

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

**PAULA PATRÍCIA DE SOUZA**

Percepção de profissionais médicos sobre assistência de mulheres portadoras de dor pélvica  
crônica

**Ribeirão Preto**

**2010**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PAULA PATRÍCIA DE SOUZA**

**Percepção de profissionais médicos sobre assistência de mulheres portadoras de dor  
pélvica crônica**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de concentração: Tocoginecologia.

Orientador: Prof. Dr. Omero Benedicto Poli Neto

**Ribeirão Preto**

**2010**

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

Souza, Paula Patrícia

Percepção de profissionais médicos sobre assistência de mulheres portadoras de dor pélvica crônica. Ribeirão Preto, 2010.

79 p. : il. ; 30cm

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Ginecologia e Obstetrícia.

Orientador: Poli-Neto, Omero B.

1. Dor Pélvica Crônica. 2. Pesquisa Qualitativa.  
3. Percepção. 4. Modelo Biomédico.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Paula Patrícia de Souza

Percepção de profissionais médicos sobre assistência de mulheres portadoras de dor pélvica crônica

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de concentração: Tocoginecologia

Aprovado em:

Banca examinadora

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

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

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

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

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

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

## **Dedico este trabalho...**

... A minha família.

... Aos meus pais Edson e Carmem, que com todo o amor me ensinaram que as mudanças na vida são sempre para melhor e que é preciso ter coragem para seguir o caminho certo. Meu carinho, amor e gratidão pelo incentivo recebido ao longo dos meus estudos e por sempre acreditarem incondicionalmente em mim.

... Aos meus irmãos Rodrigo e Laura, pelo apoio, companhia e carinho recebido. Agradeço a força, amizade e valiosos conselhos dados no decorrer dessa trajetória.

# MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar comigo durante toda minha trajetória

A minha família, pelo amor incondicional e apoio incessante em todos os momentos da minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Omero, pelo encorajamento e confiança depositada desde o início. Por todo o apoio, compreensão, paciência e ensinamentos.

A toda a equipe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, em especial Prof. Dr. Nogueira, Prof. Dr. Carrara e Prof. Dr. Júlio, pelo convívio amigável e contribuições acadêmicas no decorrer destes três anos.

A Adriana e Mary, pela amizade e contribuições acadêmicas. Agradeço a companhia e auxílio durante essa trajetória.

As queridas Lara, Marília, Drous, Aninha e tantas outras novas amizades feitas nesse ano de 2010. Obrigada por tornar os meus dias aqui em Ribeirão Preto muito mais alegres.

A Liana, pela amizade que nasceu do breve e intenso convívio. Agradeço o apoio e cumplicidade a mim dedicados mesmo distante.

A todos os funcionários do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, em especial Ilza, Suelem, Rosane e Reinaldo e Ricardo, pela colaboração durante todos esses anos.

Aos profissionais voluntários, que no seu anonimato, foram essenciais para realização deste trabalho.

“... É o tempo da travessia  
E se não ousarmos fazê-la  
Teremos ficado... para sempre  
À margem de nós mesmos...”

(Fernando Pessoa)

## RESUMO

De Souza, Paula Patrícia. **Percepção de profissionais médicos sobre assistência de mulheres portadoras de dor pélvica crônica.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A dor pélvica crônica (DPC) em mulheres é uma doença de etiologia complexa que, muitas vezes, culmina em investigações extensas e conclusões diminutas tendo, por isso, sido motivo de insatisfação e frustração de pacientes e profissionais da saúde, inclusive de conflitos entre as partes envolvidas. Muitos são os estudos que abordam as vivências da mulher portadora de dpc com a própria doença, assim como no contato médico. Nesse sentido, para compreensão ampla dessa problemática buscamos explorar como os médicos de um serviço especializado percebem e atuam frente a esse tipo de atendimento. Constituiu-se pesquisa qualitativa, sendo os dados coletados através de entrevistas semi-estruturadas e analisadas segundo Laurence Bardin, análise de conteúdo. O grupo de profissionais foi composto por sete médicos (residentes e especialistas) do Ambulatório de dor pélvica crônica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (AGDC-HCFMRPU). O estudo apresentou como temática central a formação e prática médica, tendo sido ressaltadas subcategorias que trataram da influência das atuais práticas pedagógicas utilizadas no ensino médico, embasadas no modelo biomédico, sobre o cenário de assistência à DPC. A prática profissional tem sido caracterizada por uma abordagem reducionista, biológica, com fragmentação da assistência, o que, de certa forma, representa os resultados do modelo de formação sob o qual esses profissionais têm sido submetidos. As atuais práticas educativas relativas à saúde são embasadas no modelo biomédico, hegemônico na medicina moderna, no qual se desconhece a dimensão totalizante do ser humano, enquanto ser portador de injunções sociais, políticas, culturais, psicológicas e emocionais. Nesse sentido, faz necessária reestruturação dos paradigmas médico, a fim de que seja adotada uma visão integral para os cuidados em saúde, a partir de um modelo de assistência humanista. Esperamos que as reflexões abordadas no presente estudo possam contribuir para o desenvolvimento de um olhar crítico a respeito do ensino e práticas médicas atuais e seus efeitos sobre diversos contexto de saúde, principalmente no que concerne o atendimento a dor pélvica crônica.

## ABSTRACT

De Souza, Paula Patrícia. **Perception of medical professionals on the care of women with chronic pelvic pain.** Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Chronic pelvic pain (PCM) in women is a disease of complex etiology which usually culminates with extensive investigations and reduced conclusions, being a source of dissatisfaction, frustration and even conflict between patients and health professionals. Many studies have addressed the experiences of women with dpc as well as contact with doctors during the consultation. Accordingly, for comprehensive understanding of this issue we sought to explore how the health professionals from a specialized service to perceive and act in this type of care. This is a qualitative research, in which the data were collected through semi-structured interviews and analyzed by thematic (content analysis), according to Laurence Bardin. The study group consisted of eight physicians (residents and specialists) from Chronic Pelvic Pain Clinic of the Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (AGDC-HCFMRPU). The central theme of study is training and practice medical, was highlighted subcategories that dealt with the influence of current pedagogical practices used in medical education, based on the biomedical model, on the scene to assist the CPS. The practice has been characterized by a reductionist approach, biologist, with fragmentation of care, which somehow represents the results of the training model in which such professionals have been subjected. The current educational practices related to health here are based on the biomedical model, hegemonic in modern medicine, which is unknown holistic dimension of human being as the bearer of social orders, political, cultural, psychological and emotional. Thus, it needed restructuring of the medical paradigm, so it is adopted an integrated vision for health care, from a humanistic model of care. We hope that the discussions of this study may contribute to the development of a critical view about teaching and current medical practices and their effects on different health context, particularly regarding the care of chronic pelvic pain.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Aspectos gerais da dor .....	11
1.2 Dor pélvica crônica .....	12
1.3 Contexto de assistência da dor pélvica crônica.....	14
1.4 Expectativa e Satisfação .....	19
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>23</b>
<b>3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>25</b>
3.1 Referencial Teórico.....	25
3.1.1 Modelos assistenciais .....	25
3.1.2 Modelo biomédico e humanização.....	28
3.2 A opção pela pesquisa qualitativa.....	31
3.3 Local de estudo .....	32
3.4 Sujeitos do estudo .....	33
3.5 Coleta de dados .....	34
3.6 Aspectos Éticos .....	34
3.7 Análise dos dados .....	35
3.7.1 Pré-análise .....	35
3.7.2 Exploração do material.....	36
3.7.3 Análise e interpretação dos resultados .....	36
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
4.1 Conhecimento dos profissionais sobre DPC.....	39
4.2 Visão estereotipada dos profissionais acerca da doença e da mulher portadora de dpc .	41
4.3 Relação médico-paciente .....	44
4.4 Modelo tecnicista/Intervencionista .....	47
4.5 Necessidade de equipe multidisciplinar.....	49
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>7. PERSPECTIVAS FUTURAS .....</b>	<b>64</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>

# ***INTRODUÇÃO***

---

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais da dor

Desde as mais primitivas civilizações a dor sempre foi um martírio para o homem, suas causas e tratamentos sempre foram almeçados, no entanto a compreensão e o manejo desse sintoma ainda hoje deixam muito a desejar (CARVALHO, 1999). O entendimento da dor foi fortemente influenciado pelo cristianismo, que a definia como uma forma de iluminação ou obtenção de graças, e, por isso, pesquisas ligadas a eliminação da dor foram desestimuladas, atrasando o estudo sobre esse fenômeno (BONICA, 1953). Somente no século XX a dor passou a ser estudado por fisiologistas, psicólogos e filósofos, sendo aceita, em favor dos fisiologistas, a teoria da dor como sensação (BONICA, 1953; IANNETTA, 2000). Mais tarde, foi também aceita a definição dos filósofos, que reconheceram o papel fundamental da emoção sobre a dor (LOBATO, 1992). A partir disso, a Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP) propôs uma definição que abrangesse ambos os aspectos, emocionais e sensoriais: “experiência sensorial e emocional desprazerosa relacionada à real ou potencial lesão dos tecidos do organismo, ou descrita nos termos de tal lesão, tratando-se de uma manifestação subjetiva e variável entre os indivíduos (IASP, 1979).

O tema dor tem sido amplamente valorizado na atualidade por se tratar de uma das condições mais comuns na busca por cuidados médicos (DROES, 2004), com prevalência em torno de 45% a 80% nos hospitais (LEÃO, 2007). Sabe-se ainda que quando não controlada essa condição pode ser responsável pelo aumento das complicações pós-operatórias, pós-traumáticas, prolongamento das internações, aumento de custos e insatisfação do paciente com o tratamento (PIMENTA, 2000). Discute-se que a dor, especialmente, a dor crônica, não tem sido adequadamente tratada e documentada (SILVA et al., 2006). Nesse sentido, a fim de otimizar a qualidade da assistência prestada, a Sociedade Americana de Dor e a Agência

Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública estabeleceram a dor como quinto sinal vital, devendo esta ser mensurada e registrada ao mesmo tempo e ambiente clínico dos quatro sinais vitais padrões, que são frequência respiratória, pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura. Entretanto, no processo de mensuração da dor, por se tratar de uma experiência subjetiva, torna-se impossível determiná-la através de instrumentos físicos, assim como os demais sinais vitais, ou seja, não existe um instrumento padrão que permita a um observador externo mensurar objetivamente essa experiência complexa e individual que é a dor. A partir disso, para compreender completamente o fenômeno da dor é fundamental considerar os correlatos clínicos da condição em função das características emocionais, cognitivas e de personalidade do indivíduo, a fim de que se possa determinar a eficácia das condutas terapêuticas adotadas (SOUSA, 2002). Em suma, envolvimento de aspectos individuais no processo de dor, tais como emoções, vivências e traços pessoais torna-a um dos sintomas mais difíceis de serem tratados, principalmente quando há a tentativa de redução deste fenômeno a questões meramente fisiológicas (ROMÃO, 2008).

## **1.2 Dor pélvica crônica**

Dentro desse contexto, é possível refletir sobre a problemática existente a cerca da dor pélvica crônica (DPC) em mulheres, doença de etiologia complexa que, muitas vezes, culmina em investigações extensas e conclusões diminutas, o que tem sido motivo de insatisfação e frustração de pacientes e profissionais da saúde, inclusive de conflitos entre as partes envolvidas. A complexidade dessa doença não se restringe apenas às questões terapêuticas, mas envolve a definição de sua etiologia, a qual não apresenta um consenso internacional. Uma definição clara, objetiva e consensual é fundamental para que, através de comparações entre estudos de diferentes populações, obtenham-se resultados em prol da qualificação da assistência (ZONDERVAN et al., 2000). No entanto, existe uma variedade de definições para

a DPC, nas quais a complexidade dessa condição, normalmente, é ignorada através da tentativa de centralizar as causas da dor em exclusivamente físicas ou comportamentais, gerando, dessa forma, algumas definições extremamente subjetivas e inconclusivas.

“Dor pélvica não menstrual, com duração de pelo menos seis meses, suficientemente grave para interferir nas atividades habituais e que necessita de tratamento clínico e/ou cirúrgico” tem sido a definição mais bem aceita ultimamente e também a utilizada no presente trabalho (CAMPBELL et al., 1994). Apesar disso, existem críticas a respeito dessa definição proposta por Campbell et al (1994), onde acredita-se ser consideradas somente a localização e duração da dor, ignorando a subjetividade de questões anatômicas ou afetivo-comportamentais. Outras definições utilizadas para DPC têm sido igualmente criticadas, como por exemplo, a sugerida pelo IASP, na qual foi enfatizada a DPC sem etiologia: “dor pélvica crônica ou recorrente que não pode ser explicada através de uma causa física aparente”. Os problemas dessa definição relacionam-se primeiramente, à idéia simplista usada a cerca da percepção da dor, essa definição assume como regra o fato de sempre haver uma ligação entre a dor e alguma forma de dano tecidual ou patologia, dividindo-se a dor simplesmente em causas orgânicas/anatômicas e não orgânicas/funcionais. Adicionalmente, assume-se que toda possível doença subjacente à DPC seja conhecida e bem estabelecida, podendo sempre ser seguramente detectada através da laparoscopia independente da habilidade ou experiência clínica do cirurgião, que interpretaria os achados clínicos de maneira semelhante a outros profissionais.

