

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

**PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS: PERCEPÇÃO DO
CLIENTE QUANTO AO ESCLARECIMENTO PARA
A TOMADA DE DECISÃO**

Ana Maria Auricchio

São Paulo
2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

Ana Maria Auricchio

**PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS: PERCEPÇÃO DO
CLIENTE QUANTO AO ESCLARECIMENTO PARA A
TOMADA DE DECISÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação
como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre -
Área de concentração: Administração de Serviços de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

SÃO PAULO

2004

Dedicatória,

A Deus, Pai Maior, primeiro e sempre.

A meus pais, Oswaldo (in memoriam) e Anella Auricchio por todos os ensinamentos que trouxeram até este ponto de minha vida. Sem eles tudo seria muito mais difícil, se não impossível.

A minhas irmãs, Vita, Luíza e Ângela, pelo carinho e apoio constante.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Doutora Maria Cristina Massarollo, orientadora deste trabalho, pelo incessante estímulo, por acreditar em mim e me possibilitar a oportunidade de alcançar novos objetivos.

Ao Doutor Maurício de Maio, amigo de muitos anos, por disponibilizar sua clínica como campo de pesquisa; pelo apoio, incentivo e carinho sempre demonstrados; profissional e pessoalmente.

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Maria Madalena Januário Leite e Maria de Fátima Prado Fernandes, pelo incentivo e valiosas sugestões no momento do exame de qualificação.

Às Professoras Raquel Rapone Gajndzinski, Maria Madalena Januário Leite, Maria de Fátima Prado Fernandes, Vera Lúcia Mira Gonçalves, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez e Dulce Regina Batista Carmo, pelo critério, atenção e carinho na validação do instrumento.

Ao Professor Doutor Padre Leocir Pessini, superintendente da União Social Camiliana e Vice-Reitor do Centro Universitário São Camilo, pelo incentivo, apoio e preciosas indicações bibliográficas.

À Sandra, pela constante amizade, incentivo, carinho e auxílio durante a elaboração desta dissertação.

Às funcionárias da Clínica Dr. Maurício de Maio, Cristiane, Gisele e Letícia, que facilitaram em todos os aspectos, os meus momentos mais difíceis.

Às colegas do Centro Universitário São Camilo, Mildred, Lucineide e Sílvia, que me possibilitaram recursos materiais e de tempo.

À Liliann, pelo carinho e pelo inestimável auxílio na digitação e na elaboração gráfica deste trabalho.

À Vilma, pelo carinho, eficiência e rapidez na revisão ortográfica e gramatical deste texto.

À Carmem, pelo tratamento estatístico.

Às bibliotecárias da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Assako, Juliana e Sônia, pela organização das referências bibliográficas.

Aos participantes da pesquisa que fundamentaram este trabalho cuja colaboração espontânea permitiu-me atingir os objetivos propostos.

À Cecília e Raquel, por terem apresentado novos horizontes.

Àquelas cujo companheirismo e fidelidade são imprescindíveis à minha vida, as amigas Iara e Selma. "Muito Obrigada" é expressão pequena para agradecer-lhes a presença marcante em todas as horas.

A todos que, formal ou informalmente, contribuíram para as diversas fases desta dissertação.

Meus sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1-INTRODUÇÃO	01
2- OBJETIVOS	17
3- PROCESSO METODOLÓGICO	19
3.1 TIPO DE ESTUDO	20
3.2 LOCAL DE ESTUDO	20
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	24
3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	28
3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	29
3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO	30
4- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	31
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES	32
4.2 PERCEPÇÃO DOS CLIENTES QUANTO ÀS AÇÕES DE SAÚDE DISPENSADAS	36
4.2.1 FREQUÊNCIA SIMPLES DE RESPOSTA	37
4.2.2 CARACTERIZAÇÃO DA PERCEPÇÃO	53
4.3 ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES	61
5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
6-CONCLUSÕES	75
7- ANEXOS	78
ANEXO I INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	79
ANEXO II TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR.....	83
ANEXO III CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.....	84
ANEXO IV PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO O CAMPO DE PESQUISA	85
ANEXO V AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	86
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Classificação das afirmativas da categoria informação	26
QUADRO 2: Classificação da afirmativas da categoria competência ...	27
QUADRO 3: Classificação das afirmativas da categoria liberdade	27

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição das afirmativas por categoria, segundo a classificação positiva ou negativa	27
TABELA 2: Médias, desvios padrão, valores máximo e mínimo observados nas questões da categoria informação	53
TABELA 3: Médias, desvios padrão, valores máximo e mínimo observados nas questões do item competência	54
TABELA 4: Médias, desvios padrão, valores máximo e mínimo observados nas questões da categoria liberdade	54
TABELA 5: Composição dos grupos obtidos na análise de agrupamentos	59
TABELA 6: Escores médios das 30 questões por grupo	60
TABELA 7: Médias, desvios padrão, valores máximos e mínimos observados dos escores médios nas questões da categoria Informação	61
TABELA 8: Médias, desvios padrão, valores máximos e mínimos observados dos escores médios nas questões da categoria Competência	62
TABELA 9: Médias, desvios padrão, valores máximos e mínimos observados dos escores médios nas questões da categoria Liberdade	63
TABELA 10: Tabela de Análise de Variância	66

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Escala de medida com relação ao esclarecimento para a tomada de decisão. São Paulo, 2003.....	28
FIGURA 2: Escala de medida com relação à liberdade para a tomada de decisão. São Paulo, 2003.....	28
FIGURA 3: Distribuição dos clientes, segundo sexo.....	32
FIGURA 4: Distribuição dos clientes, segundo a idade.....	33
FIGURA 5: Distribuição dos clientes, segundo o grau de instrução.....	33
FIGURA 6: Distribuição dos clientes, segundo o nível de ocupação.....	34
FIGURA 7: Distribuição dos clientes, segundo o estado civil.....	34
FIGURA 8: Distribuição dos clientes, segundo a renda familiar.....	35
FIGURA 9: Distribuição dos clientes, segundo tipo de tratamento.....	35
FIGURA 10: Distribuição dos clientes, segundo o procedimento realizado.....	36
FIGURA 11: Distribuição de resposta da proposição 1: “os profissionais de saúde me orientaram sobre o procedimento que eu gostaria de realizar”.....	37
FIGURA 12: Distribuição de resposta da proposição 2: “fui orientado (a) sobre as alternativas de tratamento para a minha necessidade”.....	38
FIGURA 13: Distribuição de resposta da proposição 3: “entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento”.....	38
FIGURA 14: Distribuição de resposta da proposição 4: “fui orientado(a) sobre os cuidados que antecediam o procedimento”.....	39
FIGURA 15: Distribuição de resposta da proposição 5: “tive liberdade para conversar com os profissionais de saúde sobre as minhas dúvidas”.....	39
FIGURA 16: Distribuição de resposta da proposição 6: “os profissionais de saúde ouviram as minhas preocupações”.....	40
FIGURA 17: Distribuição de resposta da proposição 7: “senti dificuldades para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado”.....	40
FIGURA 18: Distribuição de resposta da proposição 8: “senti dificuldades para fazer perguntas aos profissionais de saúde”.....	41
FIGURA 19: Distribuição de resposta da proposição 9: “tive liberdade para decidir pelo procedimento a ser realizado”.....	41
FIGURA 20: Distribuição de resposta da proposição 10: “fui orientado (a) quanto às vantagens do procedimento”.....	42
FIGURA 21: Distribuição de resposta da proposição 11: “os profissionais de saúde não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento”.....	42
FIGURA 22: Distribuição de resposta da proposição 12: “os profissionais de saúde falaram de forma difícil de entender”.....	43
FIGURA 23: Distribuição de resposta da proposição 13: “os profissionais de saúde explicaram o motivo do tratamento”.....	43

FIGURA 24: Distribuição de resposta da proposição 14: “a tomada de decisão sobre o procedimento foi discutida com os profissionais de saúde”.....	44
FIGURA 25: Distribuição de resposta da proposição 15: “não gostei da maneira como fui tratado(a) quando perguntei sobre o procedimento”.....	44
FIGURA 26: Distribuição de resposta da proposição 16: “as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde me deram segurança para a tomada de decisão”.....	45
FIGURA 27: Distribuição de resposta da proposição 17: “entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado”.....	45
FIGURA 28: Distribuição de resposta da proposição 18: “gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento”.....	46
FIGURA 29: Distribuição de resposta da proposição 19: “todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos profissionais de saúde”.....	46
FIGURA 30: Distribuição de resposta da proposição 20: “entendi as respostas que os profissionais de saúde deram às perguntas que fiz”.....	47
FIGURA 31: Distribuição de resposta da proposição 21: “fui orientado(a) sobre os possíveis riscos e reações do procedimento”.....	47
FIGURA 32: Distribuição de resposta da proposição 22: “os profissionais de saúde influenciaram na minha tomada de decisão na realização do procedimento”.....	48
FIGURA 33: Distribuição de resposta da proposição 23: “os profissionais de saúde acrescentaram mais informações às informações que eu já tinha”.....	48
FIGURA 34: Distribuição de resposta da proposição 24: “os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros”.....	49
FIGURA 35: Distribuição de resposta da proposição 25: “fui orientado(a) sobre os cuidados a serem seguidos após o procedimento a ser realizado”.....	49
FIGURA 36: Distribuição de resposta da proposição 26: “fui orientado(a) quanto às desvantagens do procedimento”.....	50
FIGURA 37: Distribuição de resposta da proposição 27: “as orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras”.....	50
FIGURA 38: Distribuição de resposta da proposição 28: “os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento”.....	51
FIGURA 39: Distribuição de resposta da proposição 29: “em uma escala de 1 a 10, onde a nota 10 é a melhor, que nota você daria com relação ao esclarecimento das informações fornecidas para a sua tomada de decisão?”.....	51

FIGURA 40: Distribuição de resposta da proposição 30: “em uma escala de 1 a 10, onde a nota 10 é a melhor, que nota você daria com relação à relação à liberdade que você teve para a sua tomada de decisão?.....	52
FIGURA 41: Box-plots para os escores em cada questão.....	55
FIGURA 42: Médias \pm 2 erros padrão dos escores médios em cada categoria.....	56
FIGURA 43: Diagrama de dispersão entre o escore na questão 29 e o escore médio na categoria informação.....	56
FIGURA 44: Diagrama de dispersão entre o escore na questão 30 e o escore médio na categoria liberdade.....	57
FIGURA 45: Dendrograma obtido com pelo método da ligação completa com base nos escores das 28 preposições e das questões 29 e 30.....	58
FIGURA 46: Médias \pm 2 erros padrão dos escores médios em cada categoria de questão atribuídos para pacientes dos dois tipos de tratamento.....	64
FIGURA 47: Médias \pm 2 erros padrão dos escores médios em cada categoria para pacientes em diferentes faixas etárias.....	65

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo verificar a percepção do cliente quanto ao esclarecimento para tomada de decisão referente à realização de procedimentos estéticos. O estudo, do tipo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa dos dados, foi realizado com amostra de 44 clientes, freqüentadores da Clínica de Estética e Cirurgia Plástica. A coleta de dados foi realizada por intermédio de um instrumento com base na Escala de Likert, constituída por 28 proposições, classificadas em três categorias: Informação, Competência e Liberdade. Completaram o instrumento, duas escalas, com a finalidade de medir a percepção global dos clientes quanto ao esclarecimento das informações e a liberdade para tomada de decisão. Os resultados mostraram que, em relação ao grau de instrução, houve predomínio dos clientes de nível superior. Quanto à profissão/ocupação, a maioria enquadrou-se nos níveis III, IV e V, que corresponderam aos cargos de ocupação manual especializada, cargos de supervisão e gerência e profissionais liberais e cargos de alta administração, respectivamente; em referência à renda familiar, houve predomínio dos clientes com renda superior a R\$ 8000,00 ou mais. Verificou-se também predomínio da faixa etária de 41 a 50 anos, com a maioria dos clientes do sexo feminino e, estado civil casado. Quanto ao tipo de tratamento, o clínico predominou sobre o cirúrgico. Analisadas as três categorias, identificou-se uma discreta superioridade do escore médio atribuído à categoria Competência em relação ao atribuído às categorias Informação e Liberdade, porém a maioria dos escores das três categorias foi bastante homogênea, sendo os escores médios das categorias superiores a 4,5, ou seja, variando de concordante à alta concordância. Os escores para Informação, Competência e Liberdade estão associados com o tipo de tratamento, mas não com a idade dos clientes. Constatou-se também que, em média, os clientes que se submeteram a tratamento clínico atribuíram escores menores do que os clientes que tiveram tratamento cirúrgico. Quanto às questões globais referentes ao esclarecimento das informações e à liberdade para tomada de decisão para o procedimento, temos médias de 9,41 e 9,70 respectivamente. Estes resultados mostram que os profissionais de saúde forneceram informações claras, suficientes e adaptadas às necessidades dos clientes, deixando-os livres e competentes para a tomada de decisão quanto ao procedimento estético.

Palavras-chave: Bioética, Autonomia da pessoa, Informação, Liberdade, Tomada de decisão, Cirurgia plástica, Cirurgia estética.

