e o Coeficiente de Determinação ($R^2 = 0,8679$), pode-se notar que há uma forte correlação linear entre as variáveis E.V.A. e WOMAC. Nota-se que à medida que E.V.A. aumenta, o WOMAC também aumenta, o que é coerente com o Diagrama de Dispersão (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 - Diagrama de dispersão entre E.V.A. e WOMAC de participantes entrevistados/as por formulário Grupo A e pelo pesquisador Grupo B



Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

Para análise dos dados coletados, utilizou-se também o teste t Student para amostras independentes, com o propósito de comparar resultados de participantes entrevistados por formulário e pelo pesquisador. As hipóteses seriam as seguintes:

- H_0 : Em média, os dois métodos produzem os mesmos resultados;
- H_1 : Em média, os dois métodos produzem resultados diferentes.

A Tabela 9 mostra a distribuição da escala visual analógica de dor em ambos os grupos demonstrando uma distribuição homogênea em ambos os grupos

Tabela 9 - Comparação do E.V.A. entre participantes entrevistados/as dos Grupo A e B

E.V.A. Grupo A	7	9	8	7	8	5	8	10	9	8	7	6	10	8	9
E.V.A. Grupo B	8	8	7	8	10	8	8	7	9	8	5	10	10	9	8

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

A estatística do teste toma como base a diferença entre as médias das duas amostras, mas também leva em consideração a variabilidade interna dessas amostras ($S_a=1,3540$). A estatística do teste é dada por $t=0,5394$. Utilizando a tabela da distribuição t de Student, obtemos a probabilidade de significância do valor calculado t. A tabela t, na linha correspondente ao número de graus de liberdade das duas amostras ($gl = 28$), com $t=0,5394$, aponta para uma área na cauda superior da curva acima de 0,25. Mas como o teste é bilateral, a probabilidade de significância será o dobro da área indicada, portanto, $P>50\%$.

Os dados do E.V.A. não comprovam uma diferença entre os dois métodos de entrevista, tanto por formulário quanto pelo pesquisador. A avaliação da função para as atividades da vida diária pelo WOMAC também não mostra diferença significativa quando comparado os dois grupos conforme a Tabela 10.

Tabela 10 - Comparação do WOMAC entre participantes entrevistados/as pelo formulário e pesquisador

WOMAC (Grupo A)	48	81	72	40	53	54	51	95	75	44	54	72	72	52	84
WOMAC (Grupo B)	40	50	51	77	79	63	85	45	53	45	39	58	87	66	76

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Araongas, 2021.

A estatística do teste toma como base a diferença entre as médias das duas amostras, mas também leva em consideração a variabilidade interna dessas amostras ($S_a= 16,5126$). A estatística do teste é dada por $t=0,3649$. Utilizando a tabela da distribuição t de Student, obtemos a probabilidade de significância do valor calculado t. A tabela t, na linha correspondente ao número de graus de liberdade das duas amostras ($gl = 28$), com $t=0,3649$, aponta para uma área na cauda superior da curva acima de 0,25. Mas, como o teste é bilateral, a probabilidade de significância será o dobro da área indicada, portanto, $P>50\%$.

Os dados do WOMAC não comprovam uma diferença entre os dois métodos de entrevista, tanto por formulário quanto pelo pesquisador. Os dados mostrados nas Tabelas 11 e 12, não mostraram relação, também, entre o grau de artrose do

joelho e a gravidade mostrada pelo questionário WOMAC. Como o valor “p” é maior que 0,05 (5%) não é possível concluir que as variáveis estão associadas.

Tabela 11 - Comparação entre o grau de artrose e o grau de limitação (WOMAC) - Grupo A

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
OA	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5
WOMAC	48	81	72	40	53	54	51	95	75	44	54	72	72	52	84

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

Tabela 12- Comparação entre o grau de artrose e o grau de limitação (WOMAC) - Grupo B

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
OA	4	4	3	3	3	4	5	4	4	3	4	5	4	4	4
WOMAC	40	50	51	77	79	63	85	45	53	45	39	58	87	66	76

Fonte: os Autores, Hospital HONPAR, Arapongas, 2021.