Uma definição para DPC que abranja não apenas aspectos físicos, mas afetivo-comportamentais tem geralmente incluído a necessidade da dor estar associada a uma significativa alteração nas atividades físicas ou no humor, ou ainda haver o uso significativo de analgésicos. Esses tipos de definições propostas têm se mostrado altamente subjetivas, pois, segundo Zondervan, como é possível determinar se o efeito da DPC sobre a vida das mulheres

é significativa? Ou ainda, é apropriado classificar mulheres com DPC de acordo com o quão bem elas podem lidar com sua dor pélvica? O atual contexto exposto pela literatura torna evidente a dificuldade de um consenso acerca da definição da DPC, o que tem acarretado na fragmentação de sua etiologia entre causas essencialmente físicas ou psicológicas. A prevalência geral estimada da DPC é de 3,8% em mulheres, sendo similar à enxaqueca, asma e dor nas costas, que são 3,7% e 4,1% respectivamente (ZONDERVAN et al., 1999; ZONDERVAN et al., 2000). Varia de 14 a 24% em mulheres na idade reprodutiva, com impacto direto na vida conjugal, social e profissional (NOGUEIRA et al., 2006). Não sabemos sua real prevalência em países em desenvolvimento como o Brasil, mas estima-se que seja superior àquela encontrada em países desenvolvidos (LATTHE et al., 2006). Apresenta um custo direto e indireto, incluindo gastos médicos, exames laboratoriais, redução de produtividade, estimado em 39 bilhões de dólares por ano (MATHIAS et al., 1996; WINKEL, 1999; PARKER et al., 2006), sendo responsável por cerca de 10% das consultas ginecológicas, 40% a 50% das laparoscopias ginecológicas, e 12% de todas as histerectomias realizadas (HOWARD, 1993; BRODER et al., 2000; GAMBONE et al., 2002). A DPC é um problema de saúde pública (NOGUEIRA et al., 2006).

### **1.3 Contexto de assistência da dor pélvica crônica**

A etiologia da DPC não é clara e, usualmente, resulta de uma complexa interação entre os sistemas gastrintestinal, urinário, ginecológico, músculo-esquelético, neurológico, psicológico e endócrino, influenciado ainda por fatores socioculturais (HOWARD, 2003). Vários são os mecanismos que corroboram para a manutenção e/ ou evolução da dor pélvica crônica. Entre eles podemos citar: 1) mudanças neuroplásticas que ocorrem no corno posterior da medula espinhal em consequência de mudanças eletrofisiológicas, bioquímicas e metabólicas promovidas pelo estímulo nocivo inicial. Ocasionalmente, dessa forma, a inflamação

nerológica devido à liberação de fator de crescimento neural e substância P na periferia, onde se origina o estímulo, causando, portanto, seu aumento; 2) Sensibilidade cruzada entre vísceras que compartilham uma mesma inervação (reflexo víscero-visceral); e 3) desenvolvimento de um reflexo víscero-muscular que pode culminar não só em repercussões disfuncionais como dificuldade miccional e incontinência urinária (BUTRICK, 2003).

O diagnóstico da DPC é realizado por meio de história clínica, exame físico completo e exames complementares, dentre os quais incluímos os procedimentos cirúrgicos, destacando-se a laparoscopia. Este é um método diagnóstico comumente usado. Estudos revelam que mais de 40% das laparoscopias ginecológicas realizadas são para DPC (COX et al., 2007). Achados positivos são encontrados em até 2/3 dos casos, apesar de muitos não justificarem o quadro clínico da paciente, cerca de 50%. De qualquer forma, alguns estudos têm evidenciado que, mesmo quando os achados são negativos, as mulheres apresentam alguma melhora após o procedimento (YASMIN et al., 2005), mas essas melhoras não se sustentam após os 6 meses de seguimento. Por outro lado, cerca de 20% das mulheres com DPC não passam por qualquer investigação diagnóstica e 60% não recebem diagnóstico específico (CHEONG et al., 2006). Tais evidências são motivo de grande insatisfação para estas mulheres (SELFE et al., 1998). Um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto sobre a prevalência da DPC no Brasil corrobora com os achados de Cheong et al (2006) sobre a deficiência no diagnóstico da dpc entre mulheres. Diante de uma prevalência de DPC estimada em 15.1%, considerando apenas mulheres no menacme, apenas 4% delas possuíam um diagnóstico prévio específico de DPC, apesar de 90% do grupo ter passado pelos serviços de saúde primário. São três os fatores atribuídos a essa situação. Primeiramente, questiona-se se os profissionais tem sido capazes de oferecer um diagnóstico correto de DPC. O segundo fator refere-se à qualidade do relacionamento médico-paciente, ou seja, estaria o diagnóstico de DPC sendo devidamente explicado pelo profissional, uma vez que outros estudos

ênfatisam essa questão (GRACE, 1995a). E por último, se as mulheres realmente queixam-se de sua condição clínica para o profissional, uma vez que estudos têm mostrado que o gênero pode ser um fator determinante na subestimação diagnóstica da dor na mulher por profissionais (GRACE et al., 2007).

Da mesma forma, o tratamento da DPC tem sido um importante desafio para a equipe de saúde, pois requer uma combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas associadas a vários tipos de procedimentos invasivos. A DPC raramente reflete um processo patológico isolado, normalmente é uma associação de fatores psicológicos, sociais e biológicos, sendo, portanto, essencial uma abordagem interdisciplinar envolvendo médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, dentre outros, a fim de que haja maior efetividade no tratamento da mulher com DPC (GUNTER, 2003).

O contexto de atendimento a dor pélvica crônica apresentado, nos mostra um cenário de assistência marcado pela baixa resolutividade, onde existe um desencontro entre as expectativas e necessidades do grupo portador da doença e os cuidados oferecidos pelos profissionais responsáveis. As dificuldades enfrentadas pelos profissionais no manejo dessa condição estão, de certa forma, intrinsecamente relacionadas ao contexto das políticas e bases filosóficas que norteiam a formação e prática médica atual, que tem por referência a medicina científica, respaldada no modelo Flexneriano. É praticamente impossível discutir educação médica em qualquer parte do mundo sem referir Flexner e seu relatório. Flexner foi responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos EUA, através da elaboração do “Relatório de Flexner”, o qual teve implicações sobre o ensino médico em países de todo o mundo, inclusive o Brasil. Nessa reforma, o novo modelo de ensino e prática médicos adotados tinha como base o biologicismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativo. Segundo relatos do próprio Flexner: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta. A doença é considerada

um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença (SANTOS, 1986). Ou seja, a reforma proposta por Flexner dava início ao deslocamento do eixo de compreensão das doenças como um fenômeno social e histórico para a biologia. Se por um lado o trabalho de Flexner permitiu reorganizar a situação caótica na qual se encontravam as escolas médicas, onde, por não haver necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina, percebia-se uma proliferação indiscriminada de escolas sem rigor; por outro lado a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos (PAGLIOSA et al, 2008).

Nesse sentido, é possível nos aproximarmos da compreensão sobre a origem da baixa resolutividade e insatisfação entre o binômio profissional-paciente que marcam o cenário de assistência de DPC. A influência não tão benéfica do modelo proposto por Flexner, o biomédico, sobre a assistência de mulheres portadoras de DPC, fica evidente quando se busca explorar/conhecer a percepção desse grupo acerca dos cuidados de saúde recebidos. As queixas, em sua maioria, estão relacionadas à ausência de uma abordagem holística e integral da mulher, na qual maior ênfase é dada aos aspectos biológicos da doença. Além dos problemas já citados referentes ao sub-diagnóstico da doença ou tratamentos ineficazes, este grupo, normalmente, descreve anos de limitações e sofrimento, divórcios e perda de emprego (ZADINSKY et al., 1996). Além disso, estudos que investigam os problemas vivenciados por mulheres no contato médico revelam que há uma percepção negativa delas quanto às atitudes destes profissionais durante a consulta, elas referem problemas com diagnóstico, comunicação, falta de informação e tratamento inapropriado (GRACE, 1995b). No momento

em que a mulher busca ajuda profissional para solucionar seu problema de dor sua necessidade primordial é receber uma explicação sobre o que há de errado com seu organismo e para isso ela tenta expressar em palavras a sua experiência dolorosa, tenta explicar quando e como isso acontece, quanto tempo dura e o que ela sente. Há muita emoção associada a esse discurso, a mulher acredita que seja necessário falar para o profissional sobre sua dor pra que ele a entenda, isso é muito pessoal e ela deve ser ouvida. No contexto da DPC as mulheres esperam um diagnóstico preciso, tratamento apropriado dos sintomas, e, inclusive, a cura. Na ausência de qualquer um desses fatores, as pacientes apresentam frustração (CHEONG et al., 2006) e, dessa forma relatam insatisfação com contato médico (SELFE, et al, 1998).

O modelo hegemônico na medicina atual, o biomédico, proposto por Flexner e também conhecido como modelo Flexeriano, parece não oferecer aos profissionais em formação habilidades para lidar com aspectos psicossociais da doença, especialmente no que concerne a DPC e suas múltiplas dimensões. Existe um enfoque exclusivo sobre questões biológicas da doença e um despreparo profissional para desenvolver um vínculo terapêutico, o que fica evidente nas freqüentes queixas das mulheres quanto a aspectos ligados a relação médico-paciente. A qualidade da relação “médico-cliente” é um dos fatores que determina o grau de satisfação do paciente (RUIZ MORAL et al., 2006), o qual influi diretamente sobre suas respostas ao tratamento (STONES et al., 2006). Pacientes que relatam insatisfação com o contato médico são mais prováveis de apresentarem desordens psiquiátricas, traços de personalidade agressiva (HAHN et al., 1996; WALKER et al., 1997), menor adesão ao tratamento (CEGALA et al., 2000; CHARPENTIER et al., 2009), assim como de relatar múltiplos sintomas físicos biologicamente (“medicamente”) inexplicáveis (LIN et al., 1991; HAHN et al., 1996; JACKSON et al., 1999). Apesar disso, as atuais habilidades de comunicação desempenhadas pelos profissionais têm se mostrado limitadas para suprir as expectativas de pacientes, são escassos os profissionais que exploram aspectos

emocionais e pessoais durante a consulta (RUIZ MORAL et al., 2006). No cenário de assistência à DPC, o ideal seria que o atendimento fosse feito dentro do contexto social de cada mulher, através de uma assistência individualizada, a fim de que as expectativas desse grupo fossem supridas e pudessem, portanto, contribuir de maneira positiva na sua recuperação.

#### **1.4 Expectativa e Satisfação**

O termo expectativa refere-se à crença da paciente quanto a sua melhora, ou ainda, relaciona-se ao desejo da paciente em entender seu problema e às implicações que ele pode ter para seu futuro (GOSSENS et al., 2005). Nesse sentido, acredita-se que a atual prática ginecológica, baseada no modelo biomédico, cujo foco está no atendimento médico e não multidisciplinar, tem-se mostrado pouco eficaz para suprir as expectativas de mulheres com DPC (PRICE et al., 1999). O fato de 50% das mulheres com DPC não receberem um diagnóstico específico na consulta médica gera um sentimento de desamparo e desesperança na terapêutica proposta, o que definitivamente influencia, de maneira negativa, no resultado final do tratamento da doença (GOSSENS et al., 2005; CHEONG et al., 2006).

A expectativa é um aspecto relevante para mulheres com DPC, influenciando diretamente a satisfação dessas pacientes. Em um estudo prévio, investigou-se a satisfação do paciente nas dimensões de afeto, cognitivo e expectativa na consulta inicial e após seis meses, relacionando ao seu atual nível de dor. O componente afetivo descreve a interação social e resposta emocional sentida pela paciente. O aspecto cognitivo refere-se à memória e entendimento da paciente sobre a doença. Paciente e médico foram avaliados no momento da primeira consulta, e, após seis meses, pacientes passaram por uma segunda avaliação referente à sua visão retrospectiva da primeira consulta e atual nível de dor. Para análise das três dimensões abordadas foram usados dois questionários, com quatro e doze itens, aplicados

respectivamente, ao médico e paciente no momento da primeira consulta e exclusivo ao paciente após seis meses. Para medida da dor utilizou-se a Escala Analógica Visual (EAV). O resultado do estudo encontrou um significativo relacionamento entre menores níveis de dor e índices positivos de satisfação na consulta inicial, ou seja, pacientes com níveis de dor atual maiores mantêm lembranças menos favoráveis da consulta inicial (CHEONG et al., 2006). Esses resultados sugerem, portanto, que a qualidade da consulta médica e o grau de expectativa da paciente são elementos que influenciam na resposta da mulher ao tratamento (GALER et al., 1997; CHEONG et al., 2006).

Frente a esta realidade é possível considerar que as bases filosóficas que norteiam a formação e prática médica atual, modelo Flexneriano, não tem formado profissionais sensibilizados nem suficientemente instrumentalizados para lidar com as múltiplas dimensões da DPC enquanto um processo saúde-doença, assim como para assistir de forma holística e integral a mulher portadora desta manifestação. Avaliando o exposto acima, podemos questionar o porquê da baixa resolutividade ligada à assistência da mulher com DPC embasados na hipótese de que grande parte desta deficiência se deve ao modelo educacional no qual os profissionais foram formados. Assim, buscando respostas para esse fato, entendo que conhecer de forma concreta, do ponto de vista profissional, os problemas relacionados a esse tipo de assistência pode nos possibilitar a identificação de algumas das lacunas na formação médica que influenciam a qualidade dos cuidados oferecidos aos portadores desse tipo de doença e contribuir com a transformação e melhoria na assistência a essas mulheres. Nesse sentido, o presente estudo se propõe a conhecer a percepção de profissionais médicos sobre a assistência da mulher portadora de DPC (PAGLIOSA et al., 2008)

Com base no objeto de estudo explorado neste trabalho, acreditamos ser a pesquisa qualitativa o método mais adequado para oferecer as respostas indagadas. No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde busca-se entender o significado individual ou

coletivo do fenômeno para a vida das pessoas, tornando-se essencial saber o que os fenômenos da doença significam para ela, já que baseado nesse significado a pessoa organizará sua vida, incluindo os cuidados à saúde (DALMAU-CAROLA, 2005). Ou seja, essa metodologia possibilita apreender a complexidade do fenômeno a ser estudado, trazendo para a análise o subjetivo e o objetivo dos sujeitos sociais, de acordo com suas visões de mundo.