ABSTRACT

This paper aims at verifying client's perception in relation to the information given for the decision making process relating to aesthetic procedures. The descriptive, exploratory, correlating, with a quantitative approach, was carried out with a sample of 44 clients of the Aesthetic and Plastic Surgery Clinic. The data collection was carried out by means of an instrument based on the *Likert Scales*, consisting of 28 propositions, classified in three categories: Information, Competence and Freedom. Two other scales completed the instrument so as to measure clients' global perception concerning the elucidation of given information and freedom to make a decision. The level of significance was 5% and the results revealed that as far as education was concerned, most clients had university degrees. Concerning profession/occupation, most clients were positioned in levels III, IV and V, which refer to skilled manual work, supervision and management positions, self-employed professionals and high administrative positions, respectively. As far as family income was concerned, most clients had a monthly income above R\$ 8000,00. It was also suggested that there was a slight predominance of clients from the 41-50 year-old age group, being most of them married women. In relation to the treatment, there was a slight predominance of clinical treatments, when compared to the surgical ones, and the procedures chosen were first peeling, 22%, followed by botulinum toxin and filling, 16% each. Among the surgical procedures, the most common was liposuction - 14% of the clients, followed by breast surgeries, 12%. During the analysis of the three categories a slight superiority of the average score given to the 'Competence' category was identified, when compared to the scores given to the 'Information' and 'Freedom' categories, although the average scores for the three categories were quite homogeneous, being all above 4.5, that is, varying from 'agree' to 'totally agree'. The 'information', 'competence' and 'freedom' scores are related to the type of treatment, but not to the clients' age. The survey also confirmed that on average the clients who underwent clinical treatment gave lower scores than the ones who underwent surgical treatment. In relation to global questions, concerning elucidation of information and freedom to make the decision regarding the procedures, we have the average of 9.41 and 9.70 respectively. These results reveal that health professionals provided clients with clear, sufficient and relevant information based on their clients' needs, leaving them free and competent to take the best decision in relation to aesthetic procedures.

Key words: Bioethics, Client Autonomy, Information, Freedom, Competence to make a decision, Aesthetic Medicine., Plastic Surgery.

1- INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a enfermagem, no Brasil, vem ampliando as suas responsabilidades, tanto em áreas tradicionalmente conhecidas de assistência à saúde, quanto em áreas de surgimento recente, de acordo com os avanços nas diversas especialidades das ciências da saúde. Entre as áreas de atuação mais recente para o enfermeiro estão a medicina estética e a cirurgia plástica, nas quais atua efetivamente como membro da equipe multiprofissional.

A medicina estética segundo Maio (2003) e Avelar (2002), promove o desenvolvimento de técnicas destinadas a corrigir alterações do relevo cutâneo da face e de outras regiões do corpo, por meio de procedimentos clínicos minimamente invasivos, com produtos químicos tópicos e injetáveis.

Para Mélega (2002), a cirurgia plástica é dividida em dois ramos principais: a cirurgia plástica reparadora ou reconstrutiva e a cirurgia plástica estética. A primeira compreende reparação de tecido, reposição de substâncias perdidas, e reabilitação das funções do órgão, geralmente de traumas, doenças ou defeitos congênitos. A cirurgia plástica estética se propõe a trazer as variações da normalidade para o mais próximo possível daquilo que se concebe como padrão de beleza para uma cultura, em um determinado momento, e também corrigir as alterações evolutivas do tempo. Segue dizendo que o limite entre as duas definições é tênue, já que é muito comum a ocorrência de situações em que os distúrbios da função são acompanhados de alterações estéticas.

Concordando com Mélega (2002), Ferreira (2000) complementa: a cirurgia plástica estética acresce à finalidade de dar forma a estruturas normais do corpo o objetivo de melhorar a aparência e a auto-estima, pois são alterações corporais que não configuram doenças mas causam alterações psicológicas. Segundo o mesmo autor, a indicação da cirurgia plástica estética deve ser criteriosa e sua justificativa condicionada à existência de ganho psicológico significativo para o cliente.

Para Maksud e Anderson (1995), a cirurgia plástica estética é um procedimento que pode causar dependência, por oferecer ao cliente a oportunidade de satisfazer desejos inconscientes.

Quando se trata de procedimentos estéticos, tanto cirúrgicos quanto clínicos, verifica-se, com freqüência, a fragilidade emocional expressa por alterações psicológicas dos clientes que, em sua maioria, encontram-se

emocionalmente vulneráveis. A procura por essas intervenções está na ânsia de melhorar a aparência e a auto-estima e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida. Vários autores têm constatado em seus trabalhos que os procedimentos estéticos possibilitam o alcance desses objetivos. (Sarwer, 1998; Goin e Goin, 1986).

Goin e Goin (1986) referem que pessoas com dificuldades em conviver com a aparência podem, recorrendo a procedimentos estéticos, conseguir minimizar suas ansiedades. Klassen (1996), em seu artigo sobre qualidade de vida após cirurgia plástica estética, constatou aumento na auto-estima dos clientes submetidos à correção estética.

A influência do potencial psicológico na imagem do corpo está presente nos estudos de Cash (1986); Heinberg (1996) e Sarwer et al (1998), que acreditam importante ser o relacionamento entre auto-estima e imagem corporal para entender a busca pela cirurgia plástica estética.

Segundo Rosemberg (1965), auto-estima pode ser definida como o sentimento ou apreço e a consideração que uma pessoa sente por si, ou seja, o quanto se gosta, como se vê e o que pensa sobre ela mesma. Para esse mesmo autor, a auto-imagem é definida como o centro da vida subjetiva do indivíduo, determinando seus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

Castilho (2001) refere que o objetivo da cirurgia plástica estética é proporcionar um aumento no bem estar psicológico do cliente. Para a autora, as mudanças na imagem corporal após uma cirurgia plástica estética se farão sentir nos aspectos perceptivo, cognitivo, emocional e comportamental.

- Aspecto perceptivo: percepções de mudança na aparência e das alterações sensoriais resultantes da cirurgia.
- Aspecto cognitivo: modificação na maneira negativa do indivíduo pensar sobre a sua aparência e experiência corporal.
- Aspecto emocional: diminuição de sentimentos de depressão e ansiedade associados com autoconsciência e melhora da auto-estima.
- Aspecto comportamental: modificações dos comportamentos direcionados ao corpo, com redução do uso de técnicas de camuflagem, diminuição da monitorização daquela região corporal, maior liberdade no comportamento e interações sociais e maior motivação para a prática de exercícios físicos.

Para a autora, ainda, o fator mais importante na determinação da resposta psicológica do cliente à cirurgia é o perceptivo, isto é, como o cliente começa a perceber a sua nova realidade estética advinda da cirurgia.

Schilder (1999) faz uma análise multidimensional, incluindo a psicologia e a sociologia do fenômeno Imagem Corporal: “Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modelo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. Para o mesmo autor, a construção da imagem corporal se baseia não apenas na história individual da pessoa, mas também em suas relações com os outros.

Para Cash (1990), a imagem corporal pode ser definida como percepções, pensamentos e sentimentos sobre o seu corpo e experiências corporais. A insatisfação com essa imagem parece ser a primeira motivação para o cliente procurar procedimentos clínicos ou cirúrgicos de ordem estética. A insatisfação com a imagem do corpo pode se tornar aversão pela aparência, o que leva à preocupação e mudança comportamental mal adaptada. Insatisfação extrema é a principal característica do transtorno da imagem corporal dismórfica (BDD - *body dysmorphic disorder*), definido como excessiva preocupação com um defeito na aparência, que pode ser imaginário, ou seja, não estar presente ou ser percebido como gritantemente exagerado.

Para Castilho (2001), a imagem corporal negativa está ligada à baixa auto-estima, a um sentimento de inadequação como pessoa, podendo causar ansiedade interpessoal e má adaptação em algumas interações sociais. Se o indivíduo não aceita sua aparência, pode assumir que os outros também não a apreciem. Imagem corporal e depressão estão relacionadas, num ciclo vicioso freqüente de descontentamento com a aparência e baixa auto-estima. Para a autora, a imagem corporal negativa associa-se a transtornos alimentares como anorexia e bulimia e, também, pode trazer conseqüências à esfera sexual, ao carrear preocupação à atração e manobras que escondam o corpo da visão ou contato do(a) parceiro(a) tornando o sexo um ato de apreensão e esquiva.

Sarwer et al. (1998), no estudo sobre a revisão da psicologia da cirurgia plástica estética, concluiu que a maioria dos clientes que a elas se submetem não sofre de distúrbios psicológicos sérios e que pode ser prematura a conclusão de que a cirurgia plástica pode promover benefícios psicológicos para boa parte dos

clientes. Ainda segundo os autores, sete de nove estudos sobre o estado psicológico no período pré-operatório de mulheres que se submeteram à mamoplastia apresentaram algum grau de psicopatologia. Descrições incluem aumento dos sintomas de depressão, ansiedade e baixa auto-estima.

Enfermeira atuante em procedimentos estéticos clínicos e cirúrgicos, percebo que a maioria dos clientes, que procuram esses procedimentos é portadora de uma expectativa que acarreta níveis diferentes de ansiedade, justificada pela coragem de investir em seu corpo, pela procura da solução para o seu problema, desejando que o resultado do tratamento proposto seja o mais próximo possível do idealizado, e pela repercussão que sua nova imagem corporal causará para si e para os outros.

Entender as motivações psicológicas, o perfil do cliente e as suas expectativas anteriores à realização do procedimento estético é essencial para auxiliar enfermeiros e médicos no preparo para tal experiência e seu resultado.

Para Mandelbaum (2003), ao se pensar na atuação da enfermagem em medicina estética, é necessário considerar a especificidade e a complexidade cada vez maiores dos procedimentos e recursos médicos, para diagnóstico e tratamento e a conseqüente necessidade do adequado preparo e atualização profissional contínua do enfermeiro, para o acompanhamento desses avanços. Ressalta, ainda, que outro aspecto de grande importância, é que a formação, além de implicar em um acurado cuidado técnico-científico, tem grande preocupação com o desenvolvimento de habilidades técnicas altamente especializadas, exigindo, também, um perfil apropriado do profissional, com características pessoais que lhe permitam profunda compreensão do significado psicológico e social de sua atuação com essa clientela.

Segundo Hockenberger (1995), o enfermeiro é o centro da equipe multiprofissional e a chave para a promoção do cuidado ao cliente com qualidade, ao determinar um cuidado apropriado às necessidades do cliente e implementar estratégias que possam assegurar resultados os mais positivos em medicina estética.

Estabelecer uma relação enfermeiro-cliente é o primeiro passo para que o enfermeiro possa extrair informações sobre os desejos do cliente, como tentar

visualizar a percepção de distorção quanto à sua auto-imagem e a mudança que o procedimento causará.

Em procedimentos estéticos, o enfermeiro tem um importante papel ao participar da avaliação dos clientes. A soma dos cuidados psicológicos, sociais e físicos pelo enfermeiro promove resultados positivos clínicos, cirúrgicos e psicológicos para os clientes.

Para Maksud e Anderson (1995), pessoas que procuram a cirurgia plástica estética têm sido descritas como apresentando três tipos de expectativas: a cirúrgica (física), a emocional (psicológica) e a social (interpessoal).

Verifico que a maioria dos clientes que procuram procedimentos estéticos manifesta a sua ansiedade desde o momento da marcação da consulta, quando solicita agendamento rápido, até a conclusão do procedimento clínico ou cirúrgico. A ansiedade pela perspectiva de melhora do problema deixa os clientes dispersos e resistentes às explicações fornecidas, sendo necessário reiterar várias vezes o propósito do tratamento, cuidados, riscos e reações. Talvez a quantidade e a complexidade das informações possam dificultar a compreensão do cliente com algum grau de ansiedade.

Dessa forma, enfermeiros e médicos são obrigados, legal e moralmente, a avaliar e preparar o cliente informando-o e esclarecendo-o quanto ao procedimento a ser realizado, cuidados pré e pós-procedimento, os riscos e benefícios, em linguagem acessível, bem como tentar suprir suas necessidades e questionamentos, para que efetive o processo de tomada de decisão de forma consciente.

Existe escassa literatura com relação à atuação do enfermeiro em medicina estética e cirurgia plástica estética, principalmente em âmbito nacional, sobretudo quanto às questões referentes ao esclarecimento e à liberdade do cliente para tomada de decisão.

A liberdade e o esclarecimento para a tomada de decisão são condições necessárias para a manifestação da autonomia do cliente que, em uma instituição, é favorecida pela atuação dos profissionais de saúde, propiciando informações sobre diagnóstico, prognóstico e alternativas de tratamento, assim como apoio frente à situação vivenciada e respeito à sua voluntariedade.

Autonomia diz respeito à capacidade que tem a racionalidade do ser humano de fazer leis para si mesmo. Significa a capacidade de a pessoa se governar, escolher, dividir, avaliar, sem restrições internas ou externas (Pessini e Barchifontaine, 2000). Segundo Clotet (2000), o princípio da autonomia requer que o profissional de saúde respeite a vontade do cliente ou de seu representante, seus valores morais e crenças.

Segundo o relatório BELMONT REPORT (1979), uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e de agir na direção dessa deliberação. Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas.

John Stuart Mill prefere definir autonomia, como individualidade no pensar e no agir. Para o autor, somente uma pessoa com caráter é genuinamente autônoma, pois não fica sob o controle de influências paternalistas. Dever-se-ia permitir que os cidadãos se desenvolvessem de acordo com suas convicções pessoais, desde que não interferissem na análoga expressão de liberdade dos outros. Insiste também que, por vezes, somos obrigados a procurar persuadir os outros, quando eles têm opiniões equivocadas ou não ponderadas.

Em filosofia, o conceito de Autonomia aplicado ao indivíduo remonta sobretudo Kant, para quem o sujeito moral em questão é a pessoa, o indivíduo racional e livre, sendo por isso a ética kantiana conhecida como “racionalismo ético”. Para Kant, sujeito moral é aquele que faz suas livres escolhas embasando-as em princípios morais que devem também ser escolhidos livremente, condição necessária da responsabilidade. É a razão que permite a escolha dos princípios, que deverá estar embasada na “vontade boa”.

Entretanto, Cohen e Marcolino (1999) compreendem o princípio da autonomia nas relações humanas como realizável quando existirem elementos emocionais e racionais de opção, ou seja, quando houver liberdade diante do conflito entre emoção e razão. Liberdade pressupõe opção, abrindo-se a possibilidade de pensar levando-se em conta as opções, que necessitam de liberdade para se realizarem.