Esse achado vem de encontro a uma grande dificuldade encontrada no dia-a-dia dos/as médicos/as que atendem esse tipo de paciente uma vez que traz grande dificuldade em correlacionar a real intensidade da dor com o achado radiológico relacionado ao grau da artrose. Isso requer uma pesquisa mais aprofundada, por parte do/a cuidador/a, durante a entrevista, para entender, pelo relato do/a próprio/a paciente, o tamanho do sofrimento a que ele está submetido. A indicação de determinado tratamento, levando em consideração o grau da artrose visto no exame radiológico, embora pudesse ser mais objetivo, ainda estaria sujeito a grandes discrepâncias em relação à expectativa do/a paciente.

De um modo geral houve muito pouca ou quase nenhuma diferença e quando analisado as duas formas de entrevista em relação aos resultados obtidos de forma objetiva.

Em relação às perguntas qualitativas 100% dos participantes do Grupo A referiram terem entendido bem as questões do questionário WOMAC, enquanto nove destes entrevistados junto com o médico (60%) referiram entender bem os questionamentos enquanto seis (40%) confessaram achar um pouco confuso. Sendo que entre esses/as participantes, dois alegaram um pouco de dificuldade no entendimento das situações colocadas. Tal dificuldade de entendimento ficou evidente quando a situação colocada no WOMAC não era uma situação corriqueira do dia a dia daquele paciente como, por exemplo, a dificuldade de responder sobre a capacidade de subir ou descer escadas quando essas atividades não fazem parte do dia a dia daquela pessoa.

Durante o acompanhamento do preenchimento do questionário foi possível presenciar especial dúvida em relação às escadas, pois não era claro o tamanho delas. Fica evidente que para uma pessoa que tem dificuldade de subir escadas, há grande diferença na limitação entre subir ou descer dois ou três degraus para sair da casa em direção ao quintal ou, subir/descer dois lances de escadas de um andar para outro, ainda que dois ou três degraus devam ser considerados, por definição, uma escada.

Em cinco casos de pacientes acompanhados durante o preenchimento do formulário ele “trocaria” a resposta para uma resposta mais limitante caso tivesse “pensado melhor” na questão da escada. O que foi possível observar durante a entrevista que havia uma tendência a responder segundo aquela situação que achava ser a menos difícil e, muitas vezes, subestimando a sua possível limitação para desenvolver aquela atividade.

3.5 DISCUSSÃO

À medida que a sociedade se desenvolve, a Medicina também evolui aumentando sua complexidade e, conseqüentemente, enfrentando, desafios éticos que muitas vezes leva a equipe de profissionais a travar uma luta para manter a qualidade do atendimento em um ambiente, cada vez mais, orientado para os negócios e alta demanda dos dias atuais. Uma das razões para esses novos desafios relaciona-se às pressões econômicas e às modernas tecnologias que colocam, em um campo de batalha, profissionais e seus princípios bioéticos e do

outro lado pacientes sofredores/as buscando auxílio naqueles em quem entregarão a esperança de dias melhores.

No atendimento de pacientes portadores de OA de joelho, as correlações entre gravidade da artrose, a dor e a limitações das atividades de vida diária infligida não são evidentes. Como evidenciado na pesquisa de campo, não há correlação clara, e frequentemente, se apresentam pacientes com artrose avançada e pouca limitação funcional. Assim como, também com certa frequência, se apresentam pacientes que se sentem extremamente limitados sem que haja aparente motivo quando avaliado o seu comprometimento radiológico.

A maneira encontrada para quantificar o sofrimento e tornar mais evidente a limitação imposta pela doença, é através de entrevistas com o próprio indivíduo sofredor, dando oportunidade a este em descrever como a doença tem influenciado em sua vida. Para que haja adaptação dentro da capacidade operativa dos setores de saúde, com demanda crescente a cada dia, e tornar objetiva as limitações dos/as pacientes, adotam-se escalas que são autoaplicáveis. Entre elas a E.V.A. concentrada em objetivar o grau da dor referida, e a WOMAC que estratifica as limitações funcionais no desempenho das atividades do dia a dia de pacientes. Tanto a E.V.A. como o WOMAC são escalas amplamente aceitas e validadas no mundo todo, sua aplicação e resultados têm direcionado a forma de tratar pacientes e, até mesmo, o direcionamento de políticas públicas de tratamento da osteoartrose.