***OBJETIVO***

---

## **2. OBJETIVO**

Conhecer a percepção de profissionais médicos acerca da assistência de mulheres portadoras de dor pélvica crônica.

# ***TRAJETÓRIA METODOLÓGICA***

---

### **3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

#### **3.1 Referencial Teórico**

##### **3.1.1 Modelos assistenciais**

Os sistemas de saúde, organizações e suas formas de interagir se mostram diferentes quando os observamos ao longo da história nas diversas localidades onde estão inseridos assim como na forma como são abordados. Durante praticamente todo o século XX o hospital e seu quadro médico ocupou uma posição central nos sistemas de saúde em quase todos os países do ocidente. No entanto, essa realidade não foi sempre predominante, os hospitais situavam-se próximos às igrejas, recebiam todo tipo de pessoas necessitadas e tinham como objetivo, mesmo se tratando o doente, a cura dos seus males e salvação da alma. Podemos dizer que o hospital na idade média foi mais um locus religioso do que um estabelecimento sanitário. A partir dos séculos XVIII e primeira metade do século XIX os hospitais passam a sair da gestão da igreja passando a ser geridos pelo estado, tornando-se progressivamente local de doentes e médicos. Seja em função do ensino ou da prática o médico passou a ligar-se cada vez mais ao ambiente hospitalar (FOUCAULT, 1980). À medida que a clínica foi se desenvolvendo, a atribuição de diplomas médicos passa a depender não apenas da presença efetiva dos estudantes nas aulas de anatomia das salas das academias, mas também da prática clínica nas enfermarias à cabeceira do doente internado. Esta articulação recém iniciada entre médicos e hospital vai mudar profundamente a vida dos dois. A saúde do corpo vai substituir progressivamente a salvação da alma e a clínica, recém nascida, muda seu enfoque da doença enquanto uma condição abstrata para o indivíduo como um corpo doente que demanda uma intervenção individual. Seguindo-se essa tendência biomédica, torna-se predominante, na segunda metade do século XIX, a teoria bacteriológica de Pasteur, sendo adotada uma nova

forma de linguagem e abordagem para descrição das doenças e prática médica e a inclusão dos laboratórios. O médico já não depende apenas do seu conhecimento clínico e do seu estetoscópio. A partir deste período tem início um novo paradigma científico onde a história natural da doença é denominada pelos fatos biológicos e sua história social é praticamente abolida. O tratamento e a prevenção das doenças para de ter relação com a redução da pobreza, passando a demandar outros mecanismos. Nas anamneses de médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde este fenômeno mostra sua face até os dias atuais (FARIA et al., 2010).

O hospital passou a ser o centro mais importante de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados médicos. E esta associação entre hospital, medicina e uma determinada visão científica - no caso em questão a biologia - vão se constituir no pensamento hegemônico da segunda metade do século XIX e da primeira metade do século XX, quando inúmeras tecnologias foram incorporadas pelo hospital, paralelamente aos avanços da ciência. Provavelmente, a esta altura, expressões como “hospitalo-cêntrico”, “médico-cêntrico” e “visão biológica e reducionista” passam a fazer mais sentido (CECILIO, 1997). No entanto, a década de 70 foi marcada pela crise da saúde, a qual guarda íntima relação com a crise econômica pela qual passava o país. Tal crise impôs limites bastante rígidos para os gastos públicos em saúde. Nesse período foram evidentes os limites da biomedicina, por exemplo, na pouca efetividade das ações deste modelo no enfrentamento dos problemas de saúde gerados pelo processo acelerado de urbanização do período (CECILIO, 1997). Do ponto de vista demográfico e epidemiológico, a população brasileira envelhecia e adoecia não por doenças infecciosas, mas por doenças crônico-degenerativas. Essas mudanças alteraram a demanda por serviços de saúde e exigiram a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções (CANESQUI, 2000). O raciocínio clínico categórico de lesões objetivadas teve de enfrentar indivíduos com sintomas difusos e descontextualizados, levando os profissionais

a lançar mão de exames e instrumentos cada vez mais complexos para diagnosticar doenças. Doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer. Foi, portanto, considerável a ampliação nos custos do sistema de saúde, os quais, no entanto, não foram acompanhados pela melhoria dos indicadores de saúde. Neste contexto, a importância e a legitimidade do hospital, com sua espiral tecnológica e científica e o processo de especialização médica começaram a ser questionados em sua capacidade de melhorar a qualidade de vida ou os indicadores de saúde (FARIA et al., 2010).

Paralelamente a essas críticas quanto a prestação dos serviços médicos e, talvez em decorrência delas, a década de 80 foi permeada pela criação de planos de intervenção que culminou na adoção do modelo SUS, objetivando a longo prazo uma reforma sanitária. A implantação do SUS acentuou as críticas aos discursos e práticas que colocam em cheque a centralidade do hospital no sistema de saúde. Percebe-se então que o modelo hegemônico de assistência adotado no Brasil centrado na medicina especializada e em hospitais passou, nos finais das décadas de 70 e 80, por uma crise que mostra seus efeitos até os dias de hoje. No entanto, o sistema de saúde no Brasil ainda é fortemente centrado nos médicos e hospitais (FARIA et al., 2010).

Levando-se em consideração o grande e continuado desenvolvimento da tecnologia e da ciência no campo da medicina, e sua incapacidade para reverter o cenário apresentado, justifica-se de maneira razoável a busca de outras racionalidades em saúde por parte de grupos sociais distintos (profissionais e paciente), os quais são regidos por paradigmas diferentes daqueles da medicina científica. Acredito que o desenvolvimento de concepções e teorias no interior do próprio saber médico possa favorecer abordagens holísticas do adoecer e do tratar, uma vez que abre o campo explicativo da medicina para outros paradigmas distintos daquele adotado pela biomedicina (MADEL, 1997). Nesse sentido, na atualidade, em

contraposição ao termo biomédico, o termo humanismo entrou para a pauta de prioridades na saúde como política, como proposta, como debate, como tema de pesquisa e por meio do vocábulo “humanização” (DESLANDES, 2006). Tal termo no setor saúde corresponde a um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações. A seguir, serão descritas algumas considerações sobre os conceitos: biomédico e humanização.

### **3.1.2 Modelo biomédico e humanização**

O modelo biomédico tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do renascimento e toda revolução artística cultural que ocorreu nessa época, assim como está associada ao projeto expansionista das duas metrópoles Portugal e Espanha, cujo interesse comercial com as Índias demandava o surgimento de instrumentos técnicos como bússolas, caravelas que demandassem grandes navegações. Nesse período, muitos estudiosos, através de suas teorias, contribuíram para o nascimento de uma nova visão de mundo. A citar, René Descartes (1596-1650), considerado pai do racionalismo na moderna filosofia, através do *Discurso do Método*, no qual se constituem os fundamentos de sua nova forma de conhecimento embasado em provas e evidências concretas (que persistem na medicina até os dias atuais) (DESCARTES, 1960). Igualmente Isaac Newton, a quem coube a criação das teorias matemáticas; ambos confirmaram a visão cartesiana do corpo e do mundo como uma grande máquina a serem explorados. Ao mesmo tempo em que a mecânica newtoniana possibilitou explicações para muitos fenômenos na vida, a medicina mecanicista forneceu aos médicos instrumentos para que pudessem lidar de forma cada vez mais satisfatória com doenças do cotidiano (BARROS, 2002).

Com essa nova visão de mundo o alvo médico passou a ser a doença em detrimento do doente e passou, segundo Bennet (1987), de uma abordagem *biográfica*, na qual priorizava-se o cuidado ao doente/indivíduo em seu contexto de vida para uma abordagem *nosográfica*, na

qual se privilegia o tratamento da doença, em seus aspectos fisiopatológicos (BENNET, 1987). Graças a sua insistência na relação causa-efeito, o modelo biomédico trouxe inúmeras contribuições para a medicina, como a descoberta da circulação sanguínea, vacinas, dentre outras, não se podendo, portanto, negar os benefícios dessa abordagem para o mundo. No entanto essas descobertas exigiam um modelo que explicasse o funcionamento do corpo, que antes dessa nova visão era tido como *interação harmônica das partes*. Nesse sentido, a analogia entre o corpo humano e as engrenagens de um relógio parecera elucidar a nova visão de mundo. A adesão às práticas biomédicas se deve, em grande parte, a seu poder resolutivo com relação às doenças, não agindo diretamente nas causas, e por isso mesmo, avaliando as partes em detrimento do todo. Esse modelo foi hegemônico por quase 14 séculos (BARROS, 2002).

No contexto de assistência às mulheres portadoras de dpc, o atual modelo biomédico mostra-se limitado e não possibilita conhecer todos os aspectos envolvidos na DPC, dado às numerosas queixas sobrepostas à dor física. O mecanismo de aproximação biomédico é alicerçado em uma estrutura dualista entre corpo e mente, a qual fragmenta a etiologia da DPC em causas físicas ou psicossociais (GRACE et al., 2007). No entanto, o discurso das mulheres na consulta médica, mais do que uma descrição de sintomas, representa o significado de suas experiências dolorosas, as quais não se reduzem a expressão de características biológicas. De acordo com Grace (1998), aspectos biológicos e psicossociais não apenas interagem na produção da dor, mas co-produzem essa experiência (GRACE, 1998).

A maior parte das explicações acerca da DPC privilegia o enfoque biológico, sendo a dor caracterizada como uma reação física que afeta o equilíbrio do organismo. No entanto, esta perspectiva, bem coerente com o modelo biomédico, tem cedido espaço para as atuais concepções de dor. Mesmo no que se refere à definição proposta pelo IASP, citada

anteriormente no presente texto, percebe-se um esforço em ampliar a linearidade das explicações biológicas. A preocupação com a relação entre saúde e doença tem acompanhado a civilização desde os primórdios de sua existência, sendo relativamente recente a proposta de compreensão da dor enquanto um fenômeno multidimensional. Somente a partir da década de 60, como já descrito, passou-se a questionar a ênfase sobre a tradicional orientação biomédica da assistência à saúde, apontando para a necessidade de ampliação da perspectiva social da medicina (FLORES et al., 2008). Essa perspectiva de atenção à saúde, denominada biopsicossocial, tem sido, ainda que timidamente, observada entre os profissionais, através da adoção gradativa de análises mais integradas de processos fisiológicos, psíquicos e sociais entre variáveis que poderiam ser responsáveis pelas desordens na saúde dos indivíduos, assim como na redução da ênfase sobre a medicina curativa, com o fortalecimento de estratégias que priorizem a adesão e enfrentamento dos tratamentos de saúde.

A proposta de uma assistência embasada no modelo biopsicossocial está intimamente relacionada à tentativa de resgate da humanização da assistência à saúde. A humanização da atenção à saúde tem se mostrado um tema de grande interesse e objeto de muitos debates no âmbito da saúde brasileira nos últimos anos. Segundo Deslandes classifica humanização como oposição à violência, aceitação do outro e reconhecimento de sua alteridade, juntamente com a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, equilibrando o uso de avanços tecnológicos com o bom relacionamento (DESLANDES, 2004). No que concerne a literatura brasileira sobre humanização, a questão do uso de tecnologias ganha um considerável destaque, sendo vista como uma proposta de articulação inseparável entre o bom uso de tecnologias na forma de equipamentos, procedimentos e saberes com uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos. Busca-se a superação de uma antiga dicotomia, considerando que não será possível transformação das práticas de saúde sem o

deslocamento dessa confortável estabilidade acrítica dos princípios biomédicos que são usados para avaliar e validar as ações na saúde (DESLANDES, 2006).

### **3.2 A opção pela pesquisa qualitativa**

A compreensão do fenômeno da DPC leva-nos a caminhar para um universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, e esse conjunto de elementos, para ser analisado, necessita de uma metodologia qualitativa (MINAYO, 2002). Na abordagem qualitativa interessa não a compreensão do fenômeno em si, mas seu significado para os indivíduos, o qual é influenciado por características culturais, sociais e econômicas particulares. Por isso é fundamental conhecermos as diversas significações da DPC entre diferentes culturas e países, sendo extremamente relevante e original a realização destas pesquisas qualitativas em serviços específicos como a descrito no presente estudo.

Alguns dos aspectos do referencial metodológico adotado, que justificam sua relevância para o objeto de estudo proposto são (DALMAU-CAROLA, 2005):

- Possui uma atitude científica de buscar a compreensão da dinâmica do ser humano;
- Há uma interpretação dos significados dos fenômenos;
- Os temas focalizam ocorrências específicas para o estudo;
- Os procedimentos utilizados no projeto são ajustáveis à necessidade do investigador;
- O pesquisador é o instrumento do estudo;
- Há uma confrontação dos novos conceitos com os construídos em outras pesquisas;
- A construção teórica inicial é no mínimo ampliada, reformulada, corrigida ou elucidada.

A pesquisa científica requer uma discussão ética pertinente quando o alvo da investigação implica em aspectos da natureza humana, o que é potencializado quando os objetos são os próprios humanos (BOEMER, 2003). Em geral, a metodologia adotada depende da natureza do objeto em estudo (MINAYO, 2002). Dessa forma, no presente estudo, os métodos qualitativos mostram-se mais adequados para buscar compreender as experiências vividas por profissionais no atendimento da DPC.

Frente aos desafios inerentes a doença em questão a pesquisa qualitativa mostrou ser o método mais apropriado para apreender a perspectiva do profissional médico acerca do atendimento de mulheres portadoras de dpc, explorando as contribuições dessa investigação para o cenário clínico.