Para Kant, o respeito à autonomia origina-se do fato de todas as pessoas terem valor incondicional, todos terem capacidade de determinar o próprio

destino; violar a autonomia de uma pessoa é tratá-la meramente como um meio, de acordo os objetivos de outros, sem levar em consideração os objetivos da própria. Esse tratamento é uma violação moral porque as pessoas são um fim em si mesmas, capazes de determinar o próprio destino.

Conforme Beauchamp e Childress (1994), ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como agente autônomo, pois respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter opiniões, fazer escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Exige, também, mais que obrigações de não-intervenção nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua autonomia. O respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito compreende atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros. Requer habilitar a pessoa para superar seu senso de dependência e obter o maior controle possível ou o controle que desejar (Beauchamp e Childress, 1994; Durand, 1999).

Para Fortes (1998), o limite da autonomia de cada indivíduo é guiado pelo respeito, que divide fronteira com o direito do outro e o da coletividade; caso contrário, entraríamos no extremo de um individualismo social, em que cada pessoa seria regida por suas necessidades e vontades imediatas, não tendo olhos para o bem coletivo. Refere, ainda, que o mesmo acontece na relação cliente-profissional de saúde, na qual o individualismo da equipe predomina sobre a autonomia do cliente e que a autonomia individual sem alguma forma de responsabilidade social, garantida por regras de cooperação aceita por todos, não permite superar o individualismo que conduz ao inevitável egoísmo, como expressa... “a autonomia não deve ser convertida em direito absoluto, pois poderia levar a um atomismo social; seus limites devem ser dados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos outros e da coletividade”.

Para o filósofo Hottois (1998) citado por Durand (1999), “a autonomia de uma pessoa comporta tais condições: saúde, cultura, educação, situação material, estado psicológico. O respeito à autonomia da pessoa exige que ela seja

ajudada a sempre promover em si e em outrem essa autonomia, por mais precária e mutável que seja”.

Para Beauchamp e Childress (1994), mesmo as pessoas autônomas, com a capacidade de autogoverno, falham em governar a si mesmas nas suas escolhas, em razão de restrições temporárias impostas pela doença ou pela depressão, pela ignorância, ou pela coerção. Afirmam, ainda, que os indivíduos podem exercer sua autonomia ao escolher, aceitar e se submeter às exigências de autoridade de uma instituição, tradição ou comunidade que se considere fontes legítimas de direcionamento.

Para Guimarães e Novaes (1999), nossa sociedade também é composta por sujeitos incapazes de decidir livremente ou de manifestar sua decisão porque, embora livres no sentido mais comum do termo, condições sociais, culturais, étnicas, políticas, econômicas, educacionais e de saúde dificultam tal manifestação. Esses indivíduos preenchem somente os requisitos formais para ser autônomos, tais como serem maiores de idade e não terem moléstia ou deficiência mental que os impeçam de decidir. Estes sujeitos são chamados de “Vulneráveis”.

Segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Vulnerabilidade *“refere-se a estado de pessoas ou grupos, que por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido”* (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

A vulnerabilidade emocional dos clientes se caracteriza por um perfil ansioso, com alto índice de expectativa quanto ao resultado final, esperando que os profissionais de saúde algumas vezes supram ou respondam a desejos e expectativas pessoais que, por vezes, são impossíveis de ser atingidas, apesar da competência profissional da equipe. Durante a consulta de enfermagem, percebe-se que os clientes, em sua maioria, apresentam um raciocínio voltado para os sentimentos e desejos internos. Para Castilho (2001), a percepção do cliente é influenciada por sua expectativa em relação às mudanças provocadas pela cirurgia.

Segundo Durand (1999), certas pessoas podem ser inaptas para realizar certos atos, mas aptas para outros, ou capazes em alguns dias e incapazes em outros momentos; assim, o respeito à autonomia exige atenção minuciosa e constante.

Para Beauchamp e Childress (1994), raramente se julga uma pessoa incapaz quanto a todas as esferas de sua vida. Uma pessoa inapta para decidir questões financeiras pode ser apta para decidir participar de pesquisas médicas, ou ser capaz de realizar com facilidade tarefas simples e não se sair tão bem diante de tarefas mais complexas. A capacidade deve ser entendida como algo específico e não como algo global. Muitas pessoas são incapazes de fazer algo numa determinada época e, num outro momento, são inteiramente capazes de realizar tal tarefa.

Para os mesmos autores, o respeito à autonomia obriga os profissionais a revelarem informações, verificarem e assegurarem o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajarem a tomada de decisão adequada. O paradigma básico da autonomia na saúde, na política e em outros contextos é o consentimento esclarecido.

Consentimento esclarecido é um ato de decisão voluntária, realizado por uma pessoa competente, embasada em informações pertinentes e que seja capaz de deliberar, tendo compreendido a informação recebida, aceitando ou recusando propostas de ação que a afetem ou possam afetar; ele é, portanto, condição indispensável da relação cliente-profissional de saúde (Fortes, 1995; Clotet, 2000).

A noção de consentimento na atividade médica, segundo Muñoz e Fortes (1998), teve origem nas posições filosóficas relativas à autonomia do homem quando das decisões tomadas em tribunal.

O termo *consentimento informado* não aparece até os anos que se seguiram aos julgamentos de Nuremberg (relatos de experiências médicas em campos de concentração) e não recebe uma análise detalhada até 1972. O enfoque, recentemente, se transferiu da obrigação de o médico ou pesquisador revelar a informação para a qualidade do entendimento e do consentimento de um cliente ou sujeito de pesquisa. Os procedimentos referentes ao consentimento foram planejados para possibilitar a escolha autônoma e cumprem outras

funções, incluindo a proteção dos pacientes e dos sujeitos de pesquisa contra danos e o encorajamento dos profissionais de saúde para que ajam de forma responsável nas interações com pacientes e sujeitos da pesquisa (Beauchamp e Childress, 1994).

Juridicamente, a primeira decisão que tratou da questão foi o caso Slater *versus* Baker e Staplenton, na Inglaterra em 1767, quando dois médicos foram considerados culpados por não terem obtido o consentimento do paciente para uma cirurgia de membro inferior que resultou em amputação. Naquela época, o consentimento já era realizado tanto por motivos éticos e legais, como pela necessidade da cooperação do paciente na realização do ato cirúrgico, devido às práticas anestésicas não estarem desenvolvidas o suficiente (Fortes,1996).

Em 1908, houve o processo Schloendorff *versus* “*Society of New York Hospitals*”, responsável pelo desenvolvimento da reflexão doutrinária nos meios jurídicos dos Estados Unidos. Trata-se do caso em que uma senhora procura o hospital com dores abdominais e, sendo examinada pelo médico diagnosticou-se um tumor benigno instalado no útero. Assim, realizou-se uma cirurgia pelo qual o útero foi extirpado. Porém, pouco tempo depois, a senhora acusou o médico e o hospital perante os tribunais, alegando ter sido enganada e operada sem o seu consentimento, afirmando ter autorizado apenas a anestesia para procedimentos diagnósticos e não para a cirurgia. O caso chegou à Corte Suprema e a sentença foi favorável à paciente (Fortes,1996).

Em 1957, aparece a expressão *informed consent*, pela corte da Califórnia, julgadora do caso Salgo *versus* Leland Stanford Jr, da University of Trustees. Nesse caso, um homem fora submetido a uma aortografia transtorácica em razão de suspeita de obstrução da aorta abdominal, tendo depois apresentado paralisia dos membros inferiores, uma complicação do procedimento. Julgou-se ter havido conduta culposa dos operadores porque não revelaram ao paciente as possibilidades de riscos dessa técnica, cabendo sanção indenizatória (Fortes,1996).

O princípio ético do respeito à autonomia não se limita somente ao direito da recusa ou ao consentimento simples: requer um consentimento livre, esclarecido, renovável e revogável (Fortes,1995; Gelain, 1992). O consentimento deve ser dado livremente, de forma consciente, sem práticas de coação física,

psíquica ou moral, ou de simulação enganosa ou quaisquer outras formas de manipulações impeditivas da livre manifestação da vontade pessoal.

Em São Paulo, a Lei Estadual nº 10.241, promulgada em março de 1999, dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde do Estado de São Paulo. Dentre seus vários artigos, pode-se destacar “receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: hipóteses diagnósticas; diagnósticos realizados; exames solicitados; ações terapêuticas; riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; duração prevista do tratamento proposto; no caso de procedimentos e diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicado, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; exames e condutas a que será submetido; a finalidade dos materiais coletados para exame; alternativas de diagnóstico e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços; e o que julgar necessário; consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados”(São Paulo, 1999).

A abordagem aceita da definição de consentimento informado é aquela que especifica os elementos do conceito, em particular dividindo-os em componente de informação e componente de consentimento. O componente de informação refere-se à revelação da informação e à compreensão daquilo que é revelado. O componente de consentimento refere-se a uma decisão e uma anuência voluntária do indivíduo para se submeter a um procedimento recomendado (Beauchamp e Childress, 1994).

O profissional deve exercer ação persuasiva, mas nunca coação ou manipulação de fatos ou dados. Persuasão é a tentativa de induzir a decisão de outra pessoa por meio de apelos à razão (Fortes, 1998). Segundo Hewlett (1996), o consentimento só é moralmente aceitável quando está fundamentado em quatro elementos: informação, competência, entendimento e voluntariedade.

Segundo Fortes (1998), o consentimento esclarecido requer adequadas informações, compreendidas pelo cliente. A informação é a base das decisões autônomas necessárias para que o paciente possa consentir ou recusar os

procedimentos ou recursos que lhe foram propostos. A pessoa deve ser informada e devidamente esclarecida, e as informações fornecidas devem estar adaptadas às circunstâncias culturais e psicológicas. É necessário que o profissional de saúde apresente as informações com linguagem simples e que sejam aproximativas, inteligíveis, leais e respeitosas.

Para Muñoz e Fortes (1998), na prática dos profissionais de saúde se apresentam três padrões de informação. O primeiro padrão é o da “prática profissional”, na qual o profissional de saúde revela aquilo que um colega consciencioso e razoável teria informado em similares circunstâncias. A revelação das informações é determinada pelas regras habituais e práticas tradicionais de cada profissão. Este padrão de informações negligencia o princípio da autonomia do paciente, já que o profissional utiliza parâmetros já estabelecidos por sua categoria, sem adaptar ou individualizar as informações.

O segundo padrão encontrado é o da “pessoa razoável”, que se fundamenta em informações que uma hipotética pessoa razoável, considerada como uma representação média de determinada comunidade e cultura, necessitaria saber sobre as condições de saúde e propostas terapêuticas e preventivas. O profissional, ao escolher este modelo, continua decidindo o que será ou não revelado, o que julga estar dentro dos limites de compreensão do paciente, negligenciando o princípio ético da autonomia do paciente.

O terceiro padrão é o chamado “orientado ao paciente” ou padrão subjetivo. Ao utilizar este padrão o profissional procura uma abordagem informativa, personalizada, passando as informações e contemplando as expectativas, os interesses, os valores de cada paciente observados na sua individualidade.

Munoz e Fortes (1998) consideram insatisfatórias as explicações que argumentam que a grande maioria dos clientes de instituições hospitalares não compreende as informações que lhe são passadas. Para os autores, tais afirmativas trazem consigo preconceitos étnicos ou de classe social. Muitas vezes, a causa do não entendimento dos clientes está na inadequação da informação e não na capacidade de compreensão.

Para Fortes (1998), a pessoa autônoma também tem o direito de “não ser informada”. Ser informado para o paciente é um direito, não uma obrigação.

Nestes casos, o paciente deve ser questionado pelos profissionais de saúde sobre quais parentes ou amigos quer que sirvam como canais das informações. Para a validação desse direito, o cliente deve ter a compreensão de que é dever do médico informá-lo sobre os procedimentos propostos, que tem o direito moral e legal de tomar decisões sobre o seu próprio tratamento. O cliente deve compreender também que os profissionais não podem iniciar um procedimento sem a sua autorização, exceto nos casos de iminente perigo de vida. O direito de decisão do cliente inclui o de consentir ou de recusar a se submeter a qualquer procedimento.

O termo de consentimento é um documento legal, assinado pelo cliente ou responsável legal com o intuito de respaldar juridicamente a ação dos profissionais e dos estabelecimentos de saúde. Alguns requisitos são básicos quando da redação do documento: linguagem acessível; conter os procedimentos ou terapêuticas utilizadas, bem como seus objetivos e justificativas; desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados; métodos alternativos existentes; liberdade de o paciente recusar ou retirar seu consentimento, sem qualquer penalização ou prejuízo a sua existência; assinatura ou identificação do paciente ou representante legal (Muñoz, Fortes, 1999).

Em cirurgia plástica estética, o consentimento esclarecido requer que o médico forneça informações sobre todas as alternativas disponíveis, juntamente com os riscos dos procedimentos. Assim, o cliente devidamente informado e o médico tomam decisões com base nas informações fornecidas, nos parâmetros clínicos que possam afetar essa decisão e nos possíveis riscos durante o procedimento. Para os autores, os passos para o consentimento informado incluem: informações sobre o procedimento a ser realizado de forma compreensiva e detalhada, que devem ser repetidas e impressas; propiciar várias oportunidades para que o cliente faça questionamentos e esclareça questões; ter documentação das informações fornecidas pelos pacientes; verificação da aceitação e compreensão, pelo cliente, das informações quanto aos riscos e complicações da escolha e explicações sobre o documento “termo de consentimento” antes de qualquer procedimento (Tebbetts e Tebbetts, 2002).