Os resultados apresentados em ambos os grupos pesquisados mostram que as escalas são bem aceitas e compreendidas pelos/as participantes envolvidos e não mostrou grandes diferenças objetivas quando feita avaliação isoladamente ou quando acompanhado pelo médico entrevistador. No entanto quando pesquisado verbalmente pelo entrevistador ou através de questões abertas, o/a paciente mostra-se inseguro com a sua própria resposta. Parece um contrassenso que 100% dos/as participantes da pesquisa que fizeram a pesquisa individualmente, considerem ter expressado com fidelidade os seus sentimentos em relação à doença e, ao mesmo tempo, 77% considerem importante a presença de um médico durante o preenchimento dos questionários, relacionando a presença deste com os termos: confiança, acolhimento, esclarecimento, conforto.

A confiança é uma característica essencial da relação terapêutica visto que a relação médico/a-paciente, ou equipe cuidadora/sofredor tem quase sempre um caráter de urgência, intimidade, inevitabilidade, imprevisibilidade e extraordinária

vulnerabilidade (BUCHMAN; HO; GOLDBERG, 2017). Quando a relação de confiança é sólida, espera-se que a boa vontade e a competência da outra pessoa governe a interação de maneira mais apropriada possível. A confiança depositada no/a profissional cuidador/as é característica fundamental que afeta os aspectos emocionais e interpessoais da relação médico/a-paciente. Sem suposições de competência e boa vontade é improvável que pacientes permitam um contato físico mais próximo ou concordem com tratamentos recomendados que tragam riscos de complicações ou efeitos colaterais importantes.

A avaliação da dor e da qualidade de vida no grupo estudado, composto majoritariamente por pessoas de idade avançada habitualmente não é considerado confiável no que diz respeito à intensidade, localização da dor e duração (LEBOVITS, 2012). Também é possível levantar dúvidas quanto a real limitação expressada pelos/as participantes que não encontram correlação com atividades do seu dia a dia nas questões apresentadas pelo questionário WOMAC. Nos resultados das entrevistas feitas pelo médico ocorreram, por diversas vezes, inconsistências entre a resposta aos questionários e a expressão clínica desse comprometimento. A linguagem corporal e comportamental não condiz com o sofrimento expresso pelo questionário.

Comumente é atribuído maior valor à comunicação verbal pela linguagem falada ou escrita do que à linguagem corporal, no entanto desde os primórdios da humanidade a comunicação não falada está presente através de grunhidos e gesticulações. Silva e colaboradores destacam que “Birdwhistell considera que apenas 35% do significado social de qualquer interação corresponde às palavras pronunciadas, pois o homem é um ser multissensorial que de vez em quando (2000, p. 53).

As escalas que possibilitam a estratificação e objetivação de sintomas tão subjetivos como a dor ou a limitação funcional, são usadas mundialmente para medir a eficácia de um tratamento ou a situação em que se encontra um/a paciente antes da intervenção médica. Mas, ainda não está claro como isso deve ser interpretado ou, o que uma determinada pontuação apresentada significa para aquele indivíduo. Em vez de uma pontuação específica para avaliar o estado atual ou o resultado de uma intervenção na saúde do/a paciente, existe possivelmente uma escala deslizante de resultados excelentes a ruins onde possam ser “encaixados” um ou vários pacientes dependendo de suas expectativas e anseios. A sensação de bem-

estar e a satisfação do/a paciente são reconhecidas como medidas importantes ao avaliar o resultado de um procedimento. Os limiares em que cada nível de satisfação é alcançado podem ajudar a interpretar a pontuação e ajudar na comunicação com os pacientes (WALKER *et al.*, 2018).

As escalas são importantes mecanismos que já foram incorporados ao atendimento de pacientes com OA de joelho e sofredores/as de dor, no entanto, o seu resultado não pode, por si só definir aquele/a paciente. As escalas transformam a dor e limitação funcional, situações de extrema subjetividade, em um fato objetivo e mensurável. Não obstante, isso não pode servir de desculpa para tratar o/a paciente como um ser manipulável carente de liberdade e autonomia. Tanto sua autonomia como sua independência deve ser preservada, ou recuperada, durante o processo de cuidado. Quando considera que falta autonomia a indivíduos enfermos, o/a médico/a corre o risco de subestimá-lo/a, não informando os fatos de maneira esclarecedora (PAZINATTO, 2019).