### **3.3 Local de estudo**

O presente estudo compreendeu o trabalho de campo com o uma fase indispensável e essencial à pesquisa qualitativa. O local de estudo foi marcado pelo encontro da teoria com o empírico, caracterizando-se como um momento ímpar. O trabalho de campo foi realizado no Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (AGDC-HCFMRP-USP). Este é um hospital de nível terciário, que oferece um serviço especializado destinado ao atendimento de mulheres portadoras de dor pélvica crônica, realizado todas às sextas-feiras no período da manhã. A assistência é oferecida por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos ginecologistas, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos.

O acesso da mulher portadora de DPC a esse serviço terciário ocorre via sistema de referência e contra-referência com o setor primário ou secundário. O fluxo de atendimento inicia-se pela triagem para confirmação ou não do diagnóstico de DPC, uma vez que o mesmo é essencialmente clínico. Na seqüência, após confirmação diagnóstica, ocorre a consulta

inicial (caso novo). Neste momento, além da avaliação médica, a paciente passa por uma avaliação psicológica realizada através do preenchimento de instrumentos de rotina do ambulatório, os quais visam avaliar possíveis níveis de ansiedade, depressão e intensidade da dor. Adicionalmente, nesse momento, são coletados dados sociodemográficos que comporão a base de dados de pacientes portadoras de DPC. Encerrada essa etapa, é realizada a pós consulta, na qual a paciente recebe da equipe de enfermagem orientações sobre encaminhamentos, medicações e auto-cuidado.

### **3.4 Sujeitos do estudo**

Fizeram parte da pesquisa sete profissionais médicos que atuavam no local de estudo referido e que concordaram em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Prestar assistência a mulher portadora de DPC foi o critério usado para inclusão dos participantes neste estudo. Inicialmente, objetivamos recrutar profissionais de dois extremos, uma parcela com pouco tempo de experiência com esse tipo de assistência (cerca de uma no máximo) e outra com um tempo experiência significativo (mais do que cinco anos), a fim de que pudéssemos, de certa forma, ter uma percepção abrangente da visão médica em fases distintas da trajetória profissional. No entanto, não percebemos, durante as análises, diferenças significativas entre as visões dos participantes, e por isso, apresentamos os resultados sem distinguir o grau de formação dos mesmos. O recrutamento dos participantes ocorreu nos ambulatórios de DPC às sextas-feiras, no momento dos intervalos entre os atendimentos, quando os objetivos e técnicas a serem utilizadas no estudo eram apresentados aos candidatos pelo pesquisador principal. O critério utilizado para finalizar a etapa de coleta dos dados foi a técnica de saturação dos dados, definido como o momento no qual é suspensa a inclusão de novos participantes diante da repetição de informações, que na visão do pesquisador tornam-se redundantes e repetitivas (FONTANELLA, 2008). O tamanho

amostral foi similar a outros estudos qualitativos que tratavam da percepção de mulheres a respeito da dpc (PRICE et al., 2006).

### **3.5 Coleta de dados**

A coleta dos dados foi realizada através de entrevista, que segundo Minayo (2007) e Hagueta (1995) é definido como um processo de interação social entre duas pessoas, estando o entrevistador em busca de informações que sejam pertinentes ao universo do entrevistado (MINAYO, 2007; HAGUETTE, 1995). Na busca pela percepção dos profissionais médicos, que atuam no Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do Hospital das Clínicas, acerca do atendimento de mulheres portadoras de DPC, utilizamos a entrevista semi estruturada, técnica essa que permite dar voz ao entrevistado, a fim de que não sejam impostas as concepções e categorias do pesquisador, assim como para que seja produzido um material fidedigno à visão do entrevistado (SPINK, 2004). Inicialmente, foi realizado um estudo piloto, a fim de testar a efetividade do instrumento elaborado para coleta dos dados conforme os objetivos propostos no estudo, assim como situar o pesquisador no contexto de entrevistas. Após essa fase, a coleta de dados ocorreu em ambiente reservado, livre de ruídos e interferências externas. A duração das entrevistas variou entre 25 e 40 minutos, sendo os horários das mesmas, previamente agendados, conforme disponibilidade do participante. O instrumento (ANEXO B) utilizado para coleta dos dados, roteiro semi estruturado, foi elaborado de acordo com os interesses expostos no objetivo. Ou seja, buscou-se abranger todos os aspectos ligados ao momento da assistência destinada às mulheres portadoras de DPC.

### **3.6 Aspectos Éticos**

Todos os participantes assinaram antes de sua participação na pesquisa um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A), cuja elaboração seguiu os preceitos

estabelecidos pela resolução n° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho nacional do Ministério de Saúde. Segundo tal resolução, o TCLE deve constar os objetivos da pesquisa, explicações sobre a forma de participação do possível entrevistado, o tipo de entrevista e o assunto a ser discutido, esclarecimentos de que a entrevista seria individual, realizado em local seguro e escolhido pelo entrevistado, a fim de preservar a identidade e integridade do participante, além de esclarecimentos sobre a disponibilização do material para que o participante possa alterar ou omitir qualquer dado citado.

O projeto de pesquisa teve início apenas após aprovação da Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP-USP e do Comitê de Ética da mesma entidade (ofício n° 426/2008 – ANEXO C). Os princípios de confiabilidade dos dados obtidos, manutenção da autonomia dos participantes, sigilo à identificação pessoal e beneficência / não-maleficência dos propósitos foram respeitados.

### **3.7 Análise dos dados**

Segundo Minayo, a análise dos dados qualitativos envolve um conjunto de operações, reflexões e recomposições dos dados, a fim de que possa ser identificado o significado do fenômeno estudado. Este momento deve ser realizado de maneira concomitante à coleta dos dados (MINAYO, 2007). Para alcançar os objetivos propostos no presente estudo, optou-se pela realização da análise de conteúdo, conforme sugerido por Laurence Bardin (BARDIN, 1977). Esta análise é composta pelas seguintes etapas:

#### **3.7.1 Pré-análise**

Após transcrição das entrevistas foi realizada a leitura do material para ter um primeiro contato com o conteúdo, denominada leitura flutuante, que permite que o investigador se familiarize com o conteúdo extraído das entrevistas e, com base nos objetivos

do estudo, inicie a formulação de hipóteses. Nesse momento realizou-se a organização do material com base nas similaridades do conteúdo, visando uma pré-categorização.

### **3.7.2 Exploração do material**

Esta fase é marcada pela leitura exaustiva do material, a fim de que sejam definidas as unidades de significado. O critério utilizado para elaboração dessas unidades de significado é semântico, ou seja, pode ser uma palavra ou um tema.

Foi necessária a realização de várias leituras. Nesse momento o texto foi desmembrado, sendo classificado em categorias e oferecendo um entendimento simplificado dos dados brutos da pesquisa. Os significados que os profissionais atribuíam ao atendimento das mulheres portadoras de dpc, assim como a visão deles quanto à própria mulher tornaram-se mais claros nesse momento da análise. Essa é a fase mais longa e que tem aplicação do que foi definido na fase anterior, ou seja, os dados foram classificados de acordo com o estabelecido na pré-análise.

### **3.7.3 Análise e interpretação dos resultados**

Nessa fase se deu a definição das unidades temáticas do estudo e o tratamento dos resultados, através da realização das inferências e interpretação dos conteúdos agregados.

## ***RESULTADOS***

---

#### 4. RESULTADOS

Os participantes incluídos no estudo foram médicos responsáveis pela assistência de mulheres portadoras de DPC do Ambulatório do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (FMRP-HC-AGDC). Esses profissionais apresentaram idade com mediana 30 anos (27 – 58). O nível de formação variou desde residentes do primeiro ano até docentes e o tempo de experiência na assistência de mulheres com DPC variou entre um e dez anos. O tempo de experiência e nível de formação dos profissionais não interferiu nos resultados apresentados, ou seja, não houve diferenças significativas (que indicassem a necessidade de criação de novas categorias temáticas) entre as respostas dos participantes.

Para entender a percepção de profissionais acerca do atendimento de mulheres portadoras de dor pélvica crônica foi necessário conhecer suas vivências no cenário de assistência. Tentamos compreender, através da análise detalhada da fala destes sujeitos, suas experiências desde o processo de formação até a prática clínica exercida enquanto profissionais. Dessa forma para uma melhor compreensão dos dados será apresentada uma categoria temática central seguida de seus núcleos de sentido. A categoria e núcleos de sentido foram construídos a partir dos dados, ou seja, das falas dos sujeitos, e a interpretação dos mesmos se deu com base no referencial teórico e objetivo descrito no estudo.

**Categoria temática central**

Formação e Prática médica



**Núcleos de sentido:**

- Conhecimento dos profissionais sobre DPC
- Visão estereotipada da mulher portadora de DPC e da doença
- Relação médico-paciente
- Modelo tecnicista
- Equipe interdisciplinar

#### 4.1 Conhecimento dos profissionais sobre DPC

A fala dos profissionais mostra inexperiência com relação à temática DPC, eles relatam pouco contato com esse tipo de atendimento na graduação, início da residência e mesmo após alguns anos de experiência prática. Referem dificuldade em aplicar a teoria da DPC à prática clínica, acreditam ser este um tipo atendimento mais empírico, no qual nem sempre é possível relacionar as queixas, sinais e sintomas das pacientes ao conteúdo teórico descrito nos livros e artigos.

*P1: “... eu sentia uma necessidade de conhecer um pouquinho mais sobre essas patologias, sobre esse grupo de pacientes, que eu tinha uma dificuldade muito grande...”*

*P5: “... O aprendizado de dpc é muito mais teórico do que prático né... você aprende o que pode causar, mas nem sempre vai ter uma correlação com o que a paciente ta te dizendo, ela nem sempre vai falar ah, minha dor é assim, assim, assim então a gente pensa num direcionamento, geralmente não segue tanto o livro...”*

Segundo Lima e Trad (2007) a subjetividade da dor torna-a invisível e incomensurável, e, nesse sentido, levam profissionais médicos a terem dificuldades em lidar com um objeto que não se vê e apóia-se em uma imagem basicamente subjetiva. Lidar com a dor crônica tem representado um grande desafio para os profissionais, e apesar disso, ela não tem sido um objeto de estudo valorizado pelo curso médico, estando fortemente associada à idéia de lesão e proteção, ou seja, um sintoma que revela uma realidade subjacente a ser buscada e diagnosticada (LIMA et al., 2007). Todos esses fatores podem contribuir para a dificuldade relatada por esses profissionais em lidar com a dor crônica.

Adicionalmente, acreditamos que a valorização da especialização também expressa no discurso dos profissionais formadores possa enfatizar/agravar a situação descrita.

P3: “... eu acho que o ensino de dpc não é bom porque na graduação os alunos ficam muito pouco tempo dentro das especialidades, hoje em dia existe uma tendência das faculdades de medicina de centralizar o aprendizado dos alunos de uma maneira mais generalista não muito especialista, não muito de especialidades...”

P7: “... hoje nós temos várias aulas específicas de DPC, tem um pessoal mais especializado que ensina isso, então hoje o pessoal já tem uma noção melhor de várias causas de DPC, principalmente miofasciais, que a gente não abordava antes, são causas frequentes de DPC...”

Os altos níveis de especialização observados nos modelos educacionais utilizados no ensino médico atual nos remetem a idéia de fragmentação do ensino, no qual a lógica do aprendizado passa a priorizar as partes em detrimento do todo. Essa condição repercute diretamente sobre a assistência prestada, uma vez que profissionais estabelecem, nesse sistema de fragmentação, o biológico como prioridade. Embora a doença seja um fenômeno biológico e material, a resposta humana a esse evento não é biologicamente determinada ou aritmeticamente traduzível (GROSSMAN et al., 2006). As ações de saúde não implicam somente a utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação da terapêutica instituída. Saúde não é apenas processo de intervenção na doença, mas processo de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, sócio-econômicos e espirituais (PEREIRA, 2003). Esse contexto mostra que os currículos das faculdades ainda não preparam seus profissionais para assistir

integralmente o indivíduo, a atenção à saúde voltada às especialidades tende a obscurecer sua percepção e envolvimento com questões biopsicossociais, não correlacionando estes aspectos com o estado de saúde do indivíduo.

#### **4.2 Visão estereotipada dos profissionais acerca da doença e da mulher portadora de dpc**

Na literatura médica e psicológica sobre DPC, inúmeras estudos mostram problemas enfrentados pelos profissionais para manejo dessa doença. Por ser esta uma doença que, freqüentemente, existe na ausência de patologias físicas visíveis, ela tem sido considerada uma das condições mais conflitantes e mesmo frustrantes na prática clínica de ginecologistas (GRACE, 1995a).

Nesse estudo, alguns profissionais foram enfáticos ao relatarem seu desgosto por esse tipo de atendimento o que, inclusive, contradiz a inexperiência de alguns deles e o pouco conhecimento referido em suas falas. Percebe-se que essa visão tem se tornado um consenso entre profissionais em formação e especialistas. Tem-se criado um estigma em torno do cenário de assistência à DPC, no qual profissionais reproduzem a idéia negativa sobre a doença.

*P6: "... Eu acho assim, é cedo ainda pra falar, eu passei poucas vezes ainda no ambulatório, eh... eu acho um problema difícil de tratar, são pacientes difíceis então... eu não aprendi muito ainda sobre DPC né e também não estudei, não fui sozinho pesquisar, mas a gente tem os ambulatórios que a gente acompanha bem os pacientes, enfim, acho o aprendizado sobre o tema médio..."*

*P2: "... então, é paciente crônico, tem que ser médico e profissional da saúde que goste de paciente crônica, por isso que eu acho difícil o acompanhamento..."*

O atual modelo de assistência, pautado no conceito biomédico, tem induzido os profissionais a perceber os fatos dentro de um rigor mecanicista, que limita suas habilidades em extrapolar questões biológicas e abordar aspectos psicossociais e emocionais (KOIFMAN, 2001). Existe uma necessidade dos profissionais em materializar a doença em termos físicos, para a partir disso, haver a compreensão da condição e possível resolutividade. No entanto, mediante a complexidade da doença em questão, com seu caráter multifacetário, nem sempre é possível classificar a condição dentro de um critério médico de doenças, com terapêuticas e diagnósticos específicos. Nesse sentido são comuns relatos de insatisfação, frustração de profissionais e pacientes, ou até mesmo conflitos entre as partes envolvidas (PRICE et al., 2006). Segundo Salmon (2000), essa incerteza com relação à etiologia e tratamento da doença torna-se mais preocupante para o profissional já que pode representar uma ameaça à autoridade sobre a qual é estruturado o conhecimento e a prática médica (SALMON, 2000). Ainda, corroborando com os achados do presente estudo, Ponte (2005) mostra em sua pesquisa que 85% dos profissionais referem frustração quando lidam com pacientes portadores de dor crônica (PONTE et al., 2005).