Atuando na clínica, no contato com os clientes, percebo que o Consentimento Esclarecido se inicia mediante uma comunicação clara, somada a

bom relacionamento desenvolvido entre o cliente e o profissional de saúde, deixando de ser o Termo de Consentimento um instrumento meramente legal, para se tornar o registro de um processo de tomada de decisão consciente.

Segundo Maksud e Anderson (1995), o enfermeiro e o médico precisam entender as expectativas e as necessidades do cliente, para ter uma visão realista se poderão ser alcançadas ou não com o procedimento escolhido.

Os médicos precisam entender que consentimento informado não deve ser tido como um ato meramente legal, sendo um processo de comunicação contínuo (Maksud e Anderson, 1995).

Para Castilho (2001), a percepção do cliente frente à sua mudança corporal após uma intervenção estética é influenciada por suas expectativas em relação à mudança cirúrgica. Um ponto importante que a literatura em cirurgia plástica sempre reitera é a relevância em clarear as expectativas pré-operatórias do indivíduo quanto à cirurgia. Afirma, ainda, que a decisão pela cirurgia plástica não deve ser tomada de forma impulsiva, devendo-se avaliar os prós e os contras.

Desde o final do século XX, a mídia vem divulgando informações sobre os diversos tipos de tratamento em medicina estética. As opções de tratamento de beleza são bastante conhecidas do grande público, sendo as novidades e tipos de tratamento veiculados com frequência nas rádios e tevês, bem como na grande diversidade de revistas especializadas ou não. A internet é um outro meio de divulgação, com vários “sites” nos quais é possível saber o que há de novo em medicina estética, quase simultaneamente aos seus lançamentos.

Para Ciochetti (2003), o índice de leitura de reportagens desse gênero é um dos maiores em qualquer tipo de publicação. As edições de revistas de assuntos gerais que têm como matéria de capa novidades ou qualquer outro aspecto envolvendo a beleza estão entre as mais vendidas. Concluindo, a autora justifica essa demanda como resultado da crescente valorização da boa forma do corpo. Para ela, as pessoas estão mais conscientes da necessidade de cuidar da aparência; afinal, descobriram que essa é uma forma de aumentar a auto-estima e a segurança.

Observamos que a maioria dos clientes que procura a clínica já vem informada sobre o que deseja realizar, tem grande conhecimento sobre as

novidades que surgem no mercado, o que desperta grandes expectativas para melhorar o seu problema.

Cabe ao profissional de saúde ouvir o cliente e verificar se as informações que traz consigo sobre procedimentos ou tratamentos estéticos vão realmente suprir as suas expectativas, ou seja, se são adequados ou não para a sua necessidade. São funções do profissional de saúde fornecer e esclarecer informações e apresentar as possibilidades de tratamento para o problema, iniciando um vínculo com o cliente.

Assim, é de extrema importância o atendimento personalizado e o esclarecimento do cliente para o exercício da sua autonomia frente aos procedimentos estéticos invasivos e não invasivos, para que ele possa tomar a decisão mais acertada para o alcance de sua pretensão.

Considerando a escassa literatura sobre o assunto, a jovialidade da atuação do enfermeiro nessa área e a importância da atuação dos profissionais de saúde como um dos meios para assegurar a autonomia do cliente, decidiu-se pela realização deste estudo.

2- OBJETIVOS

- Identificar a percepção do cliente quanto ao esclarecimento do seu processo de tomada de decisão para realização de procedimentos estéticos clínicos e/ou cirúrgicos.

- Identificar a percepção do cliente quanto à liberdade na tomada de decisão para realização de procedimentos estéticos clínicos e/ou cirúrgicos.

3- MÉTODO

3.1- TIPO DE ESTUDO

O estudo foi descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. Descritivo, pois apresentou as características do fenômeno em questão, exploratório por buscar mais informações sobre determinado assunto (Martins, 1994). A abordagem foi quantitativa porque se procurou medir aspectos mais evidentes e observáveis do fenômeno.

3.2- LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma clínica privada de medicina estética e cirurgia plástica estética, considerada como Clínica de Estética I pelo Centro de Vigilância Sanitária, ou seja, presta serviços especializados na execução de procedimentos clínico-medicamentosos em estética, compreendendo equipamentos eletromédicos e/ou procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais, bem como em emagrecimento, sem submeter os clientes à internação (São Paulo, 1999).

Essa instituição foi inaugurada em 1999, está localizada na zona sul da cidade de São Paulo e atende em média 40 clientes por semana. Trabalham um médico (responsável técnico e proprietário), uma enfermeira, uma esteticista e uma recepcionista.

A clínica é especializada na prestação de serviços em tratamentos estéticos clínicos e/ou cirúrgicos. Os procedimentos clínicos são divididos em invasivos, como: preenchimento, toxina botulínica, aplicação facial anti-envelhecimento, aplicação para gordura localizada e celulite e aplicação capilar anti-queda; e não invasivos “*peelings*”, tratamentos estéticos corporais e faciais com cremes e aparelhos.

Em 1999, a atual clínica iniciou como consultório médico especializado em cirurgia plástica e estética, constituída pelo cirurgião plástico, uma recepcionista e um auxiliar de assuntos gerais. Em 2001, no desejo de transformar o consultório em clínica I, houve a necessidade de agregar profissionais que o auxiliassem

nessa estruturação, visando à melhoria na qualidade da assistência. Para isso foram contratadas duas enfermeiras e um técnico de informática. Nesta fase de reformulação, houve intenso e árduo trabalho por parte das enfermeiras no desenvolvimento de protocolos, desde o atendimento aos clientes, função de cada integrante da equipe, pedido de compras, controle do almoxarifado, até os referentes aos tratamentos como uso de cremes, cuidados pré e pós-procedimentos, protocolo fotográfico, atualização dos termos de consentimento esclarecido de procedimentos cirúrgicos estéticos, elaboração das fichas de exame físico específicas para cada procedimento e de uma ficha médica contendo os dados gerais do cliente.

Os clientes que procuram a clínica são agendados previamente. Ao chegarem para a primeira consulta, preenchem a ficha denominada “Ficha Médica”, que contém dados de identificação pessoal, hábitos, tratamentos atuais, antecedentes cirúrgicos, patologias e antecedentes familiares relacionada a patologias. Pertencem, também, à Ficha Médica, segmentos específicos com dados pertinentes ao tratamento que deseja realizar.

Após o preenchimento da ficha, os clientes passam em consulta com o médico que fornece o diagnóstico, assim como propõe o tipo de tratamento. No momento subsequente, a enfermeira faz a consulta de enfermagem.

As atribuições da enfermeira na clínica são:

- ❑ Planejar, implementar e avaliar a assistência de enfermagem em todas as fases dos procedimentos clínicos/cirúrgicos em medicina estética.
- ❑ Manter-se atualizada com relação aos procedimentos, materiais e equipamentos.
- ❑ Aplicar medidas atualizadas para prevenção e controle de infecções em procedimentos clínicos e cirúrgicos.
- ❑ Manter e conservar os equipamentos da clínica.
- ❑ Efetuar cotação de preços e compra dos medicamentos e materiais descartáveis.
- ❑ Controlar estoque e manter a conservação dos materiais e medicamentos.

- ❑ Preparar documentação informatizada dos procedimentos de enfermagem, assim como registro fotográfico dos clientes.
- ❑ Orientar os clientes quanto aos cuidados pré e pós-procedimentos clínicos.
- ❑ Orientar os clientes quanto aos cuidados pré e pós-operatórios.
- ❑ Proporcionar ambiente adequado ao cliente, com atendimento humanizado e respeitoso, durante o processo de tratamento clínico/cirúrgico.
- ❑ Auxiliar nos procedimentos estéticos clínicos e cirúrgicos.
- ❑ Assistir o cliente no pré, trans e pós-operatório.
- ❑ Avaliar e definir as expectativas do cliente e familiares quanto a procedimentos clínicos e cirúrgicos
- ❑ Verificar se as necessidades do cliente podem ou não ser alcançadas com o procedimento, bem como se tais expectativas são realistas.
- ❑ Orientar e preparar os clientes para a experiência do procedimento.
- ❑ Fazer contato com cliente pós-procedimento clínico/cirúrgico para verificar a evolução dos sinais e sintomas e renovar as orientações.
- ❑ Colaborar para o esclarecimento do cliente sobre o Termo de Consentimento.
- ❑ Elaborar orçamento dos procedimentos clínicos e cirúrgicos e torná-los viáveis aos clientes.

As orientações ao cliente são fornecidas numa sala reservada, de modo que ele não sofra interferências externas ou interrupções de qualquer natureza. Enfermeira e médico, juntos, procuram harmonizar e complementar as informações sobre o procedimento, na tentativa de esclarecer o cliente quanto às dúvidas e expectativas. As orientações são oferecidas de forma clara, com linguagem acessível e repetidas de acordo com as necessidades do cliente e da sensibilidade do orientador. Fornecem-se ao cliente protocolo de orientações para cirurgias e alguns tipos de tratamento clínico e termo de consentimento esclarecido para os procedimentos cirúrgicos estéticos.

Prepara-se documentação fotográfica para todas as etapas do tratamento clínico ou cirúrgico.

Caso o cliente decida se submeter ao tratamento, este poderá ser agendado ou executado na mesma hora, dependendo do tipo e da disponibilidade de horário da clínica. Os tratamentos faciais e corporais clínicos e as pequenas cirurgias são feitos na própria clínica e as médias e grandes cirurgias são agendadas e realizadas em hospitais.

3.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os clientes da clínica, em sua maioria, são do sexo feminino, de classes média e alta, que buscam tratamentos estéticos invasivos e não invasivos.

Em geral, chegam com desejo de melhorar a aparência ou de resolver um problema, nem sempre portando informações corretas sobre os tipos de tratamento. Cabe aos profissionais de saúde esclarecê-los quanto àquele que consideram mais adequado ao problema diagnosticado, assim como apresentar alternativas disponíveis.

O perfil dos clientes pode ser assim descrito: exigente, perfeccionista, determinado em resolver suas necessidades e depositante na equipe de expectativa da resolução ou melhora de um problema. Em sua maioria, apresentam expectativas realistas e queixas definidas e específicas para as mudanças que pretendem realizar em seu corpo; preferem procedimentos estéticos clínicos aos cirúrgicos, por se tratar de métodos menos invasivos.

A população do estudo foi constituída por clientes que estavam passando em consulta pela primeira vez ou que já freqüentavam a clínica, mas pretendiam algum tipo de procedimento do qual ainda não haviam se submetido anteriormente, no período compreendido entre 11 de agosto e 06 de outubro de 2003.

Os clientes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: idade igual ou acima de 18 anos, capacidade para entender e decidir, saber ler, participar voluntariamente da pesquisa e ter decidido pelo procedimento.

O tamanho de amostra foi calculado tendo como objetivo a estimação do escore médio em cada questão, adotando uma margem de erro de 0,5 ponto e um coeficiente de confiança de 0,95 (Morettin e Bussab, 2002). Como estimativa da variância, adotou-se o maior valor observado no estudo, isto é, a variância estimada dos escores da questão 22. O tamanho de amostra obtido foi igual a 44 e, portanto, o tamanho de amostra adotado no estudo está adequado à precisão fixada.

3.4- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta de dados compôs-se de duas partes. A primeira referente à caracterização dos participantes da pesquisa, no que se refere a sexo, idade, escolaridade, profissão/ocupação, tipo de tratamento a ser realizado (clínico ou cirúrgico), nome do procedimento, estado civil e grau de escolaridade. A segunda, relativa à investigação do objeto de estudo, constitui-se de um questionário com afirmativas referentes às ações de saúde dispensadas pelos profissionais da saúde aos clientes durante o período de atendimento. O instrumento continha, também, as instruções para preenchimento (Anexo I).

O questionário teve sua construção baseada na Escala de Likert, utilizada para medir opiniões e atitudes. É uma escala do tipo intervalar, com distâncias regulares entre as posições, que apresenta dois campos de variação, um de concordância e outro de discordância. Assim, são construídas proposições ou afirmativas que demonstram posições, da mais favorável à mais desfavorável, em relação ao objeto de estudo (Marconi e Lakatos, 1996).

As proposições são individualmente graduadas, podendo variar o número de intervalos; o mais comum é ter cinco graus, sendo um extremo (grau 1) o total desacordo e, o outro (grau 5), o total acordo; o ponto intermediário (grau 3) representa o indeciso.

O instrumento teve como objetivo identificar posições nitidamente favoráveis ou desfavoráveis relativas às ações dispensadas pelos profissionais da saúde, que denominamos positivas ou negativas, respectivamente. Os pontos de

referência adotados para determinar se a proposição era positiva ou negativa em relação ao consentimento esclarecido do cliente são os preconizados na literatura. (Marconi e Lakatos, 1996).

No instrumento de coleta de dados, as proposições foram apresentadas de forma aleatória dentre as categorias Informação, Competência e Liberdade, com proposições positivas e negativas em todas as categorias, a fim de não condicionar as respostas dos participantes do estudo. As alternativas em branco foram consideradas “não sei responder”.

O instrumento foi enviado a seis juízes para validação do conteúdo, para verificar se as afirmações tinham representatividade diante do universo teórico que se pretendia medir (Kerlinger, 1975). Esse autor ressalta ainda que é impossível atingir integralmente o universo teórico e o que se espera é uma amostra representativa que produza reação.

São considerados juízes aqueles profissionais especialistas no assunto, capazes de validar o conteúdo teórico contido nas afirmações ou especialistas no método, capazes de avaliar a construção do instrumento (Gonçalves, 1998).

Foram aplicados dois testes-piloto, com um total de 10 clientes, para verificar a compreensibilidade das proposições e, a partir de então, foram realizadas as adequações consideradas pertinentes.