O processo deliberativo fica mais claro e assertivo quando há a conscientização da importância da comunicação entre profissional e paciente; sendo essencial, nesse processo, a superação de barreiras entre o saber científico do/a médico/a e a necessidade que tem o/a paciente de conhecer melhor a sua situação. A oportunidade, no encontro entre médico/a e paciente, de transmitir informações claras ao/a paciente permite que este/a sinta mais segurança para tomar decisões sobre o tratamento, podendo deliberar com confiança e a autonomia almejada (PAZINATTO, 2019).

Para Pazinatto,

atualmente, a bioética de intervenção recomenda que casos concretos sejam avaliados também de acordo com os princípios estabelecidos pela DUBDH, levando em conta as vulnerabilidades de cada sujeito e do país em que está sendo praticado a medicina. No Brasil, país que impera profunda desigualdade social, é fundamental considerar a vulnerabilidade material, social e intelectual dos sujeitos com o intuito de transpor a barreira do desconhecimento e viabilizar a comunicação efetiva entre médico e paciente (2019, p.238).

A inclusão de encontros entre o/a médico/a e o/a paciente que proporcione esclarecimento, informação e um processo deliberativo claro, levando em consideração os valores pessoais, culturais e crenças do indivíduo deve ser estimulada a todo custo. Pois, somando as informações coletadas pelos instrumentos objetivos de avaliação de dor e função com os interesses expressos

pelo/a paciente, após esclarecimentos dos possíveis caminhos a ser trilhados em seu tratamento, aumenta-se a chance de um resultado satisfatório.

3.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A manutenção da qualidade do atendimento médico é um desafio à evolução e crescimento populacional. As pressões econômicas e o aumento populacional têm levado os sistemas de saúde a procurar alternativas que sejam facilitadoras para o atendimento da grande demanda.

Precedendo o despertar dos atendimentos virtuais à distância, o desenvolvimento de instrumentos de autoavaliação da condição clínica, em especial a dor e atividades da vida diária, como a E.V.A. e o WOMAC têm ajudado sobremaneira na avaliação da dor e da qualidade de vida de pacientes com OA.

Esses instrumentos são amplamente utilizados para a verificação da condição atual, bem como, em futuras avaliações que servem de parâmetros para tornar objetivo a melhora ou piora da dor e da qualidade de vida de pacientes sofredores/as com OA.

Ainda que a mensuração objetiva de sentimentos, subjetivos por natureza, seja alcançada através das escalas, a presença de profissionais dos cuidados de saúde valorizando o diálogo e o processo deliberativo é, não só reconhecido como importante, mas até, solicitado por pacientes. A pesquisa sugere que se dê ênfase, na formação dos profissionais que trabalham com o atendimento de pessoas com dor e limitação funcional, no aprendizado e treinamento do processo deliberativo como forma de respeito à autonomia e à individualidade de cada pessoa.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 4. ed. New York: Oxford University Press, 1994. [Publicação original 1979].

BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da atenção primária. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 507-520, set. 2012. DOI: 10.15343/0104-7809.2012363502506.

BUCHMAN, D. Z.; HO, A.; GOLDBERG, D. S. Investigating trust, expertise, and epistemic injustice in chronic pain. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 14, n. 1, p. 31-42, março, 2017. DOI: 10.1007 / s11673-016-9761-x.

CORGOZINHO, M.M. *et al.* Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 249-256, abr./jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282386>.

EKMAN, I. *et al.* Person-centered care: ready for prime time. **Eur J Cardiovasc Nurs.**, v. 10, n. 4, p. 248-251, 2011. DOI: 10.1016 / j.ejcnurse.2011.06.008.

FERNANDES, M. I. **Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) para a língua portuguesa.** 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/19401>. Acesso em: 18 nov. 2021.