*P1: “... é difícil né, o médico tem mania de querer resolver tudo e tudo que às vezes você não consegue achar uma causa... porque nem sempre na DPC você consegue achar uma causa que é tratável, às vezes você até acha que encontrou alguma coisa, mas você não consegue resolver o problema da paciente, o que causa uma certa frustração assim, nesse sentido que eu não gosto muito...”*

O despreparo dos profissionais em lidar com a dpc tem repercutido não somente sobre a visão negativa da doença, mas sobre a própria mulher portadora, a qual tem sido vista sob um estereótipo de *poliqueixosa, chata e problemática*.

P7: “... Agora, é uma paciente difícil né, a gente vê muito isso... Até o seu trabalho aí é por isso mesmo, porque os residentes, as pessoas mais jovens que não tem experiência ainda, eles chegam e falam “ aí essa paciente não dá pra atender, queixa de tudo, poliqueixosa, e num dá, num dá pra atender, ela dói tudo...rsrsrrs....nada serve, nada cura e dói tudo”, então eles ficam... por essa própria... quando você desconhece alguma coisa você tem, você cria uma barreira né, e isso, elas as pacientes tem...”

P3: “... a pessoa já vai atender com um pouco de “ah, a paciente é poliqueixosa”, não tem nada disso, tem um pouco de , como se diz, será, um certo preconceito mesmo com a paciente, a paciente já é vista com maus olhos por quem vai atender, de ser aquela paciente chata...”

P1: “... Perfil de mulheres com problemas sociais e familiares importantes, pelo menos eu acho, as que eu tive oportunidade de conhecer são sempre mulheres muito difíceis, uma abandonada pelo marido, outra com filhos mortos em acidentes, outra abandonada pela família, outra com problema psiquiátrico já bem estabelecido, então dor assim sempre tem alguma coisa assim, relacionada...”

P2: “...é uma paciente muito queixosa, é uma paciente que acaba tendo muita ansiedade, depressão... é uma paciente CHATA, quando você pensa do ponto de vista social ou mesmo familiar, é uma paciente que ta queixando constantemente ou o tempo todo, isso pro núcleo familiar...”

O estigma adquirido pelas mulheres entre os profissionais médicos responsáveis pelos cuidados está também associado à cronicidade da doença que traz, de maneira implícita, a dificuldade de acompanhamento pelos profissionais, uma vez que é imposta para esse tipo de assistência limitações diagnósticas e terapêuticas e, conseqüentemente, uma baixa resolutividade.

### 4.3 Relação médico-paciente

A visão estereotipada desenvolvida pelos profissionais, tanto com relação à doença quanto à própria mulher, no decorrer de sua formação e experiência profissional tem relação estreita com o relacionamento médico-paciente e com o modelo tecnicista (que será discutido na próxima seção) prevalente nos contextos de assistência. Em consequência do estigma existente na visão médica sobre estas mulheres, se estabelece uma barreira comunicacional entre o binômio, acarretando um desencontro entre as reais necessidades das mulheres dentro de sua condição de cronicidade e o tipo de cuidado oferecido pelos profissionais, com suas crenças e valores implícitos ao modelo de formação. Tal modelo, embasado em valores e ideologias que sobrepõe sintomas físicos a qualquer outra questão, (seja ela de fundo psicológico ou emocional) se opõe ao caráter multifacetário da DPC enquanto uma condição de origem física e psicossocial e leva, muitas vezes, profissionais a atribuírem à dor uma origem psicológica, ou ainda, “imaginária”. Nesse sentido, profissionais e pacientes tornam-se cada vez mais distantes nesse contexto de assistência, onde o vínculo terapêutico é, muitas vezes, substituído por uma relação de desconfiança.

A fala destes entrevistados mostra que, apesar de haver o reconhecimento da importância da comunicação médico-paciente, estes não possuem habilidades de comunicação necessárias para criar o “vínculo” durante a consulta. Em determinadas falas fica claro sua insegurança quanto a qual seria o “ponto limite” entre a crença e descrença sobre o discurso das mulheres.

P4: “... tem que dar atenção pra queixa da paciente, valorizar, mas também não pode supervalorizar o que ela tá falando pra não ajudar a colocar todo o problema da paciente naquela dor pélvica... você pode tá piorando o aspecto dela de somatizar um pouco a dor, se for o caso né...”

P3: “... isso é muito difícil de você conseguir, essa ligação com a paciente a ponto dela ser completamente aberta pra você, expor todos os traumas e todas as situações que ela vivencia e vivenciou, que levaram ela a ter essa DPC, as vezes é difícil. Então por isso que eu falei, é muito difícil, voce não consegue aprofundar a relação com a paciente e muitas vezes você acaba ficando muito superficial... você não cria esse vínculo...”

Segundo Lima e Trad (2007), a crença em algo tão subjetivo, a superação da desconfiança e a compreensão de que o pilar do processo terapêutico é a relação de confiança entre profissional e paciente é um aprendizado lento. A dor é apenas um dos elementos de sofrimento do sujeito, sendo por isso fundamental saber que lugar ela ocupa na vida do indivíduo (LIMA et al, 2007).

P2: “... Então o atendimento tem que ser feito com mais tempo, com mais cuidado, com muita conversa, uma terapia de apoio muito grande para essa paciente, você tem que quebra uma coisa que é a desconfiança né...essa paciente chega com uma desconfiança imensa, ela ta procurando um local a mais pra tentar resolver o problema dela que já ta sendo, tem gente que 5 anos, 6 anos, 10 anos, ela já passou com cinco, oito , dez profissionais e ninguém conseguiu na realidade resolver isso, então ela chega com uma desconfiança muito grande... você pode ter os melhores equipamentos, mas se a paciente não tiver essa confiança o resultado se torna mais complicado...”

P3: “...diagnóstico de DPC, ponto simples, é meramente clínico né, e isso é muito subjetivo, toda vez que você tem alguma coisa que é muito clínica acaba ficando subjetivo é, qual é a dor que realmente afeta a atividade habitual do paciente, isso é subjetivo, a paciente que tem que te falar, não sou eu que tenho que fazer esse diagnóstico, eu acho que ainda é falho... Então, da mesmo maneira como é muito

---

*subjetiva a avaliação diagnóstica, o tratamento acaba ficando...não subjetivo, mas ele acaba ficando a “quendas” talvez das necessidades...”*

Um estudo realizado por Ruiz-Moral (2006) mostra que o estilo de comunicação dos profissionais médicos tem sido marcado pelo uso escasso de habilidades de comunicação, sendo poucos os profissionais que exploram durante a consulta aspectos como emoções dos pacientes, expectativas e humor ou estilo de vida. Contraditoriamente, a satisfação dos pacientes está diretamente relacionada à maneira como foram tratadas durante a consulta, para estas mulheres, são atitudes significativas serem chamadas pelo primeiro nome, perceberem o interesse profissional sobre como a doença afeta suas vidas, assim como pelo seu círculo social e familiar (RUIZ-MORAL et al., 2006) .

O processo de comunicação ideal é algo difícil de ser definido, mas está relacionado à habilidade do médico em compreender o estilo de comunicação do seu paciente e ajustar-se a ele, a fim de promover maior satisfação e eficiência para ambos. Isso significa que médicos devem mostrar respeito, empatia e interesse nas idéias, medos, expectativas e opiniões de seus pacientes; aceitar a participação destes na tomada de decisões e prover informações que sejam claras e adequadas para suas necessidades e nível educacional (STEWART et al., 1995). A habilidade comunicacional é considerada uma competência fundamental, sendo inclusive, favorável para ao desempenho de outras capacidades, tais como alcance de maior precisão diagnóstica (MARVEL et al., 1999), redução do número de processos legais (LESTER et al., 1993), maior aderência do paciente à terapêutica instituída, aumento da satisfação de profissionais e paciente, otimização do uso dos recursos de saúde e melhores resultados no tratamento de inúmeras condições clínicas (STEWART et al., 2000; ALAMO et al., 2002).

#### 4.4 Modelo tecnicista/Intervencionista

Como citado anteriormente, a visão estereotipada, assim como o relacionamento médico-paciente deficiente e o modelo tecnicista possuem uma relação estreita no sentido de que contribuem para acentuar os conflitos e irresolutividade que marca o contexto de assistência à DPC. No que concerne o caráter intervencionista da assistência à saúde para DPC, ressaltamos uma estrutura de serviço, cujo eixo de produção se apóia em procedimentos técnico instrumentais, deixando para segundo plano a questão do acolhimento. A principal finalidade da assistência à DPC tem sido diagnosticar e tratar, deixando de lado outras necessidades relacionadas ao processo saúde-doença. Tal situação leva-nos, novamente, a questionar qual seriam as reais necessidades de saúde da mulher portadora de DPC? Esse intervencionismo exagerado, caracterizado pela tirania de exames complementares, excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções e desatenção com aspectos emocionais e psicossociais provem da progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica da medicina contemporânea (DESLANDES, 2006).

Esse cenário marcado pelo uso excessivo de tecnologias, impulsionadas pelo modelo biomédico, revela-se nas falas dos participantes deste estudo, os quais se mostram dependentes do avanço tecnológico para assistência do indivíduo. Inicialmente, essa dependência pode estar ligada à necessidade de visualização (materialização da dor no biológico) da doença que aflige o corpo, para, a partir disso, oferecer um diagnóstico preciso e definitivo para a condição da mulher, alcançando a almejada resolutividade. No entanto, outro aspecto apontado pelos mesmos como justificativa a essa dependência tecnológica é a dificuldade em compreender as queixas das mulheres, as quais segundo eles são subjetivas e geram, por isso, necessidade da adoção de métodos invasivos para o diagnóstico preciso. O uso de tecnologias em detrimento do processo comunicacional, considerada a base do trabalho inerente a prestação de serviços médicos, é uma condição própria do discurso tecnocientífico,

sendo fundamental romper o monólogo e poder ouvir o outro e fazer-se ouvir não como um sujeito (profissional de saúde) e seu objeto (paciente), mas como dois sujeitos (profissional e paciente) e seu objeto mediador (doença) (DESLANDES, 2006).

P4: *“... Eu acho que como os sintomas são muito vagos... às vezes o que você conseguiria fazer com um exame clínico às vezes a paciente não consegue te informar direito aí você acaba tendo de partir pra uma coisa mais invasiva...”*

P1: *“... diagnóstico de DPC é um problema, eu acho que assim, a gente ainda é falho, eu acho que falta alguns mecanismos, assim, não que no nosso serviço falte alguma coisa, mas na verdade DPC é um diagnóstico clínico, que muitas vezes é secundário a alguma doença que necessita de um exame de imagem, dosar alguma coisa no sangue, alguma coisa que justifique a dor pélvica dela...”*

P6: *“...Eu acho que as opções terapêuticas são limitadas, a gente tem algumas patologias da DPC que a gente consegue sim ainda identificar, mas é limitado porque chega um certo ponto e você não consegue prosseguir em termos de investigação e acaba se baseando muito na sua experiência clínica ou com a doença, com o processo... tem muito coisa que é meio, um pouco empírica né, tem ainda um substrato, algumas coisas que são feitas, são feitas de maneira mais práticas do que na realidade se entendendo muito bem da fisiopatologia...”*

P1: *“... Pra diagnóstico você tem métodos adequados, agora muitas dessas alterações são funcionais mesmo e você precisa de exame clínico, precisa muito de exames, uma grande porcentagem delas você faz o diagnóstico com exame clínico ou suspeita diagnóstica, e hoje você tem, pra confirmar isso aí não falta. Você tem a dificuldade de entender todos os aspectos (biológicos) envolvidos aí, mas depois que você entende você faz o diagnóstico, métodos pra fazer diagnóstico você tem disponível...”*

Os achados de Grace (1995) e Price (2006) corroboram com o presente estudo, segundo estas autoras, muitas mulheres referem um sentimento de rejeição pelo profissional que, na visão delas, subestima suas queixas (PRICE et al., 2006) e definem os sintomas a partir de resultados de exames (GRACE, 1995). Estas acreditam não ter seus anseios supridos durante a consulta.

#### **4.5 Necessidade de equipe multidisciplinar**

Existe na fala dos profissionais a valorização da equipe multidisciplinar, no entanto, esse reconhecimento está associado à necessidade de suprir suas dificuldades em lidar com aspectos que fogem ao domínio técnico experimental, ou seja, a visão holística. Nesse sentido passam para outras categorias profissionais a responsabilidade de abordar questões que ultrapassam o biológico, fragmentando mais uma vez o cuidado. No cenário de assistência à DPC esta situação é frequente, principalmente quando associado à dor com etiologia desconhecida. Um exemplo prático dessa condição ocorre com o psicólogo, o qual está entre os profissionais mais requisitados da equipe multidisciplinar, há uma referência constante para o mesmo, principalmente na condição descrita acima, com dor sem etiologia. A idéia implícita extraída desses discursos é de que o papel do psicólogo surge apenas mediante a ausência de patologias físicas visíveis, como se a partir dessa ausência, todos os problemas relacionados à dpc se limitassem à mente.