Considerando importante identificar a percepção do cliente quanto ao esclarecimento no processo de tomada de decisão, bem como a liberdade na realização de procedimentos estéticos clínicos ou cirúrgicos, achamos conveniente tentar responder às seguintes questões:

- Os clientes percebem-se esclarecidos para a tomada de decisão na realização de um procedimento estético?
- Os clientes têm liberdade para a escolha do tratamento?

Vislumbrando a possibilidade de responder a esses questionamentos, o tema foi dividido em três categorias: Informação, Competência e Liberdade.

Categoria Informação-“Informação é a base da fundamentação das decisões autônomas do cliente, necessária para que o mesmo possa consentir ou recusar-se a medidas ou procedimentos de saúde a ele propostos” (Fortes, 1998).

Categoria Competência-A atribuição com relação à Competência se refere ao estar competente, ser capacitado para a tomada de decisão. A competência

deve ser olhada como um dos três elementos necessários para um consentimento ou rejeição válida pelo cliente, devendo ser satisfeitos três critérios: o cliente deve receber a informação adequada sobre o tratamento sugerido; o cliente não deve ser coagido a consentir e o cliente deve ser totalmente competente para consentir ou rejeitar um tratamento (Culver, 1999).

Categoria Liberdade-A ausência de Liberdade não permite a existência de um pensamento, possibilitando unicamente uma ação sem pensamento. Portanto, a liberdade e a opção para determinado fim estruturam um campo de relação que é o alicerce da autonomia. Assim, o exercício da autonomia mostra-se dentro de uma certa medida, condicionado pelo reconhecimento de sua existência, pela necessidade de uma capacidade para exercê-la e, finalmente, pela possibilidade da existência de elementos que permitam uma opção (Cohen e Marcolino, 1999).

O instrumento constituiu-se de 28 proposições, sendo 6 correspondentes às categorias Competência; 8, Liberdade e 14, Informação. Dentre as 28 proposições, 9 são negativas e 19 positivas, como apresentadas a seguir.

Nº	AFIRMATIVAS	CLASSIFICAÇÃO
	DURANTE O ATENDIMENTO NA CLÍNICA	
1	os profissionais de saúde me orientaram sobre o procedimento que eu gostaria de realizar	Positiva
2	fui orientado(a) sobre as alternativas de tratamento para a minha necessidade	Positiva
4	fui orientado(a) sobre os cuidados que antecediam o procedimento	Positiva
10	fui orientado(a) quanto às vantagens do procedimento	Positiva
13	os profissionais de saúde explicaram o motivo do tratamento	Positiva
16	as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde me deram segurança para a tomada de decisão	Positiva
18	gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento	Negativa
19	todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos profissionais de saúde	Positiva
21	fui orientado(a) frente aos possíveis riscos e reações do procedimento	Positiva
23	os profissionais de saúde acrescentaram mais informações às informações que eu já tinha	Positiva
24	os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros	Negativa
25	fui orientado(a) sobre os cuidados a serem seguidos após o procedimento a ser realizado	Positiva
26	fui orientado(a) quanto às desvantagens do procedimento a ser realizado	Positiva
28	os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento	Negativa

Quadro 1- Classificação das afirmativas da categoria Informação. São Paulo, 2003.

Nº	AFIRMATIVAS	CLASSIFICAÇÃO
	DURANTE O ATENDIMENTO NA CLÍNICA	
3	entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento	Positiva
7	senti dificuldades para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado	Negativa
12	os profissionais de saúde falaram de forma difícil de entender	Negativa
17	entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado	Positiva
20	entendi as respostas que os profissionais de saúde deram às perguntas que fiz	Positiva
27	as orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras	Negativa

Quadro 2- Classificação da afirmativas da categoria Competência. São Paulo, 2003.

Nº	AFIRMATIVAS	CLASSIFICAÇÃO
	DURANTE O ATENDIMENTO NA CLÍNICA	
5	tive liberdade para conversar com os profissionais de saúde sobre as minhas dúvidas	Positiva
6	os profissionais da saúde ouviram as minhas preocupações	Positiva
8	senti dificuldade para fazer perguntas aos profissionais de saúde	Negativa
9	Tive liberdade para decidir pelo tratamento a ser realizado	Positiva
11	os profissionais de saúde não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento	Negativa
14	a tomada de decisão sobre o procedimento foi discutida com os profissionais de saúde	Positiva
15	não gostei da maneira como fui tratado(a) quando perguntei sobre o procedimento	Negativa
22	Os profissionais de saúde influenciaram na minha tomada de decisão na realização do procedimento	Positiva

Quadro 3- Classificação das afirmativas da categoria Liberdade. São Paulo, 2003.

Nos dados da Tabela 1, pode-se observar a constituição do instrumento:

Categoria	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Informação	11	39,3	3	10,7	14	50
Competência	3	10,7	3	10,7	6	21,4
Liberdade	5	17,9	3	10,7	8	28,6
Total	19	67,9	9	32,1	28	100

Tabela 1- Distribuição das afirmativas por categoria, segundo a classificação positiva ou negativa. São Paulo, 2003.

Com a finalidade de conhecer a nota geral que o cliente atribuía ao esclarecimento das informações e à liberdade para a tomada de decisão, foram incluídas, no final do instrumento, duas questões de escalas graduadas de 1 a 10, sendo uma para cada categoria (Figura 1 e 2).



Figura 1- Escala de medida com relação ao esclarecimento para a tomada de decisão. São Paulo, 2003.



Figura 2- Escala de medida com relação à liberdade para a tomada de decisão. São Paulo, 2003.

3.5- OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Para a realização do estudo, obtiveram-se autorização prévia do proprietário da Clínica (Anexo V) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo III).

A coleta de dados foi efetuada pela própria pesquisadora, que averiguava diariamente, pelo sistema de informação, a relação de clientes do dia, que atendiam os critérios de elegibilidade.

Antes da aplicação do questionário, a pesquisadora esclareceu os clientes sobre o caráter e os objetivos do estudo e verificou o interesse em participar. Garantiram-se aos clientes o sigilo das informações, a voluntariedade na participação e a possibilidade de interromper o preenchimento do instrumento a qualquer momento, sem penalidade alguma e sem prejuízo a seu cuidado. Assegurou-se, também, o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir sobre a pesquisa.

Foi entregue o Termo de Responsabilidade do Pesquisador (Anexo II), prova do acordo dos participantes com as condições estabelecidas da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi substituído pelo Termo de Responsabilidade do Pesquisador, uma vez que o retorno do instrumento de coleta de dados preenchido traduzia o consentimento para a participação.

O instrumento de coleta de dados teve tanto a sua primeira parte, caracterização sociodemográfica, quanto a segunda, relativa às proposições, preenchidas pelo cliente. Na clínica, o pesquisador entregou o instrumento de

coleta de dados em um envelope selado para cada cliente. Foi-lhe dada a opção de responder o questionário fora do local de estudo ou na própria clínica, onde era cedida uma sala para que tivesse conforto e privacidade. Assim, os clientes que decidiram responder o questionário na clínica devolveram-no para a secretária, em envelope lacrado; àqueles que optaram por levar o instrumento e responder depois, foi solicitada devolução pelo correio, num prazo de 10 dias. Houve a recomendação para não se colocar remetente no envelope, a fim de assegurar o anonimato.

Cabe esclarecer que o cliente respondeu o instrumento após a tomada de decisão concordante em relação ao procedimento estético a ser realizado.

3.6- PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Procedeu-se às análises descritivas de todas as variáveis do estudo. Foram adotadas, quando possível, a distribuição de freqüências e as medidas resumo, Média, Desvio Padrão e Variação (Mínimo e Máximo), na produção de estimativas pontuais.

Para agrupar clientes que tenham apresentado comportamento semelhante quanto aos escores atribuídos nas 28 proposições e nas duas questões, fez-se uma análise de agrupamentos (Johnson, Wichern, 1992). Na aplicação desta técnica multivariada, a distância considerada entre os clientes foi a euclidiana e o método de agrupamento adotado foi o da ligação completa.

Nas análises inferenciais foram aplicados testes de hipótese, sendo adotada a técnica de análise de variância com medidas repetidas (Neter et al, 1996).

A classificação da profissão/ocupação, dos dados sociodemográficos, foi baseada em Meneguín (2001), adaptada de Fonseca (1967). O modelo proposto engloba cinco níveis de ocupação que variam de acordo com a quantidade (conhecimento formal) e o tipo de conhecimento inerente a cada ocupação, ou seja, quanto maior o número da classificação, maior a qualificação profissional. Para contemplar as pessoas que não exerciam ocupações englobadas na

proposta de Fonseca, foi acrescentado um nível de ocupação denominado nível I, com adaptações nos níveis III e IV. Segue-se a classificação adotada:

Nível I: sem ocupação definida (estudantes, desempregados, aposentados).

Nível II: cargos de ocupação manual não especializada compreendendo pessoas encarregadas de executar tarefas que não exigem prévia experiência profissional.

Nível III: cargos de ocupação manual especializada, que incluem pessoas encarregadas de executar tarefas artesanais e manuais que requerem compreensão dos processos que intervêm no trabalho, além de habilidade manual.

Nível IV: cargos de supervisão, gerência e outras ocupações não manuais.

Nível V: profissionais liberais e cargos de alta administração.

3.7- VARIÁVEIS DO ESTUDO

O estudo trabalhou com as seguintes variáveis:

➤ **Variável Resposta**

Percepção do cliente sobre as ações dispensadas pelos profissionais da saúde no atendimento na clínica.

➤ **Variáveis Sociodemográficas**

Sexo, idade, grau de instrução, renda familiar, estado civil e profissão/ocupação.

➤ **Variáveis Clínicas**

Tipo de tratamento e tipo de procedimento.

4- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados em três fases:

- Caracterização dos clientes
- Percepção dos clientes quanto ao esclarecimento e quanto à liberdade no processo de tomada de decisão para realização de procedimentos estéticos clínicos e/ou cirúrgicos
- Análise das correlações

4.1 -CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES

Na primeira parte do instrumento de coleta de dados, nas questões de 1 a 7 encontram-se as variáveis sociodemográficas e clínicas, demonstradas a seguir:

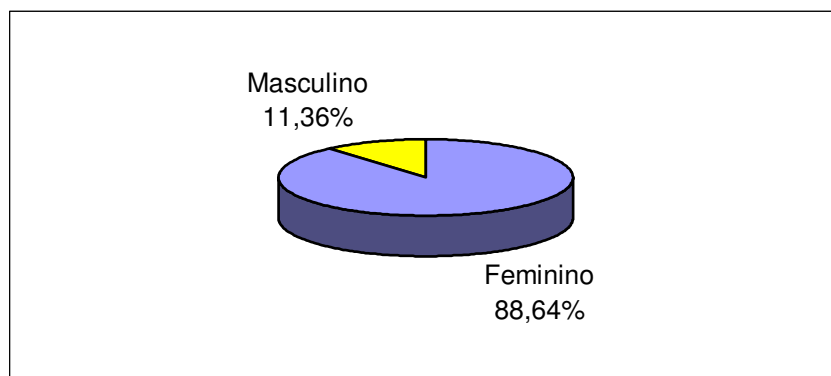


Figura 3- Distribuição dos clientes segundo o sexo.

O exame dos dados da figura 3 mostrou, para a variável sexo, predomínio do feminino, com 39 clientes (88,64%).

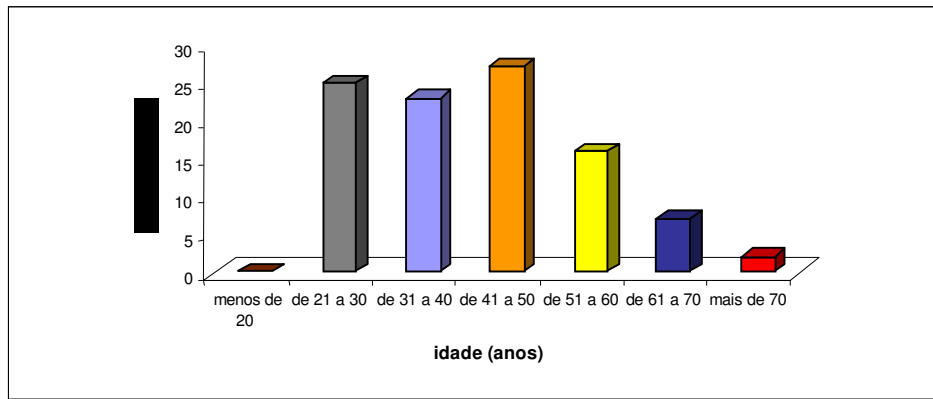


Figura 4- Distribuição dos clientes segundo a idade.

O exame dos dados da figura 4 mostrou, para a variável idade, pequeno predomínio da faixa de 41 a 50 anos, com 12 clientes (27%), média de 47,5 e variação de 21 a 74 anos.

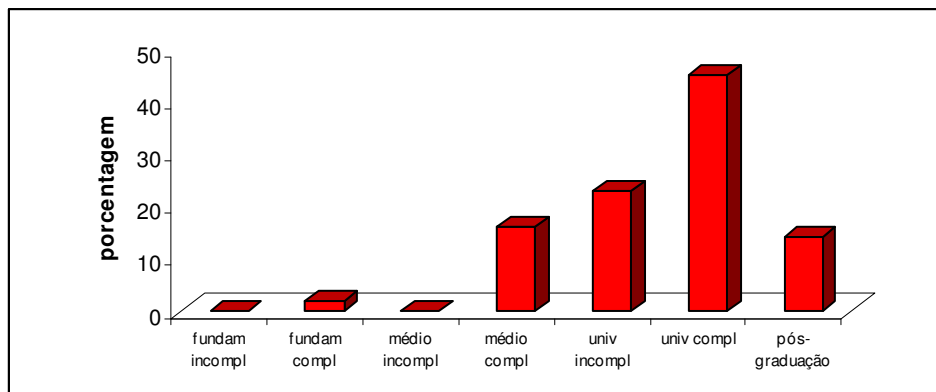


Figura 5- Distribuição dos clientes segundo o grau de instrução.