GOLDIM, J. R. Consentimento e informação: a importância da qualidade do texto utilizado. **Revista HCPA**, v. 26, n. 3, p. 117-22, 2006.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

LAVERNIA, C. J. *et al.* Ethnic and racial factors influencing well-being, perceived pain, and physical function after primary total joint arthroplasty. **Clin Orthop Relat Res.**, v. 469, n. 7, p. 1838–1845, 2011. DOI:10.1007/s11999-011-1841-y.

LEBOVITS, A. Maintaining professionalism in today's business environment: ethical challenges for the pain medicine specialist. **Pain Medicine**, v. 13, n. 9, p. 1152-1161, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01465.x>

LEVINAS, E. **Humanismo do outro homem.** Petrópolis: Vozes, 1993.

NASCIMENTO, A. Bioética para o desenvolvimento tecnológico e inovação. **Revista Agora Filosófica**, v. 1, n. 1, p. 05-27, mai. 2018. DOI: 10.25247 / P1982-999X.2018.v1n1.p05-27.

NOBLE, P. C. *et al.* Challenges in outcome measurement: discrepancies between patient and provider definitions of success. **Clin Orthop Relat Res.**, v. 471, n. 11, p. 3437-3445, 2013. DOI:10.1007/s11999-013-3198-x.

OKIFUJI, A.; HARE, B. D. The association between chronic pain and obesity. **Journal of Pain Research**, v. 8, p. 399–408, 2015. DOI: <https://doi.org/10.2147/JPR.S55598>.

PAZINATTO, M. M. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 234-243, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272305>.

PÉCORA, J. R. *et al.* **Artrose de joelho: gênese e soluções.** São Paulo: Atheneu, 2010.

RIBEIRO, M. M.F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev Bras Educ Med.**, v. 32, n. 1, p. 90-97, mar. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>.

ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar.** Petrópolis, Vozes, 2009.

SCOTT, W. N. **INSALL & SCOTT Cirurgia do joelho.** Trad. Soraya Imon de Oliveira *et al.* 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

SILVA, L. M. G. *et al.* Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 52-58, 2000. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000400008>.

SILVA, N. A.; MONTANDON, A. C. O. S.; CABRAL, M. V. S. P. Doenças osteoarticulares degenerativas periféricas. **Einstein**, São Paulo, v. 6 (supl.1), p. S21-S28, 2008.

SOUZA, W.; RIBEIRO JR., N.; FACURY, I. C. T. O médico e o doente: paradigma da vulnerabilidade em Emmanuel Levinas. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2, p. 212-218, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282382>.

SYLWANDER, C. *et al.* Pressure pain thresholds in individuals with knee pain: a cross-sectional study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 22, n. 1, p. 516, jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04408-0>.

WALKER, L. C. *et al.* The WOMAC score can be reliably used to classify patient satisfaction after total knee arthroplasty. **Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.**, v. 26, n. 11, p. 3333-3341, 2018. DOI: [10.1007/s00167-018-4879-5](https://doi.org/10.1007/s00167-018-4879-5).

ZYWIEL, M. G. *et al.* Measuring expectations in orthopaedic surgery: a systematic review. 2013. **Clin Orthop Relat Res.**, v. 471, n. 11, p. 3446–3456. DOI:[10.1007/s11999-013-3013-8](https://doi.org/10.1007/s11999-013-3013-8).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maneira como se faz Medicina tem mudado constantemente a partir do Relatório Flexner de 1910. Na ocasião, se impôs mudanças ao Ensino Médico para um modelo cartesiano, que divide o ser humano em partes até transformá-lo num ser puramente biológico deixando de lado sua natureza multidimensional. Hoje as novas tecnologias têm proporcionado inovações que, até então, eram imaginadas apenas em filmes de ficção científica. A Medicina, parceira da tecnologia, tem dado passos bastante largos, rumo a novidades que visam à prevenção e o tratamento de doenças graves e o aumento da expectativa de vida.

Infelizmente o crescimento vertiginoso da participação da tecnologia dentro da Medicina acabou por perverter profissionais de maneira inadequada transformando-os/as, muitas vezes, em figurantes enquanto o papel principal ficou a cargo do tecnicismo científico. O exame que era complementar passou a ser essencial e a clínica, que era soberana, aceitou um papel de complementar (SIQUEIRA, 2000).