*P6: “... Ah, então, eu acho que poderia ser um atendimento mais assim, porque lá no ambulatório até tem um atendimento com várias áreas, mas eu acho que poderia ser uma coisa mais integrada, principalmente nas pacientes que você não consegue encontrar uma causa específica... Ah, com psicologia, fisioterapia, com outras que não seja só o médico entendeu, acho que nesse sentido poderia melhorar mais, mas... rsr...”*

P5: “...o nosso papel tem que ser mais de psicólogo do que de médico, acho que elas estão procurando outras coisas também, não só... tem que pelo menos ta com a mente aberta pra isso, talvez ela não esteja só com problema orgânico, tem que triar o problema orgânico e se não tiver tem que pensar em outras coisas psicológicas...”

P6: “... Quando você envolve a parte emocional que é de ansiedade, que é o processo depressivo você cada vez mais... eu acredito que é uma paciente que necessita de um atendimento multidisciplinar, você não consegue lidar com essa paciente um profissional, acho que é bem complicado, você precisa realmente de um suporte muito grande de terapia pra parte psíquica, precisa muito também da fisioterapia pra dar um suporte grande...”

P5: “... Pra mim, eu acho que é um atendimento muito difícil porque a DPC envolve muito a parte de um lado psicológico, você tem que fazer um atendimento... difícil, não é só lá você olha, o problema, ta ali, você vai lá resolve a medicação de um jeito. Você vai lá e demanda muito esforço, não muito esforço, mas uma dedicação do médico, que é uma coisa que ele tem que ficar mais em cima, tem que dar mais atenção, envolve um cuidado com o psicológico da mulher, uma coisa que não, dificilmente vai ser curado...”

A idéia de equipe multidisciplinar, no entanto, é parte de outro modelo de assistência baseado na humanização e integralidade do cuidado. Essa modalidade de assistência exige do profissional ver a dor em seu caráter multifacetário, a fim de que seja possível se inserir no universo sócio cultural e psíquico da dor e assistir o indivíduo em sua integralidade (NAZÁRIO et al., 2004). É fundamental que o profissional médico tenha habilidades para reconhecer todos os aspectos envolvidos no processo de dor, pois mesmo que não seja de sua

responsabilidade a intervenção sobre questões psicológicas, por exemplo, é necessário que saibam reconhecê-los e valorizá-los.

Estudos apontam que este grupo de cliente requer uma abordagem multidisciplinar para melhor controle dos sintomas, incorporando as habilidades do ginecologista, fisioterapeuta, enfermeiro, psicólogo e especialista em dor (FERREIRA et al, 2008). A abordagem utilizada atualmente pelos centros multidisciplinares prioriza estratégias de educação e apoio ao paciente, no qual se prevê capacitar essas mulheres para maior controle de seus comportamentos e vivências relacionados à saúde. Denominado “empowered”, esse mecanismo visa fornecer ao pacientes conhecimentos a cerca da doença, habilidades, atitudes e auto-percepção, a fim de que possam ter maior controle de suas vivências relacionadas à dor. Segundo Pearce & Curtis (2007), o fornecimento de informações isoladas a respeito da condição da mulher, sem oferecer as competências e estratégias de auto-cuidado podem não gerar resultados benéficos para a vida do paciente (PEARCE, 2007). Acredita-se que o processo de intervenção educativo presente nesse tipo abordagem multidisciplinar pode apoiar e informar a mulher, permitindo-lhe gerenciar a cronicidade de sua condição, enquanto alcança um estilo de vida aceitável (PEARCE, 2007).

## ***DISCUSSÃO***

---

## 5. DISCUSSÃO

Nessa etapa objetivamos revelar o produto deste estudo, através da articulação das categorias de análise propostas ao referencial teórico selecionado para interpretação do universo de estudo. Segundo Minayo (2002), este é um momento difícil para o pesquisador, que está diretamente envolvido na tarefa, uma vez que será significativo no processo de análise o seu contexto social, científico e histórico, assim como sua capacidade de objetivação (MINAYO, 2002). A DPC parece ser uma condição conflitante tanto para profissionais quanto pacientes. Muitos são os estudos que abordam as percepções das mulheres a respeito de suas vivências com a doença, no entanto pouco se sabe a respeito da percepção dos profissionais e as origens da situação problemática que tem se criado acerca desse tipo de assistência. São inúmeros os relatos de insatisfação entre médicos no manejo dessa doença, sendo evidente na fala destes profissionais o reflexo do modelo educacional utilizado no processo de formação sobre o tipo de assistência prestada.

Nesse sentido, o universo de investigações deste estudo traz aspectos importantes a serem abordados com relação à formação e prática médica, temática central do estudo. Discutiremos o modelo pedagógico predominante nas escolas médicas atuais, embasado pelo hegemônico modelo biomédico, e seus efeitos sobre a prática médica; assim como a humanização enquanto um modelo de assistência mais apropriado para contexto da DPC. De certa forma, essas são temáticas (conceitos e idéias) indissociáveis que serão correlacionadas com a realidade apreendida da fala dos profissionais entrevistados, a fim de clarificar as origens dos conflitos, frustrações e baixa resolutividade que marcam o universo empírico deste estudo.

Inicialmente, traremos questionamentos acerca do modelo pedagógico predominante na formação médica. Prevalece no ensino médico atual o método tradicional, que é

representado por uma situação comum, na qual alunos sentam-se diante de um professor, que normalmente é um especialista e fala enquanto estes escutam, tentando preencher suas questões, muitas vezes, mal formuladas, e obscuras. Segundo Paulo Freire, esse tipo de pedagogia aplicada nas salas de aula do ensino médico é denominada “*educação bancária*” (FREIRE, 2001), cuja característica principal é a passividade do aluno perante a autoridade do professor (PEREIRA et al., 2005). A lógica do modelo bancário é a de que quanto mais ensinamento se dá mais se tem, no entanto a prática mostra que o raciocínio é inverso, uma vez que forma indivíduos medíocres e sem poder de criação (FREIRE, 2001).

Nesse modelo tradicional de ensino, predomina uma relação hierárquica, a qual tem sido reproduzida nos hospitais. A autoridade ativa do professor perante a passividade do aluno é transposta para profissionais e pacientes enquanto seres, respectivamente, portadores e destituídos da verdade/realidade (PEREIRA et al., 2005). Nesta tendência pedagógica as ações de ensino estão centradas na exposição dos conhecimentos do professor, o qual é visto como o único condutor do processo de ensino, responsável por ensinar, organizar e corrigir a matéria, além de representar a autoridade máxima no contexto de ensino. Embora a escola vise à preparação do indivíduo para a vida, não busca estabelecer relação entre os conteúdos que se ensinam e os interesses dos alunos, tampouco, entre estes e a realidade que afeta a sociedade (PEREIRA, 2003). Algumas das conseqüências deste tipo de ensino são, por exemplo, passividade do aluno, distância entre teoria e prática, tendência ao racionalismo radical, falta de problematização da realidade, dentre outras, tendo sido muitas destas observadas na realidade do serviço local pesquisado (PEREIRA, 2003).

Propostas concretas, no entanto, já existem a respeito da reformulação deste modelo de ensino, como por exemplo, o método da “Aprendizagem Baseada em Problemas” (ABP), na qual os próprios alunos são responsáveis pela busca de respostas às questões que lhes são expostas, tendo um papel ativo no processo de ensino-aprendizagem. O modelo educacional

proposto por Paulo Freire é considerado uma importante contribuição para a promoção da saúde (PEREIRA, 2003), sendo muito semelhante ao método ABP. Os preceitos seguidos por Paulo Freire em seu modelo educacional são caracterizados por um processo de reflexão e crítica. Segundo este modelo, o aprendizado ocorre através de uma ação motivada, da codificação de uma situação problema, da qual se deve distanciar para analisá-la criticamente (LIBÂNEO, 1983) considerando a realidade concreta vivenciada pelo educando (PEREIRA, 2003). Embora haja críticas ao modelo de problematização, é indiscutível que a prática educativa norteada pela mesma é mais adequada para as atividades educativas em saúde. Grossman (2005) aponta algumas das vantagens do ABP como alternativa aos métodos didáticos convencionais, tais como: desenvolvimento de uma base de conhecimento integrada; encorajamento em direção ao aprendizado como algo a ser construído ao longo da vida; maior exposição à experiência clínica; aumento da vinculação estudante profissional e maior motivação geral (GROSSMAN et al., 2006). Estes parecem ser argumentos convincentes para ampla utilização dessa modalidade pedagógica, principalmente, diante das contradições trazidas pela prática clínica entre subjetividade/objetividade, singularidade/universalidade e doente/doença.

Essas contradições presentes na prática clínica tornam-se uma barreira para os profissionais formados no modelo bancário, principalmente no que diz respeito à assistência de saúde no cenário da DPC. Paralelamente às deficiências/barreiras imposta pelas atuais práticas pedagógicas utilizadas no ensino médico, destacam-se os efeitos do modelo biomédico, que embasam tais práticas, sendo responsável pela estruturação do ensino médico. O atual cenário de assistência à saúde é um reflexo das práticas impostas pelo modelo biomédico, ou relatório Flexneriano, o qual tem sido o alicerce consensual da moderna medicina científica. A perspectiva de mundo mudou radicalmente sob a ótica biomédica; enquanto a ciência medieval baseava-se na razão e na fé, e sua principal finalidade era

compreender o significado das coisas e não exercer a predição ou o controle, a ciência moderna estava baseada na matemática, com pretensão de validade universal (BARROS, 2002). A noção de um universo vivo e espiritual foi substituído pela noção de mundo como uma máquina e os modos de expressão do adoecer e da doença foram se modificando, surgindo uma nova maneira de conceber o organismo. A partir disso instalou-se uma racionalidade médica moderna, que tem como traço fundamental o mecanismo fisiologista. Nessa visão, a vida humana deixou de ser objeto central da prática médica (clínica), passando a forma humana a ser vista como máquina (KOIFMAN, 2001). Essa visão biomédica obscurece e menospreza aspectos emocionais, sociais, culturais, da doença, mas ainda assim, possui uma posição privilegiada sobre outras formas de medicina, instituindo seu monopólio efetivo na área da saúde, consumando, no saber técnico, a industrialização e a medicalização do atendimento clínico (TESSER, 2006).

A análise proposta neste estudo nos possibilitou clarificar/evidenciar alguns dos efeitos deste atual modelo de educação médica sobre a prática clínica da DPC. Por exemplo, a dificuldade existente em associar a teoria à prática, já descrita anteriormente, relaciona-se ao despreparo para lidar com a subjetividade da dor. Uma vez que, são primordialmente valorizados dentro desse modelo os sinais e sintomas e sua correlação com a nosologia da doença, sendo deixada de lado a visão do indivíduo como um todo. Nesse sentido, a dor do indivíduo deixa de ser vista dentro de uma condição multifacetária, limitando-se aos aspectos biológicos, ou seja, fragmenta-se o cuidado a fim possibilitar maior compreensão da doença. Dentro dessa fragmentação o corpo passa a ser visto em partes cada vez menores e os profissionais envolvem-se no processo de especialização a fim de suprir tais deficiências do modelo educacional ao qual foram submetidos. A fragmentação do cuidado resultante dos modelos pedagógicos é contestada por Deslandes, a qual afirma que o simples caráter holístico de cada pessoa é um fator incoerente à fragmentação do cuidado, observada entre

---

distintos agentes responsáveis pelo diagnóstico e pelo tratamento, que impedem a visão mais integral da pessoa doente (DESLANDES, 2006).

Outro aspecto relevante sobre o qual o atual modelo tem impacto negativo é o relacionamento médico-paciente. Alguns autores chamam a atenção para a necessidade da competência narrativa dos profissionais ligados direta ou indiretamente aos cuidados médicos. Existe uma forte sustentação da importância das narrativas como uma atividade central na prática e ensino da medicina. Narrativa e medicina caminham juntas mediante as múltiplas possibilidades narrativas geradas pela doença, ou seja, as histórias e os eventos que se sucedem nas enfermidades são transmutados em narrativas médicas, sendo fundamentais para o entendimento da complexidade dos processos humanos de adoecimento (HUNTER, 1991).

De acordo com Morris, a narrativa não substitui o avanço tecnológico, no entanto ajuda a apreender os demais fatores, sociais, emocionais, que provocam ou agravam as enfermidades (MORRIS, 1998). Nesse sentido torna-se fundamental a aplicação de um ensino médico humanista, no qual a ênfase da formação médica passa da interpretação de exames complexos e prescrição de drogas cada vez mais potentes para a valorização da história do paciente e compreensão da essência dos relatos destes, evitando, no entanto, qualquer uma dessas extremidades enquanto abordagem exclusiva e ideal do doente. Nas últimas décadas, a preocupação com a capacitação dos profissionais de saúde é uma realidade. As diretrizes curriculares dos cursos de graduação em medicina sugerem a inclusão curricular de dimensões éticas e humanísticas que desenvolvam no aluno atitudes e valores orientados para cidadania, buscando integrar a excelência técnica a traços humanísticos (GROSSMAN et al., 2006).

Segundo Barros, outras conseqüências para vida dos indivíduos decorrente da hegemonia do modelo biomédico na assistência à saúde são a tecnologização e medicalização da saúde. No período da revolução industrial, quando se instaurava o capitalismo e tudo foi

transformado em mercadorias com fins lucrativos, inclusive no campo da saúde, surge, por conseguinte, o complexo médico industrial com todos os seus malefícios (BARROS, 2002; GIOVANNI, 1980). Nesse sentido foi se implantando o processo de medicalização, no qual indivíduos tornavam-se cada vez mais dependentes desse bem de ordem médico-assistencial. Um bom exemplo desse processo de medicalização está no manejo da gravidez como se fosse uma doença, bastando apenas citar o crescente número de partos cesarianos para comprovar essa realidade (TAYLOR, 1979).