O exame dos dados da figura 5 mostrou, para o grau de instrução, que o nível universitário completo predominou sobre os demais, com 22 clientes (50%).

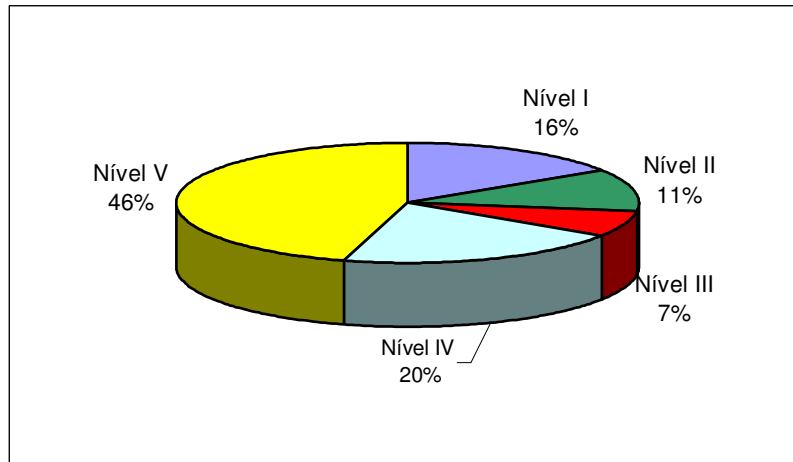


Figura 6- Distribuição dos clientes segundo o nível de ocupação.

O exame dos dados da figura 6 mostrou, para a variável nível de ocupação, predomínio do Nível V 46% (20 clientes), que se refere aos cargos de alta administração e profissionais liberais.

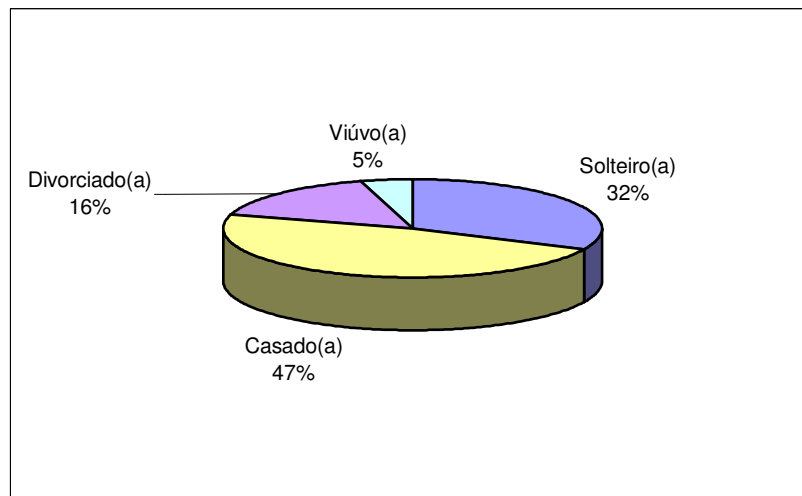


Figura 7- Distribuição dos clientes segundo o estado civil.

O exame dos dados da figura 7 mostrou, para a variável estado civil, predomínio dos clientes casados, com 47% (21).

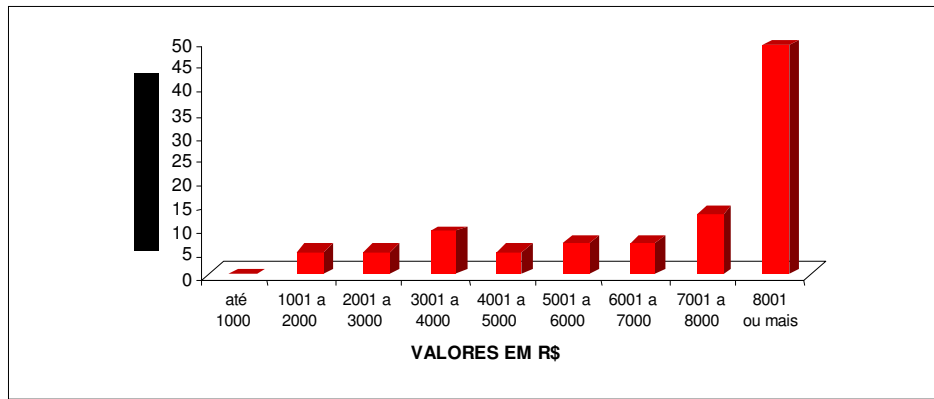


Figura 8- Distribuição dos clientes segundo a renda familiar.

O exame dos dados da figura 8 mostrou, para a variável renda familiar, predomínio dos clientes com renda de R\$ 8.000,01 ou mais, totalizando 50% (22).

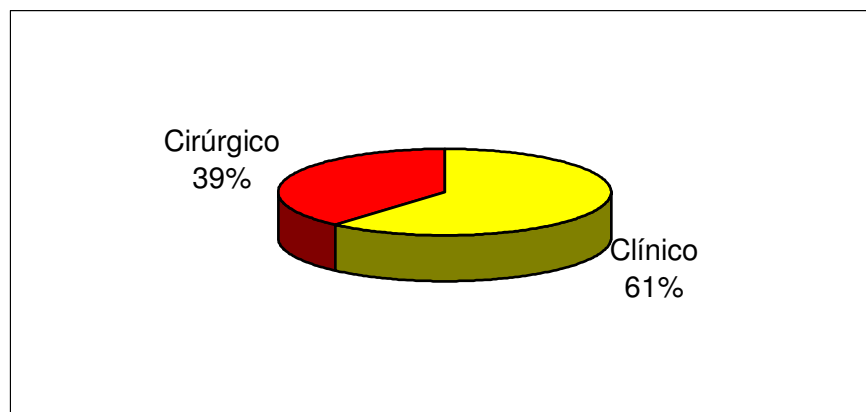


Figura 9- Distribuição dos clientes segundo o tipo de tratamento.

O exame dos dados da figura 9 mostrou, para a variável tipo de tratamento, predomínio do tratamento clínico, totalizando 61% (27) dos clientes.

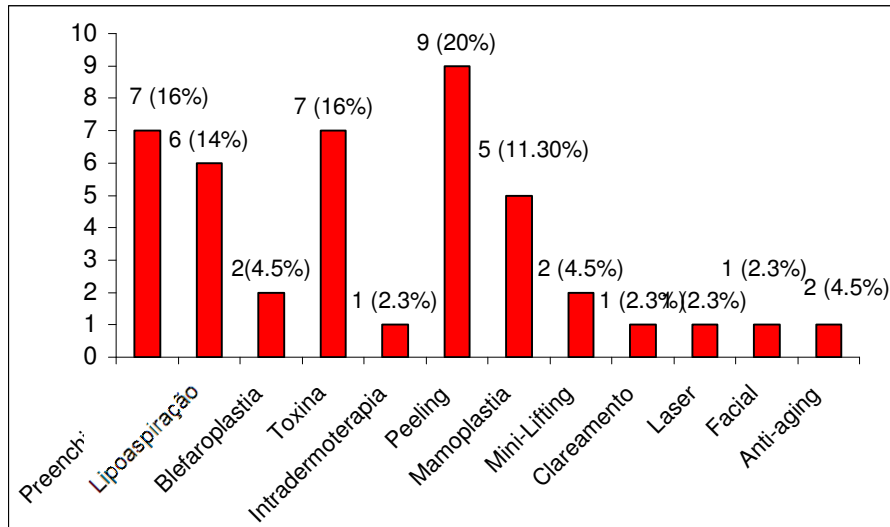


Figura 10- Distribuição dos clientes segundo o procedimento realizado.

O exame dos dados da figura 10 mostrou, para a variável procedimento realizado, predomínio do procedimento *Peeling* com 20% (9) dos clientes, seguido dos procedimentos Toxina Botulínica e Preenchimento, com 16% (7) cada um. Entre os procedimentos cirúrgicos, predominou a Lipoaspiração com 14% (6), seguida pela Mamoplastia, 11.3% (5) dos clientes.

4.2- PERCEPÇÃO DOS CLIENTES QUANTO ÀS AÇÕES DE SAÚDE DISPENSADAS

Optou-se por representar as percepções dos clientes sobre as ações dispensadas pelos profissionais de saúde por meio da estatística descritiva e correlacional.

4.2.1- FREQUÊNCIA SIMPLES DE RESPOSTA

Primeiramente apresentamos uma análise dos escores em cada uma das 28 proposições e das questões 29 e 30 do questionário. O escore em cada proposição corresponde a uma variável que assume valores inteiros de 1 a 5, nas proposições 1 a 28, e o escore de 1 a 10, nas questões 29 e 30.

A primeira parte desta análise constitui-se na verificação de cada uma das 28 proposições e das questões 29 e 30, a frequência simples de respostas. Os resultados das proposições foram apresentados em forma de figuras.

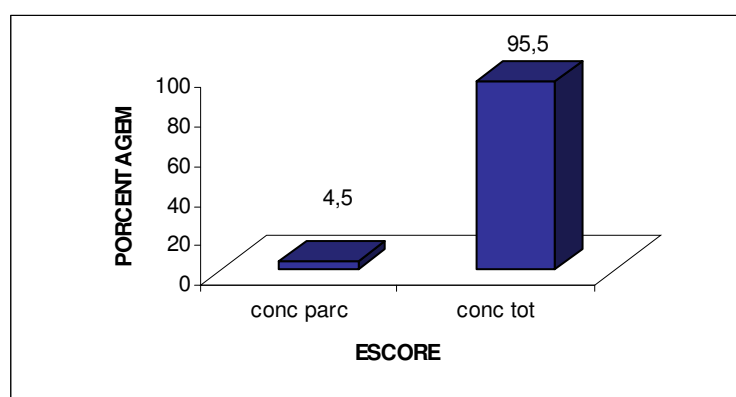


Figura 11 – Distribuição de resposta da proposição 1 “os profissionais de saúde me orientaram sobre o procedimento que eu gostaria de realizar”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Conc.Parcial	2	4,5
Conc.Total	42	95,5
Total	44	100,0

Houve total concordância (100%), demonstrando uma percepção positiva dos sujeitos quanto à orientação recebida.

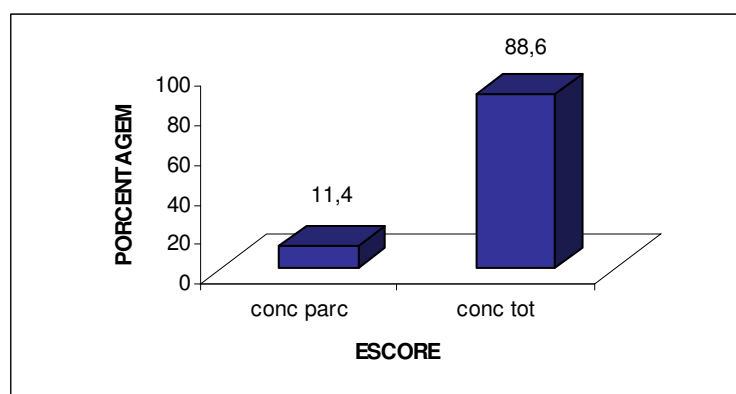


Figura 12 – Distribuição de resposta da proposição 2: “fui orientado(a) sobre as alternativas de tratamento para a minha necessidade”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Conc.Parcial	5	11,4
Conc.Total	39	88,6
Total	44	100,0

Os resultados desta proposição mostraram uma percepção positiva, visto que 100% dos sujeitos concordaram terem sido orientados sobre as alternativas de tratamento.

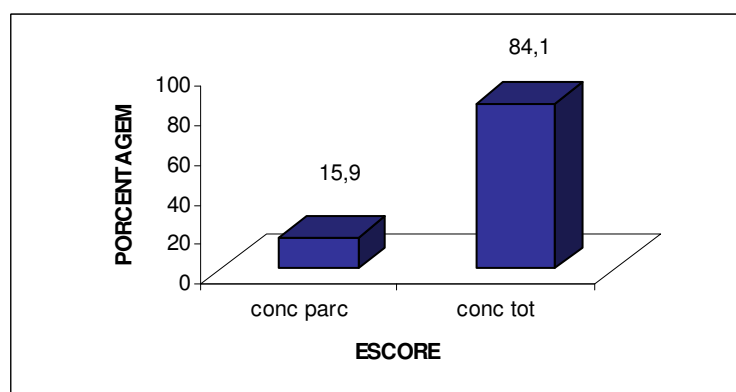


Figura 13 – Distribuição de resposta da proposição 3: “entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Conc. Parcial	7	15,9
Conc.Total	37	84,1
Total	44	100,0

Dos sujeitos da pesquisa, 100% entenderam bem todas as orientações recebidas sobre as alternativas de tratamento.

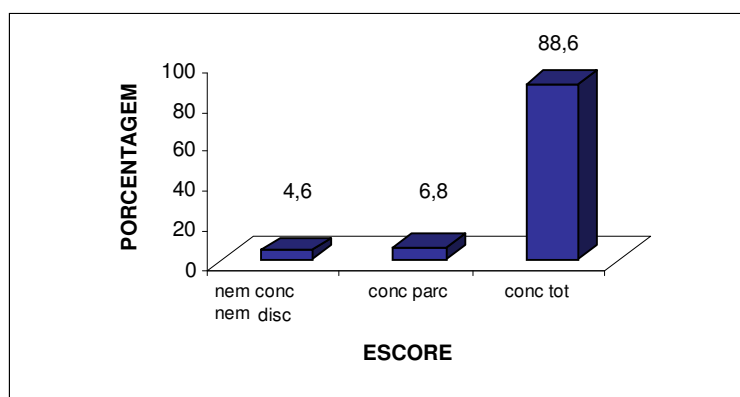


Figura 14 – Distribuição de resposta da proposição 4: “fui orientado(a) sobre os cuidados que antecediam o procedimento”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Nem Conc. Nem Discor	2	4,6
Conc.Parcial	3	6,8
Conc.Total	39	88,6
Total	44	100,0

Houve percepção positiva, uma vez que 95,4% dos sujeitos responderam terem sido orientados sobre os cuidados.