A cada dia mais pacientes têm aumentado sua desconfiança nas instituições e práticas sociais como a política, a economia e o contexto atual da prática médica. De acordo com Miguel Kottow “os críticos (à prática médica atual) falam em desumanização, quando estritamente falando, deveriam referir-se à “despersonalização” da medicina” (2016, p. 1462). A tendência ao positivismo, a Medicina baseada em evidências, o predomínio da Medicina administrativa e a contratualização da confiança médica levam, cada vez mais, o/apaciente a enfrentar um sistema médico que torna o encontro clínico reduzido e mais técnico.

Nesse panorama turbulento, durante o atendimento médico, há a necessidade de transformar sentimentos extremamente íntimos como a dor, o sofrimento e a limitação funcional em escalas objetivas de estratificação em nome da “padronização de condutas” e resultados. Muitos são os motivos para que o/a paciente seja considerado/a “um/a sofredor/a”, entre esses, destaca-se a dor e a limitação funcional que o impede de realizar as atividades corriqueiras do dia a dia. A pessoa que sofre dor ou limitação é, de certa forma, um ser mais debilitado, enfraquecido e por que não dizer, com maior possibilidade de apresentar-se vulnerável quando comparado com outra pessoa saudável e em plena atividade. Para Patrão-Neves,

no plano da assistência clínica, em termos gerais, o princípio da vulnerabilidade interpela diretamente o profissional de saúde na sua responsabilidade de estabelecer relações simétricas com a pessoa doente e obriga as instituições a proteger, zelar por todos os cidadãos igualmente, mesmo quando esses não tem poder de reivindicação (2006, p. 170).

A avaliação objetiva obtida por escalas, uni ou multidimensionais com E.V.A. ou WOMAC, cumprem seu papel de objetivar aquilo que é subjetivo, no entanto, é necessário que se aprofunde mais a essa temática em pesquisas para evitar o risco de avaliar mal o sofrimento da pessoa.

Muito embora a autonomia pessoal por si só, não possa ser considerada como solução completa para garantir a dignidade humana, diminuindo assim a posição de vulnerabilidade de um indivíduo, ainda continua sendo extremamente importante para que haja um desfecho eticamente aceitável. Com esta perspectiva pode-se compreender o encontro médico/a-paciente como uma oportunidade que permite o exercício da autonomia. É verdade que a boa relação profissional-paciente unicamente, não assegura que não haja negligência no cuidado, mas também, não há como negar que o diálogo franco e a consciência dos diferentes pontos de vista são fundamentais para o mútuo entendimento.

Pacientes procuram no/a profissional de saúde, habitualmente médico/a, alguém que consiga reconhecer sua individualidade, o que demanda, habilidade de tornar esse momento único conseguindo dispensar atenção individualizada ao/a paciente. Só assim é possível ampliar o entendimento dos sentimentos daquele ser humano. A narrativa do/a paciente não pode ser negligenciada, sua linguagem corporal deve ser analisada sem tempo determinado, aumentando a confiança mútua entre paciente e médico/a. Ambos, tanto médico/a como pacientes, devem fomentar o envolvimento mútuo para que profissionais entendam seus anseios e, esses reconheçam as limitações do primeiro.

Ainda que um questionário ou escala possa representar um ponto específico na complexa rede que transforma uma pessoa saudável noutra, sofredora, a relação social e a confiança mútua continuam a ser o alicerce da prática médica. E, isso, mesmo quando a prática é fortemente influenciada pela Medicina tecnicista, pelas dificuldades de acesso, pela falta de acolhimento e proteção dos sistemas médicos. Para Souza “quando cuida, a pessoa realiza sua humanidade; quando é cuidada, alcança sua plenitude. Isso toca o que há de mais profundo, e não é patrimônio da

profissão médica, mas dever de todos [...]” (SOUZA, 2020, p. 214). Dito de outro modo, “cuidar de alguém é abrir-se à perspectiva do nós” (SOUZA, 2020, p. 214)

Sendo a qualidade de vida, ou seja, a saúde, uma das principais preocupações da Bioética, a dor e o sofrimento, causa direta, em maior ou menor grau da degradação da qualidade de vida, merece atenção redobrada no seu reconhecimento, e avaliação constante. Todos os recursos necessários para aprimorar o entendimento das limitações e sofrimento da pessoa devem ser postos em ação, sejam escalas, protocolos, exames diagnósticos de última geração. Entretanto, nunca deixando de perscrutar a complexidade do indivíduo aproximando-se e comprometendo-se ao ajudá-lo a reencontrar o sentido natural da vida.