Nessa mesma perspectiva, onde o corpo humano é considerado uma máquina, a doença passa a ser vista como o mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular, e o papel dos profissionais passam a ser o de intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado. *Essa visão mecanicista do organismo levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, a manipulação técnica* (KOIFMAN, 2001). O tecnicismo instalado na assistência a saúde a partir do modelo biomédico, ganhou forças, pois na medida em que o consumo foi sendo convertido como meio principal para usufruir de níveis satisfatórios de bem-estar, bons níveis de saúde passaram a ser vistos como possíveis mediante uma relação de dependência do acesso às tecnologias diagnósticas – terapêuticas (BARROS, 2002). Essa intromissão desmedida da tecnologia médica passa a acarretar problemas nas mais diversas situações como, prejuízo a relação médico-paciente, novos riscos, iatrogenia, níveis exagerados de especialização, institucionalização dos cuidados de saúde, assim como aumento dos custos dos serviços (KOIFMAN, 2001).

É evidente que, paralelamente ao avanço da biomedicina, pode-se perceber a impossibilidade deste modelo em oferecer respostas satisfatórias para muitos dos problemas, principalmente referente aos aspectos psicológicos ou subjetivos presentes em qualquer

doença. Tal situação é bem ilustrada pelo contexto de assistência à DPC. Os cânones da biomedicina exigem que o indivíduo seja enquadrado em um cenário “padronizado” de doenças, obedecendo assim, ao raciocínio mecanicista. Nesse sentido, há uma “patologização” das queixas e do sofrimento do paciente, que mediante a limitação explicativa do modelo biomédico passa a buscar métodos alternativos na medicina, tal como acupuntura, psicoterapia, participação em grupos de ajuda, entre outros. Esses métodos alternativos permeiam os preceitos de um modelo ético-humanista no ensino e prática médica e visam alcançar uma visão integradora do ser humano, onde a expressão subjetiva, significações e visão de mundo do paciente tornam-se o ponto central e clarificador da enfermidade.

O atual cenário do ensino e prática médica e seus efeitos sobre a assistência, principalmente no que concerne a mulher portadora de DPC, apontam para a necessidade de mudanças nos atuais paradigmas da medicina, com a adoção de um novo modelo de assistência baseado na humanização e integralidade. O termo humanização da assistência em saúde está em pauta de alguns movimentos (atendimentos de crianças e bebês em UTI) há algumas décadas e apoiados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996). Nos últimos anos o Ministério da Saúde tem procurado investir na melhoria da gestão hospitalar e do atendimento oferecido à população, em busca da construção de uma cultura de atendimento humanizada. Esse conceito de humanização da saúde se apóia na idéia de um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários e profissionais, buscando-se intuir uma nova cultura de atendimento (DESLANDES, 2004). Nesse sentido, o conceito de humanização está intimamente relacionado à idéia de acolhimento e vínculo, sendo este recursos fundamentais para execução da prática humanista no cenário da saúde.

O acolhimento é o recurso fundamental para que o paciente possa ter, pelo cuidador, suas demandas efetivas situadas enquanto norteadoras das intervenções propostas. É nas

possibilidades de escuta durante a interação entre usuário e profissionais que se dá o acolhimento, sendo crucial o tipo de escuta que se oferece. Ou seja, o processo de escuta deve considerar a dimensão existencial do indivíduo, ultrapassando o universo normativo, no qual se buscam apenas subsídios objetivos na interação terapêutica. Numa consulta, por exemplo, cuja abordagem vise apenas o êxito técnico, podem surgir elementos do paciente traduzidos como não adesão a um tratamento ou descuido com a própria saúde. Em contrapartida, quando há de fato uma abertura para o diálogo, esses elementos podem ser entendidos como conflitos de valores na adoção de uma orientação recomendada ou ainda desencontro entre as expectativas do paciente e o que está sendo oferecido naquele espaço de atenção (DESLANDES, 2006). Adicionalmente, o vínculo é outra condição necessária para se configurar um cenário de assistência humanizada, sendo a possibilidade do vínculo positivo dependente da natureza do acolhimento.

Um dos grandes desafios para a atenção em saúde humanizada está em conciliar um atendimento de qualidade, ancorado num saber consagrado e estruturado nas regularidades do processo saúde-doença coma dimensão da subjetividade e o contexto sociocultural do paciente. No entanto, para se alcançar uma assistência baseada nesses princípios é necessário ultrapassar a aplicação protocolar de normas e regras do cientificismo médico.

## ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo explorou a percepção dos profissionais acerca do atendimento de DPC, enfatizando as limitações do atual modelo de assistência, assim como das estratégias pedagógicas, na qual se pautam a formação médica atual. Esses aspectos foram discutidos na tentativa de entender, do ponto de vista profissional, as origens da problemática criada acerca do atendimento de DPC. Este estudo não tem a intenção de encerrar todos os detalhes envolvidos no problema complexo da DPC, mas pretende iniciar os questionamentos referentes ao ensino e prática médicos atuais e seu impacto sobre o cenário de assistência à saúde, principalmente no que concernem profissionais e pacientes envolvidos no contexto da DPC. A conscientização dos profissionais do setor sobre o pano de fundo da DPC pode minimizar angústias e conflitos entre o binômio envolvido no cuidado, no entanto tal amenização requer estratégias direcionadas para que haja maior familiarização e desmistificação acerca desse atendimento. Sugere-se, por exemplo, a inserção precoce do tema no currículo de graduação, aplicabilidade direta do estudo na prática do dia-dia, modelagem dos protocolos assistenciais com a inserção da abordagem de aspectos biológicos e psicossociais, propostas de adequações à infra-estrutura existente, assim como reflexão sobre temas de pesquisa, os quais serão expostos a seguir, nas perspectivas futuras. Em suma, o presente estudo enfatiza a necessidade de reestruturação das práticas pedagógicas utilizadas no que se refere ao ensino, assim como a inserção de princípios ético-humanistas sobre a prática médica, ou seja, a adoção de um modelo humanista de cuidados.

***PERSPECTIVAS FUTURAS***

---

## 7. PERSPECTIVAS FUTURAS

O processo de adoecer não se limita a um mero produto de uma disfunção orgânico, mas trata-se de uma experiência particular e intransferível, particularmente marcada pela dor (NAZÁRIO et al., 2004), especialmente no grupo de pessoas portadoras de dor pélvica crônica. Nesse sentido, pela busca da individualização do cuidado existem propostas de ações terapêuticas que levem em conta aspectos biológicos, psicológicos e sociais associados à doença. Seguindo essa perspectiva, a realização dos grupos de apoio parece ser uma boa estratégia dentro da abordagem ético humanista e interdisciplinar que minimize a ordem cartesiana que marca a atual assistência à saúde (NAZÁRIO et al., 2004). Inúmeros estudos mostram a eficácia desses grupos, Savidge mostra em seu estudo que a realização de grupos de apoio educativos no cenário hospitalar pode ser uma estratégia eficaz para inclusão do paciente no processo de assistência (SAVIDGE et al., 1998). McGowan, assim como Morre mostra em seu estudo que a inclusão da mulher no programa terapêutico, através da orientação e reconhecimento de sua condição pode colaborar para reforçar sua autoconfiança e consciência sobre a capacidade em manejar sua situação clínica (MCGOWAN et al., 2007). Moore acredita que a falta de reconhecimento do profissional parece afetar a auto-estima das mulheres impossibilitando-as de participar ativamente do cuidado através de estratégias de enfrentamento e auto-cuidado (MOORE et al., 2002).

Segundo Spratt (2003), a informação é fundamental para que o indivíduo tenha uma compreensão razoável da doença e colabore com o tratamento (SPRATT, 2003), sendo, portanto, importante envolver o paciente no processo de cuidado. Nesse sentido, a realização de atividades de educação em saúde vai ao encontro desse pressuposto, sendo empregada a fim de instrumentalizar esses indivíduos para se inserirem no processo assistencial (SAVIDGE et al., 1998). Adicionalmente, essa perspectiva de cuidado enfatiza a importância

de uma abordagem biopsicossocial e interdisciplinar (ressaltada nesse estudo) envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Esse tipo de intervenção tem por objetivo proporcionar a troca de experiências entre as mulheres, reintegração social, motivação para recuperação da autoconfiança nas atividades domésticas, no trabalho e no convívio social, incentivar adesão às terapêuticas implementadas, reduzir incertezas com relação à doença e, conseqüentemente, aumentar a habilidade desse grupo no convívio com a DPC (SAVIDGE et al., 1998; DUCCI et al., 2003; SANCISI et al., 2009).

Essa perspectiva de estudo parece ser necessária/eficaz dentro do cenário de assistência do presente estudo. Acreditamos que a realização de ações de educação em saúde para as usuárias portadoras de dor pélvica crônica do Ambulatório de dor do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (FMRP-USP) poderão auxiliá-las no desenvolvimento de estratégias mais adequadas para o manejo do quadro doloroso

## ***REFERÊNCIAS***

---

## 8. REFERÊNCIAS

Alamo, M. M., Moral, R. R., Perula de Torres, L. A. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns.* 2002; 48: 23-31.

Bardin, L. *Análise de conteúdo.* Press Universitaires de France. Lisboa, 1977.

Barros, J. A. Considering the health-disease process: What does the biomedical model answer to? *Saúde e Sociedade.* 2002; 11: 67-84.

Bennet, G. *The wound and the doctor: healing, technology and power in modern medicine.* London. Martin Seeker and Warburg, 1987.

Boemer, M. R. A investigação qualitativa: zelo pelo rigor e pela ética. *Revista da escola de enfermagem.* 2003; 40:263-9.

Bonica, J. J. The management of pain of cancer. *J Mich State Med Soc.* 1953; 52: 284-90.

Broder, M. S., Kanouse, D. E., Mittman, B. S., Bernstein, S. J. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. . 2000; 95: 199-205.

Butrick, C. W. Interstitial cystitis and chronic pelvic pain: new insights in neuropathology, diagnosis, and treatment. *Clin Obstet Gynecol.* 2003; 46: 811-23.

Campbell, F., Collett, B. J. Chronic pelvic pain. *Br J Anaesth.* 1994; 73: 571-3.

Canesqui, A. M. *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico.* Hucitec/Fapesp. São Paulo, 2000.

Carvalho, M. M. M. J. O. *Dor: Um estudo multidisciplinar.* São Paulo, 1999.

Cecilio, L. C. O. Modelos tecnicoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública.* 1997; 13: 469-478.

Cegala, D. J., Marinelli, T., Post, D. The effects of patient communication skills training on compliance. *Arch Fam Med.* 2000; 9: 57-64.

Charpentier, A., Goudemand, M., Thomas, P. Therapeutic alliance, a stake in schizophrenia. *Encephale*. 2009; 35: 80-9.

Cheong, Y., William, S. R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006; 20: 695-711.

Cox, L., Ayers, S., Nala, K., Penny, J. Chronic pelvic pain and quality of life after laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007; 132: 214-9.

Dalmau-Carola, J. Myofascial pain syndrome affecting the piriformis and the obturator internus muscle. *Pain Pract*. 2005; 5: 361-3.

Descartes, R. *Discourse on Method and the Meditations*. Harmonds-Worth-Penguim. London, 1960.

Deslandes, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9: 7-14.

\_\_\_\_\_. *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Rio de Janeiro, 2006.

Droes, N. S. Role of the Nurse Practitioner in Managing Patients with Pain. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. 2004.

Ducci, A. J. e C. A. M. Pimenta. Educational programs and cancer pain. *Revista Brasileira de cancerologia*. 2003; 49: 185-192.

Faria, H. P., Coelho, I. B., Werneck, M. A. F., Santos, M. A. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. *Coopmed*. Belo Horizonte, 2010.

Ferreira, K. A. S. L., Siqueira, S. R. D. T., Teixeira, M. J. Characteristics of pain, demographic and treatment of patients attending a Multidisciplinary Pain Center. *Caderno de Saúde Coletiva*. 2008; 16: 449-470.

Flores, A. M. N., Costa Junior, A. L. Modelo biopsicossocial e formulação comportamental: compreendendo a cefaléia do tipo tensional. *Psicologia em Estudo*. 2008; 13: 143-151.

Fontanella, B. J. B. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: *Caderno de Saúde Pública*. 2008; 24: 17-27.

Foucault, M. *O nascimento da clínica*. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 1980.

Freire, P. Educação e Mudança. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 2001.

Galer, B. S., Schwartz, L., Turner, J. A. Do patient and physician expectations predict response to pain-relieving procedures? *Clin J Pain*. 1997; 13: 348-51.

Gambone, J. C., Mittman, B. S., Munro, M. G., Scialli, A. R., Winkel, C. A. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. *Fertil Steril*. 2002; 78: 961-72.

Giovanni, G. A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo. Polis. São Paulo, 1980.

Goossens, M. E., Vlaeyen, J. W., Hidding, A., Kole-Snijders, A., Evers, S. M. Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. *Clin J Pain*. 2005; 21: 69-72.

Grace, V. M. Problems of communication, diagnosis, and treatment experienced by women using the New Zealand health services for chronic pelvic pain: a quantitative analysis. *Health Care Women Int*. 1995a; 16: 521-35.

\_\_\_\_\_. Problems women patients experience in the medical encounter for chronic pelvic pain: a New Zealand study. *Health Care Women Int*. 1995a; 16: 509-19.

\_\_\_\_\_. Mind/body dualism in medicine: The case of chronic pelvic pain without organic pathology: a critical review of the literature. *Int J Health Serv*. 1998; 28: 127-51.

Grace, V. M., Macbride-Stewart, S., 'Women get this': gendered meanings of chronic pelvic pain. *Health*. 2007; 11: 47-67.

Grossman, E., Cardoso, M. H. C. A. The narratives in medicine: contributions to medical practice and medical teaching. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006; 30.

Gunter, J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv*. 2003; 58: 615-23.