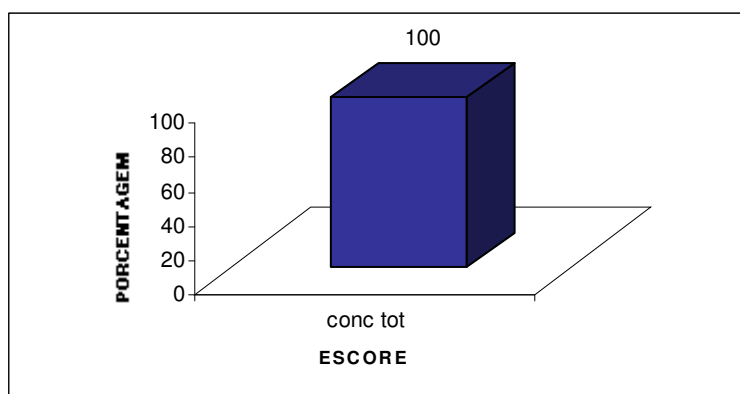


Figura 15– Distribuição de resposta da proposição 5: “tive liberdade para conversar com os profissionais de saúde sobre as minhas dúvidas”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Conc. Total	44	100,0

Houve concordância absoluta (100%) entre os sujeitos com relação à liberdade para conversar com os profissionais.

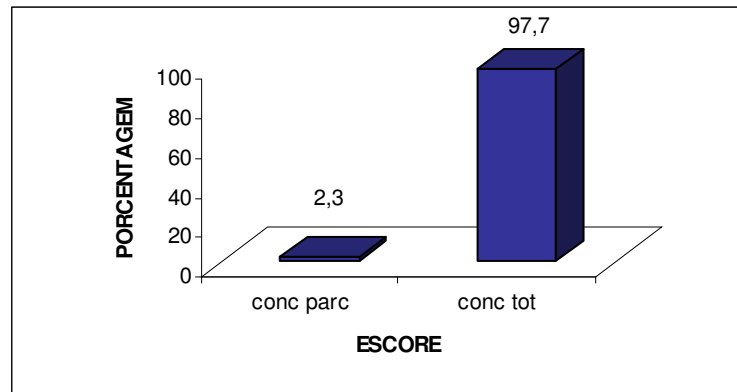


Figura 16 – Distribuição de resposta da proposição 6: “os profissionais de saúde ouviram as minhas preocupações”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Conc.Parcial	1	2,3
Conc. Total	43	97,7
Total	44	100,0

O resultado mostrou uma percepção positiva, uma vez que a absoluta maioria (100%) dos sujeitos concordou que os profissionais de saúde ouviram suas preocupações.

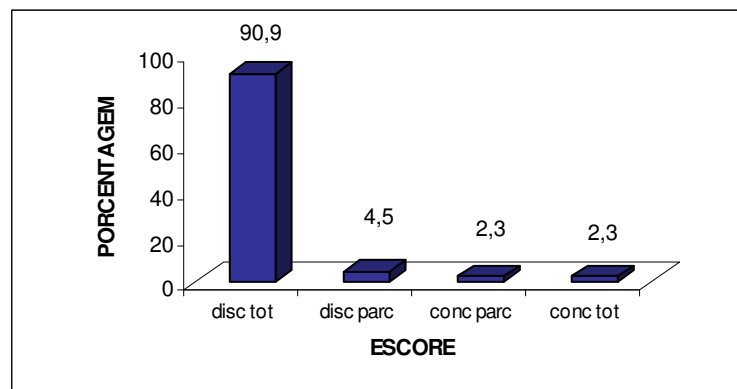


Figura 17 – Distribuição de resposta da proposição 7: “senti dificuldade para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Discor. Total	40	90,9
Discor .Parcial	2	4,5
Conc. Parcial	1	2,3
Conc.Total	1	2,3
Total	44	100,0

O alto índice de discordância (95,4%) apontou para uma percepção positiva, pois a proposição é negativa.

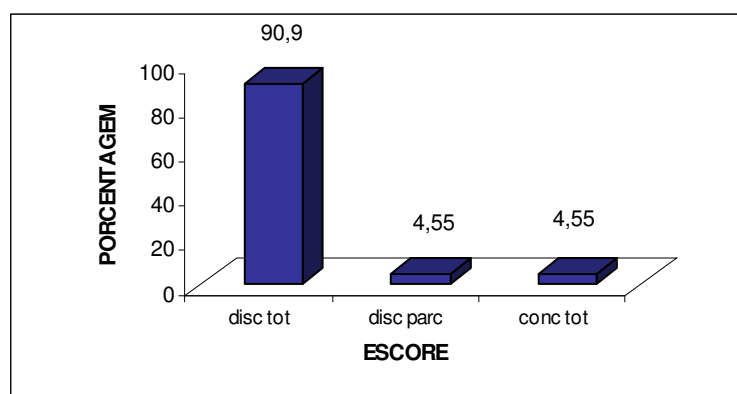


Figura 18 – Distribuição de resposta da proposição 8: “senti dificuldade para fazer perguntas aos profissionais de saúde”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Discor .Total	40	90,90
Discor .Parcial	2	4,55
Conc .Total	2	4,55
Total	44	100,0

A maioria dos sujeitos (95,45%) não sentiu dificuldade para fazer perguntas aos profissionais de saúde.

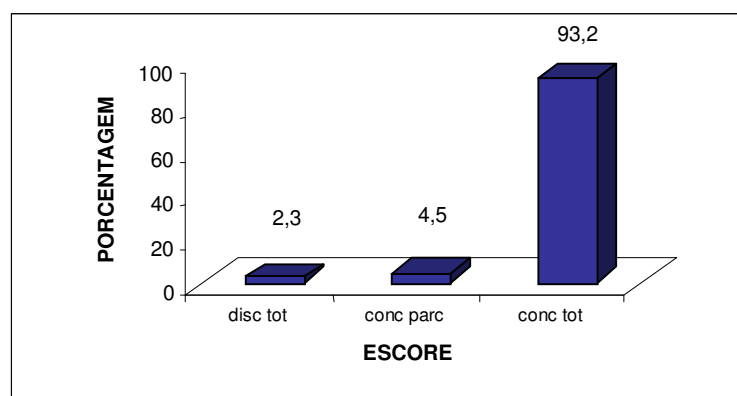


Figura 19 – Distribuição de resposta da proposição 9: “tive liberdade para decidir pelo procedimento a ser realizado”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Discor. Total	1	2,3
Conc. Parcial	2	4,5
Conc. Total	41	93,2
Total	44	100,0

Houve percepção positiva, uma vez que 97,7% dos sujeitos concordaram ter tido liberdade para se decidir pelo procedimento.

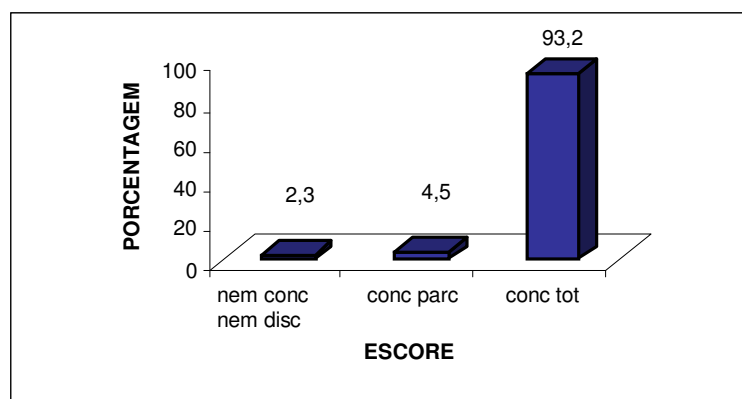


Figura 20 – Distribuição de resposta da proposição 10: “fui orientado(a) quanto às vantagens do procedimento”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Nem Conc .Nem Discor	1	2,3
Conc. Parcial	2	4,5
Conc. Total	41	93,2
Total	44	100,0

Verificou-se que 97,7% dos sujeitos concordaram terem sido orientados quanto às vantagens do procedimento.

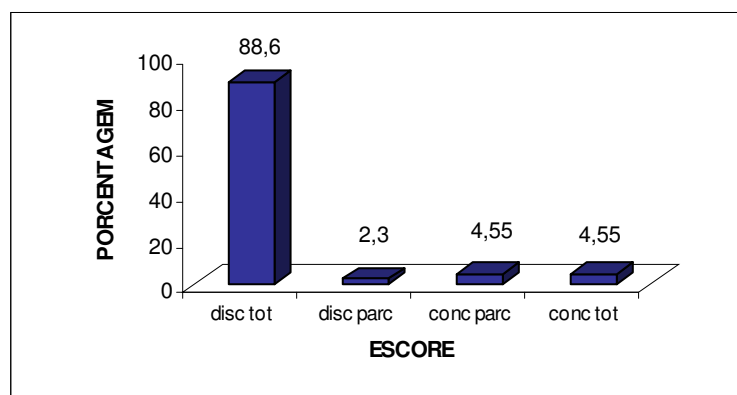


Figura 21 – Distribuição de resposta da proposição 11: “os profissionais de saúde não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Discor. Total	39	88,60
Discor. Parcial	1	2,30
Conc. Parcial	2	4,55
Conc. Total	2	4,55
Total	44	100,0

Houve percepção positiva, considerando que 90,9% dos sujeitos discordaram da proposição, que é negativa.

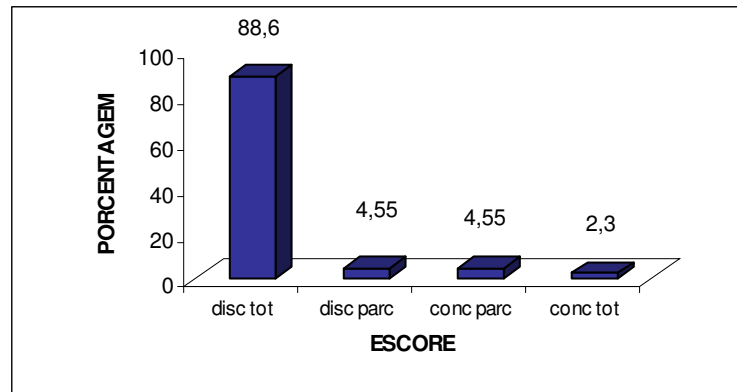


Figura 22 – Distribuição de resposta da proposição 12: “os profissionais de saúde falaram de forma difícil de entender”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Discor. Total	39	88,60
Discor. Parcial	2	4,55
Conc. Parcial	2	4,55
Conc.Total	1	2,30
Total	44	100,0

O resultado mostrou alta discordância dos sujeitos (93,15%), havendo percepção positiva para esta proposição.

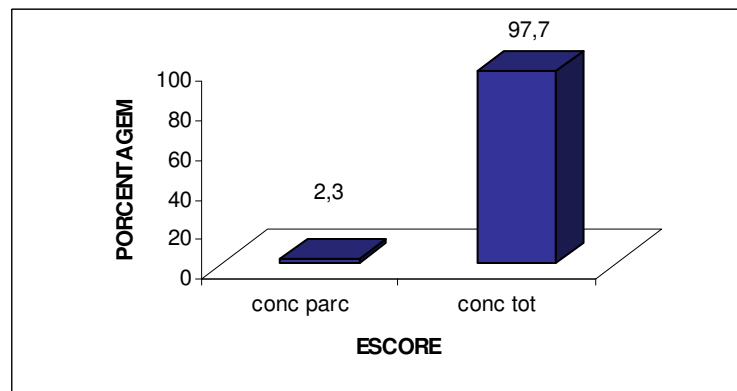


Figura 23 – Distribuição de resposta da proposição 13: “os profissionais de saúde explicaram o motivo do tratamento”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Conc. Parcial	1	2,3
Conc. Total	43	97,7
Total	44	100,0

A totalidade dos sujeitos (100%) concordou que os profissionais de saúde explicaram o motivo do tratamento.

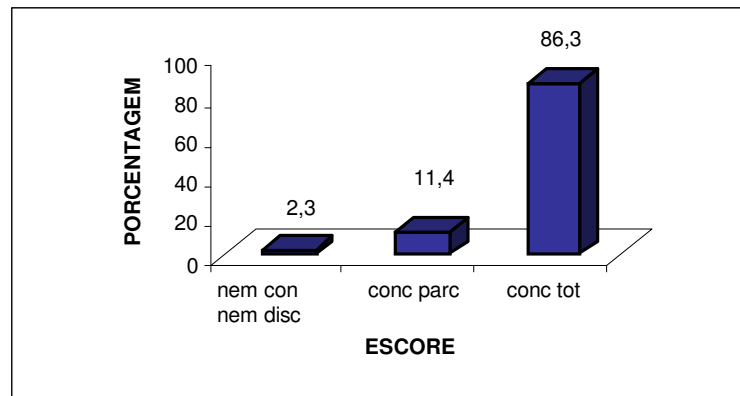


Figura 24 – Distribuição de resposta da proposição 14: “a tomada de decisão sobre o procedimento foi discutida com os profissionais de saúde”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Nem Conc.Nem Discor	1	2,3
Conc.Parcial	5	11,4
Conc.Total	38	86,3
Total	44	100,0

A maioria dos sujeitos (97,7%) teve uma percepção positiva da proposição.