A educação médica deve trilhar um caminho de retorno, como um filho adulto que depois de perambular pelo mundo conhecendo as maravilhas da evolução, retorna à casa do pai para fortalecer-se dos princípios que o possibilitaram ir tão longe. O ensino médico deve tonificar os princípios da ética biomédica com os amplos e diversificados referenciais bioéticos para que novos/as profissionais dos cuidados de saúde valorizem a outra pessoa simplesmente por ser uma outra pessoa. Devem, então, ser capazes de reconhecer a fragilidade em si mesmos/as e nas demais pessoas buscando na justiça e no diálogo auxiliar no retorno ao bem-estar. Sem o contato olho no olho, o contato, é-se apenas especialista em doença quando o sonho era ser especialista em doentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm. Acesso em: 22 nov. 2021.

KOTTOW, M. El consentimiento informado en clínica: inquietudes persistentes. **Rev. méd. Chile**, v. 144, n. 11, p. 1459-1463, nov. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001100012>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 22 nov. 2021.

PATRÃO-NEVES, M. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 157–172, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966/6538>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. **Rev. Bioéticam** v. 8, n. 1, p. 55-67, 2000. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/261/261. Acesso em: 20 nov. 2021.

SOUZA, W.; RIBEIRO JR., N.; FACURY, I. C. T. O médico e o doente: paradigma da vulnerabilidade em Emmanuel Levinas. **Rev. Bioét.**, v. 28, n. 2, p. 212-218, abr./jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282382>

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Análise bioética do questionário WOMAC autoaplicável e a influencia do acolhimento e a proteção para garantia da autonomia do paciente”, que tem como objetivo analisar o grau de entendimento dos pacientes em relação a aplicação de um questionário de avaliação intitulado WOMAC em sua forma auto-aplicada e/ou sob a supervisão do profissional médico com o intuito de propiciar a autonomia do paciente e sua dignidade na forma do acolhimento dialogado.

O motivo que nos leva a estudar o acolhimento no atendimento de saúde é que temos visto, nos últimos tempos, um incremento à desumanização no atendimento, pois a suposta objetividade da ciência, pressupõe a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida no caso do atendimento hospitalar, à mera descrição dos sintomas e as evoluções de uma doença.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: Você será estimulado a fazer uma auto-avaliação da sua dor, de sua restrição de movimento e da perda de sua capacidade funcional para executar atividades do dia-a-dia, relacionada a sua patologia no joelho (artrose), respondendo um questionário com 24 questões sozinho(a). Depois será novamente solicitado a responder as questões, porém, da segunda vez, será acompanhada pelo seu médico assistente que ficará como um consultor para lhe esclarecer possíveis dúvidas e contextualizar os questionamentos.

O Sr.(a) está sendo convidado a participar do estudo por apresentar um quadro de artrose de joelho que lhe estimulou à procura de auxílio médico. Ainda por ser capaz de ler e entender os questionamentos que lhe serão apresentados. O (A) Sr.(a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. Para participar deste estudo o (a) Sr(a). não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas será garantido, se necessário, o ressarcimento de suas despesas, e de seu acompanhante, como transporte e alimentação.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz os materiais ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no hospital HONPAR e a outra será fornecida a(o) Sr. (a).

Caso hajam danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, portador do CPF _____, nascido (a) em ____/____/_____, residente no endereço _____, na cidade de _____, Estado _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico () _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Análise bioética do questionário WOMAC autoaplicável e a influencia do acolhimento e a proteção para garantia da autonomia do paciente” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Arapongas – Paraná, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos desse estudo, você poderá consultar o comitê de Ética em Pesquisa do hospital HONPAR no seguinte endereço: Rodovia Pr 218, Km 01, Arapongas – Paraná. Telefone 043 - 32750200