Haguette, T. M. F. Metodologia qualitativa na sociologia. Vozes. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1995.

Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B., Linzer, M. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med*. 1996; 11: 1-8.

Howard, F. M. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv.* 1993; 48: 357-87.

\_\_\_\_\_. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2003; 101: 594-611.

Hunter, K. M. *Doctor's stories. The narrative structure of medical Knowledge.* University of Princeton Press. Princeton, 1991.

Iannetta, O. Dor Pélvica Crônica. In: H. W. Halbe (Ed.). *Tratado de Ginecologia.* São Paulo: Roca, 2000.

Iasp. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain.* 1979; 6:249.

Jackson, J. L., Kroenke, K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med.* 1999; 159: 1069-75.

Koifman, L. The biomedical model and the reformulation of the medical curriculum of Universidade Federal Fluminense. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2001; 8: 48-70.

Latthe, P., Latthe, M., Say, L., Gulmezoglo, M., Khan, K. S. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.* 2006; 6: 177.

Leão, E. R. *Dor 5º: reflexões e intervenções de enfermagem.* Martinari. São Paulo, 2007.

Lester, G. W., Smith, S. G. Listening and talking to patients. A remedy for malpractice suits? *West J Med.* 1993; 158: 268-72.

Libâneo, J. C. Tendências pedagógicas na prática escolar. *Revista da Associação Nacional de Educação.* 1983; 3: 11-19.

Lima, M. A., Trad, L. A. The medical perspective towards chronic pain: biomedical model and clinical practice. *Cad Saude Publica.* 2007; 23: 2672-80.

Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Bush, T., Lipscomb, P., Russo, J., Wagner, E. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med.* 1991; 6: 241-6.

Lobato, O. O problema da dor. In: J. Melo Filho (Ed.). *Psicossomática Hoje.* Porto Alegre: Artes médicas sul, 1992. O problema da dor, p.165-178

Madel, T. L. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Revista de Saúde Coletiva*. 1997; 7.

Marvel, M. K., Epstein, R. M., *Flowers, K., Beckman, H. B.* Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999; 281: 283-7.

Mathias, S. D., Kuppermann, M., *Lieberman, R. F., Lipschutz, R. C., Steege, J. F.* Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*. 1996; 87: 321-7.

Mcgowan, L., Luker, K., Creed, F., Chew-Graham, C. A. How do you explain a pain that can't be seen?: the narratives of women with chronic pelvic pain and their disengagement with the diagnostic cycle. *Br J Health Psychol*. 2007; 12: 261-74.

Minayo, M. C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro, 2002.

Minayo, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Saúde & Ciências Coletiva*. 2007; 11: 1259-1267.

Moore, J., Ziebland, S., Kennedy, S. "People sometimes react funny if they're not told enough": women's views about the risks of diagnostic laparoscopy. *Health Expect*, 2002; 5: 302-9.

Morris, D. B. *Illness and culture in the postmodern age*. The University of California Press/Berkeley/Los Angeles/London, 1998.

Nazário, B. F., Almeida, T. M. C. A dor crônica discutida por uma abordagem ético-humanista. *Revista de Psicologia da UnC*. 2004; 2: 34-37.

Nogueira, A. A., Poli-Neto, O. B., Reis, F. J. C. A abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006.; 28: 733-40.

OMS (Organização Mundial de Saúde) *Care in Normal Birth - A Practical Guide: maternal and newborn health/safe motherhood unit family and reproductive health*. Genebra: World Health Organization, 1996.

Pagliosa, F. L., Ros, M. A. D. The Flexner Report: foro good and for bad. 2008; 32: 492-299.

Parker, J. D., Leondires, M., Sinaii, N., Premkumar, A., Nieman, L. K., Stratton, P. Persistence of dysmenorrhea and nonmenstrual pain after optimal endometriosis surgery may indicate adenomyosis. *Fertil Steril*. 2006; 86: 711-5.

Pearce, C., Curtis, M. A multidisciplinary approach to self care in chronic pelvic pain. *Br J Nurs*. 2007; 16: 82-5.

Pereira, A. L. F. Pedagogical approaches and educational practices in health sciences. *Caderno de Saúde Pública*. 2003; 19: 1527-1534.

Pereira, O. P., Almeida, T. M. C. Medical education according to a resistance pedagogy. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*. 2005; 9: 69-79.

Pimenta, C. A. M. *Dor: manual clínico de enfermagem*. Searle São Paulo, 2000.

Ponte, C. D. , Johnson-Tribino, J. Attitudes and knowledge about pain: an assessment of West Virginia family physicians. *Fam Med*. 2005; 37: 477-80.

Price, J., Farmer, G., Harris, J., Hope, T., Kennedy, S., Mayou, R. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. *Bjog*. 2006; 113: 446-52.

Price, J. R., Blake, F. Chronic pelvic pain: the assessment as therapy. *J Psychosom Res*. 1999; 46: 7-14.

Romão, A. P. M. S. O impacto da Ansiedade e Depressão na Qualidade de Vida de Mulheres com Dor Pélvica Crônica. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Mestrado. 89 p.

Ruiz-Moral, R., Perez Rodriguez, E., Perula de Torres, L. A., de La Torre, J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006; 64: 242-8.

Salmon, P. Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: a challenge to existing models of doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 2000; 39: 105-13.

Sancisi, E., Rausa, M., Zanigni, S., Cevoli, S., Pala, A. N., Nicodemo, M., Grimaldi, D., Montagna, P., Cortelli, P., Pierangeli, G. Self-help group and medication overuse headache: preliminary data. *Neurol Sci*. 2009;19.

Santos, J. O. Filosofia da Educação Médica: Interpretação da *práxis*. Rev. Brás. educ. med. 1986; 10: 82-6.

Savidge, C., Slade, P., Stewart, P., Li, T. Women's perspectives on their experiences of chronic pelvic pain and medical care. Journal of health psychology. 1998; 3: 103-16.

Selfe, S. A., Van Vugt, M., Stones, R. W. Chronic gynaecological pain: an exploration of medical attitudes. Pain. 1998; 77: 215-25.

Silva, J. A., Ribeiro-Filho, N. P. Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática. FUNPEC. Ribeirão Preto, 2006.

Sousa, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-am Enfermagem. 2002; 10: 446-7.

Spink, J. M. O. O conhecimento no cotidiano. Brasiliense. São Paulo, 2004.

Sprott, H. What can rehabilitation interventions achieve in patients with primary fibromyalgia? Curr Opin Rheumatol. 2003; 15: 145-50.

Stewart, M., Brown, B. J, Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., Freeman, T. Patient-centered: transforming the clinical method. Sage Publications. Thousand Oaks: CA, 1995.

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, S., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., Jordan, J. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. 2000; 49: 796-804.

Stones, R. W., Lawrence, W. T., Selfe, S. A. Lasting impressions: influence of the initial hospital consultation for chronic pelvic pain on dimensions of patient satisfaction at follow-up. J Psychosom Res. 2006; 60: 163-7.

Taylor, R. Medicine out of control - the anatomy of a malignant technology. Melbourne, Sunbooks, 1979.

Tesser, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2006; 10: 61-76.

Walker, E. A., Katon, W. J., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M. Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. Gen Hosp Psychiatry. 1997; 19: 315-23.

Winkel, C. A. Modeling of medical and surgical treatment costs of chronic pelvic pain: new paradigms for making clinical decisions. Am J Manag Care. 1999; 5: 276-90.

Yasmin, H., Bombier, L., *Hollingworth, J.* What happens to women with chronic pelvic pain after a negative [normal] laparoscopy? *J Obstet Gynaecol.* 2005; 25: 283-5.

Zadinsky, J. K., Boyle, J. S. Experiences of women with chronic pelvic pain. *Health Care Women Int.* 1996; 17: 223-32.

Zondervan, K., Barlow, D. H. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000; 14: 403-14.

Zondervan, K. T., Yudkin, P. L., Vessey, M. P., Dawes, M. G., Barlow, D. H., Kennedy, S. H. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999; 106: 1156-61.

***ANEXOS***

---

## ANEXOS

## ANEXO A



excelência desde 1956

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada (o) para participar, como voluntária (o), em uma pesquisa. Após ser esclarecida (o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada (o) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ou pelo telefone (16) 3602-2228.

**Título do Projeto:**

A dor pélvica crônica sob a perspectiva das mulheres portadoras da doença, seus parceiros e os médicos que as assistem.

**Pesquisador Responsável:**

Prof. Dr. Omero Benedicto Poli Neto (16) 3602-2407 / 2311

**Pesquisadores participantes:**

Prof. Dr. Antonio Alberto Nogueira (16) 3602-2589 / 2311

Prof. Dr. Francisco José Candido dos Reis (16) 3602-2589 / 2311

Paula Patrícia de Souza (16) 3610-5915 / 3602-2311

1) Este projeto pretende basicamente estudar e descrever as atitudes, expectativas e perspectivas de mulheres com dor pélvica crônica, parceiros e médicos que as atendem e determinar de que maneira os cuidados em saúde referentes a essa doença possam ser melhorados.

2) Você poderá participar da pesquisa consentindo ao final desse termo. Sua participação consiste em realizar uma única entrevista com duração entre 30 e 60 minutos que será gravada e depois digitada em um programa de computador. A entrevista será realizada em sala fechada na qual estará presente você e o(a) pesquisador(a). Informamos que em nenhum momento seu nome será mencionado, assim como nenhum outro dado que permita sua identificação pessoal. Será utilizado um código individual para cada participante. Essa entrevista não interferirá na sua assistência clínica, não implicará em horas a mais de serviço, nem mesmo em atrasos nas consultas;

- 3) Você não terá gastos financeiros adicionais, pois as entrevistas serão feitas no mesmo período de sua consulta médica.
- 4) O projeto não interferirá no seu vínculo assistencial, nas suas condutas médicas, na qualidade do seu atendimento ou no tempo dispendido a ele.
- 5) Os resultados da pesquisa serão importantes para entender melhor a doença em questão (dor pélvica crônica) e, certamente trarão informações que podem facilitar o papel do médico no tratamento de mulheres com a doença ou que, futuramente, venham a desenvolvê-la.
- 6) Você terá a segurança de não ser identificado(a) e ter mantido o caráter confidencial da informação relacionada à sua privacidade.
- 7) Nos comprometemos a prestar-lhe informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a sua vontade de continuar dele participando.
- 8) Você pode retirar o seu consentimento para participar deste estudo a qualquer momento, inclusive sem justificativas e sem qualquer prejuízo para você.
- 9) Você terá a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa. Qualquer questão a respeito do estudo ou de sua saúde deve ser dirigida aos responsáveis pelo projeto, designados no início deste termo, o que poderá ser realizada no Ambulatório AGDE que ocorre às 6ª feiras no período da manhã no balcão 1 – verde claro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ambulatório de Ginecologia; ou no Ambulatório de dor pélvica crônica do CSE – Cuiabá que ocorre às 4ª feiras no período da manhã; ou ainda pelos telefones de contato informados no início desse termo. O Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP pode lhe oferecer informações caso você não queira falar com nenhum dos pesquisadores responsáveis por este estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“A dor pélvica crônica sob a perspectiva das mulheres portadoras da doença, seus parceiros e os médicos que as assistem”**, como sujeito. Fui devidamente informado(a) em detalhes pelo(s) pesquisador(es) responsável(is) no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetido(a), aos riscos e benefícios, à forma de ressarcimento no caso de eventuais despesas, bem como à indenização se houver danos decorrentes da pesquisa. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção das minhas atividades assistenciais.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade de participar desse estudo.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do voluntário

---

Assinatura do investigador/ testemunha

## ANEXO B

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

#### (roteiro de entrevista)

- 1) Qual seu grau de formação como médico (residente, pós-graduando, médico assistente, docente)?
- 2) Quanto tempo você tem de experiência com mulheres portadoras de dor pélvica crônica?
- 3) Qual sua opinião a respeito do seu aprendizado sobre dor pélvica crônica na graduação e residência?
- 4) Qual sua visão a respeito da epidemiologia da dor pélvica crônica?
- 5) O que você acha do acesso as informações referentes à dor pélvica crônica para os profissionais? (Acesso para a população e profissionais)
- 6) O que você acha do atendimento com mulheres portadoras de dor pélvica crônica? (Do atendimento prestado a essas mulheres e de atendê-las?)
- 7) Qual sua opinião a respeito dos métodos diagnósticos disponíveis para dor pélvica crônica hoje?
- 8) Qual sua opinião a respeito das opções terapêutica disponíveis para dor pélvica crônica hoje?
- 9) Como você acha que deve ser a relação médico- paciente no atendimento a mulher com dor pélvica crônica?
- 10) Qual sua opinião a respeito do perfil da mulher com dor pélvica crônica?
- 11) Qual sua opinião sobre o papel dos acompanhantes e familiares destas mulheres?
- 12) Qual seria a situação ideal para atendimento das mulheres com dor pélvica crônica?
- 13) Você gostaria de acrescentar mais alguma informação?

## ANEXO C

## APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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

www.hcrp.fmrp.usp.br



COPIA

Ribeirão Preto, 13 de fevereiro de 2008

Ofício nº 426/2008  
CEP/MGV

**Senhor Professor,**

O trabalho intitulado “**A DOR PÉLVICA CRÔNICA SOB A PERSPECTIVA DAS MULHERES PORTADORAS DA DOENÇA, SEUS PARCEIROS E OS MÉDICOS QUE AS ASSISTEM**”, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 260ª Reunião Ordinária realizada em 11/02/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o Processo HCRP nº 11609/2007.

*Lembramos que devem ser encaminhados a este CEP relatórios semestrais e relatório final da pesquisa.*

Atenciosamente.

**DR<sup>a</sup>. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor  
**PROF. DR. OMERIO BENEDICTO POLI NETO**  
Depto. de Ginecologia e Obstetrícia

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)