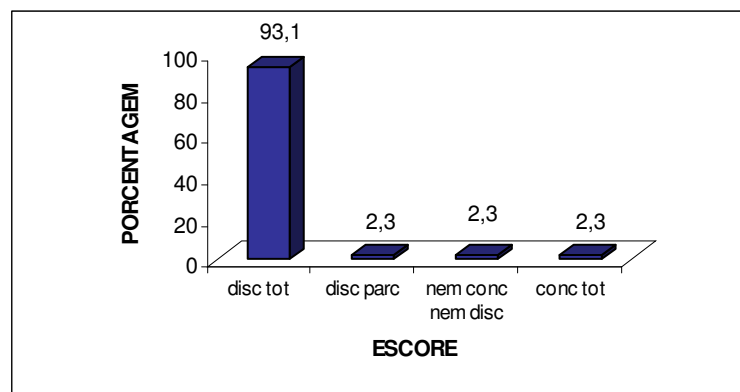


Figura 25 – Distribuição de resposta da proposição 15: “não gostei da maneira como fui tratado(a) quando perguntei sobre o procedimento”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Disc. Total	41	93,1
Discor. Parcial	1	2,3
Nem Conc. Nem Discor	1	2,3
Conc.Total	1	2,3
Total	44	100,0

Dos sujeitos, 95,4% discordaram da proposição e tiveram uma percepção positiva.

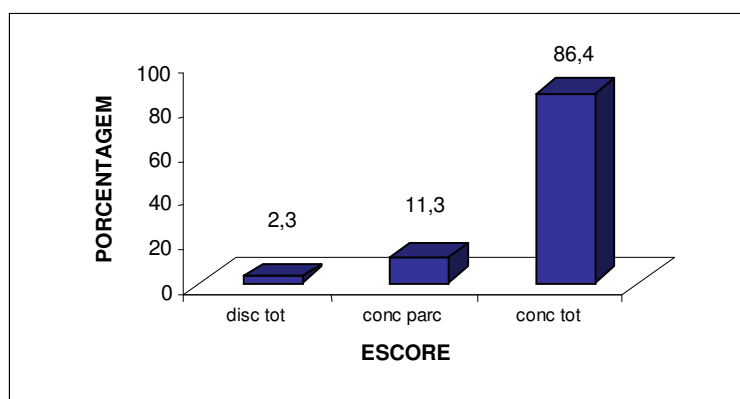


Figura 26 – Distribuição de resposta da proposição 16: “as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde me deram segurança para a tomada de decisão”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Discor. Total	1	2,3
Conc. Parcial	5	11,3
Conc. Total	38	86,4
Total	44	100,0

A maioria dos sujeitos (97,7%) concordou que as explicações fornecidas pelos profissionais da saúde lhes deram segurança para a tomada de decisão.

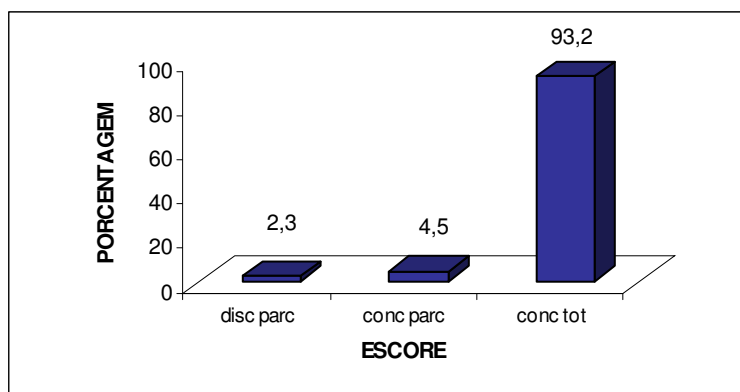


Figura 27 – Distribuição de resposta da proposição 17: “entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Discor. Total	1	2,3
Conc. Parcial	2	4,5
Conc. Total	41	93,2
Total	44	100,0

A maioria concordante (97,7%) demonstrou percepção favorável, significando que os sujeitos entenderam a explicação sobre o procedimento a ser realizado.

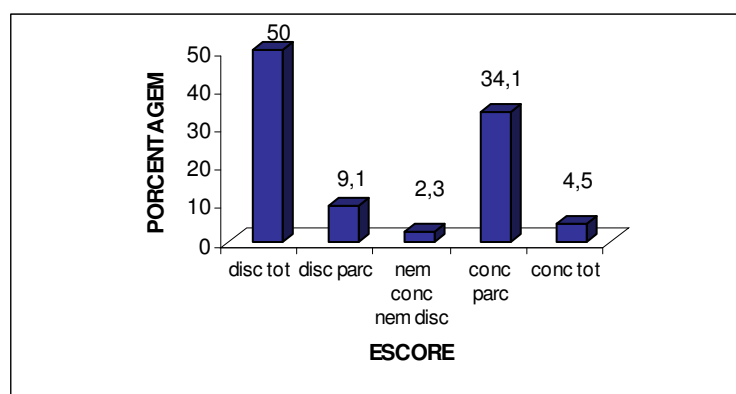


Figura 28 – Distribuição de resposta da proposição 18: “gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Discor. Total	22	50,0
Discor. Parcial	4	9,1
Nem Conc. Nem Discor	1	2,3
Conc. Parcial	15	34,1
Conc. Total	2	4,5
Total	44	100,0

Apesar de haver uma percepção favorável, tendo em vista que 59,1% consideraram que não gostariam de ter recebido mais esclarecimentos sobre o procedimento, 38,6% demonstraram uma atitude desfavorável.

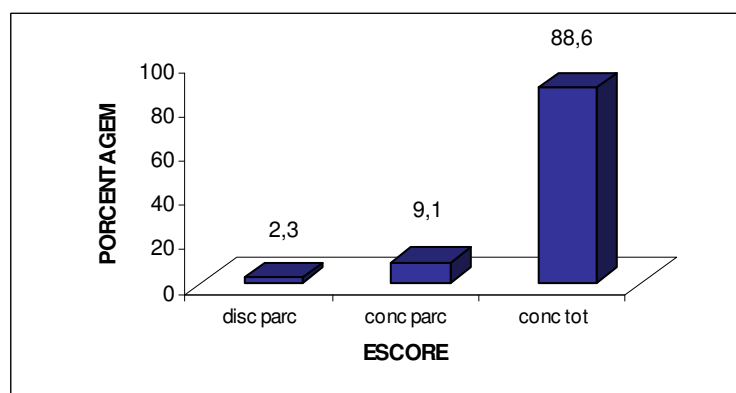


Figura 29 – Distribuição de resposta da proposição 19: “todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos profissionais de saúde”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Discor. Parcial	1	2,3
Conc. Parcial	4	9,1
Conc. Total	39	88,6
Total	44	100,0

A maioria dos sujeitos (97,7%) concordou que todas as dúvidas foram esclarecidas pelos profissionais de saúde.

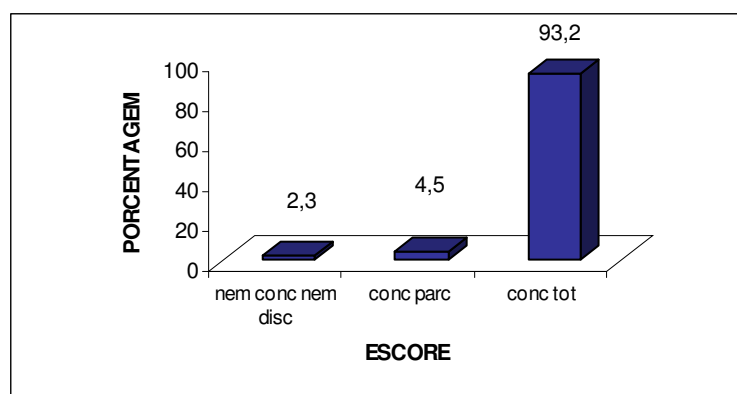


Figura 30 – Distribuição de resposta da proposição 20: “entendi as respostas que os profissionais de saúde deram às perguntas que fiz”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Nem Conc.Nem Discor	1	2,3
Conc. Parcial	2	4,5
Conc. Total	41	93,2
Total	44	100,0

O resultado mostrou percepção favorável, porque 97,7% dos sujeitos concordaram ter entendido as respostas que os profissionais de saúde deram às suas perguntas.

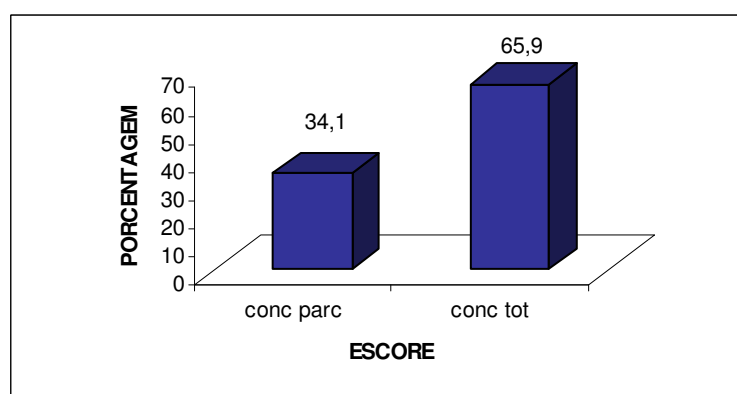


Figura 31 – Distribuição de resposta da proposição 21: “fui orientado(a) sobre os possíveis riscos e reações do procedimento”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Conc Parcial	15	34,1
Conc Total	29	65,9
Total	44	100,0

A totalidade dos sujeitos (100%) concordou ter sido orientada sobre os riscos e reações do procedimento.

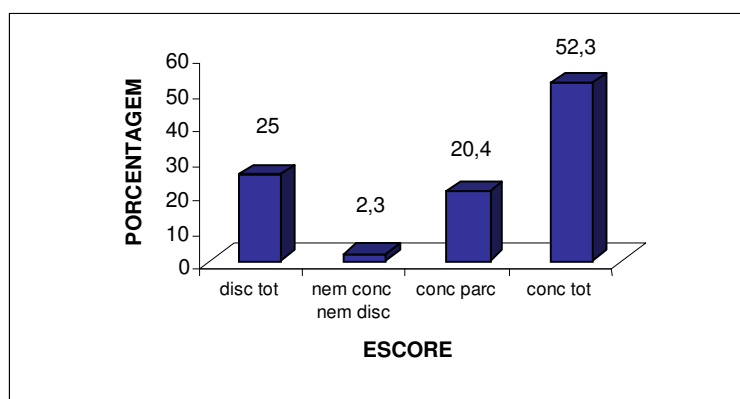


Figura 32 – Distribuição de resposta da proposição 22: “os profissionais de saúde influenciaram na minha tomada de decisão na realização do procedimento”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Discor. Total	11	25,0
Nem Conc Nem. Discor	1	2,3
Conc. Parcial	9	20,4
Conc . Total	23	52,3
Total	44	100,0

Dos sujeitos, 72,7% concordaram ter sido influenciados pelos profissionais de saúde na tomada de decisão e 25% discordaram desta proposição, verificando-se que a maioria teve percepção positiva.

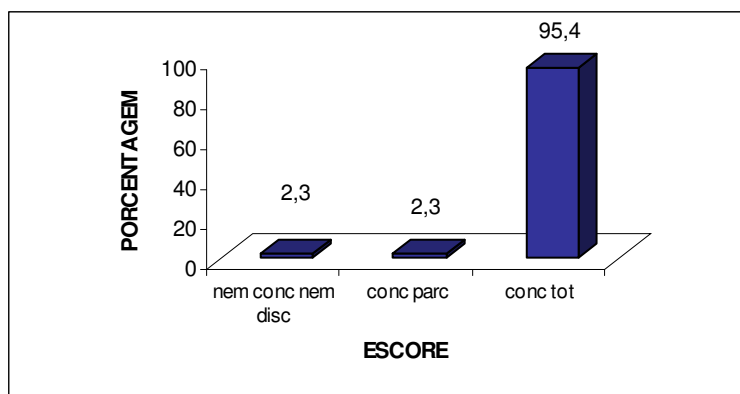


Figura 33 – Distribuição de resposta da proposição 23: “os profissionais de saúde acrescentaram mais informações às informações que eu já tinha”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Nem Conc Nem Discor	1	2,3
Conc Parcial	1	2,3
Conc Total	42	95,4
Total	44	100,0

A maioria dos sujeitos (97,7%) concordou que os profissionais de saúde acrescentaram mais informações às que já possuía.

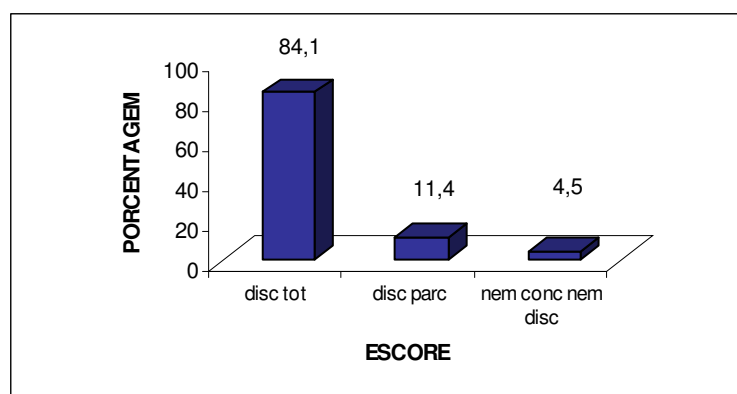


Figura 34 – Distribuição de resposta da proposição 24: “os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Discor. Total	37	84,1
Discor . Parcial	5	11,4
Nem Conc. Nem Discor	2	4,5
Total	44	100,0

Houve uma percepção favorável dos sujeitos, tendo em vista que 95,5% discordaram da proposição, que é negativa.

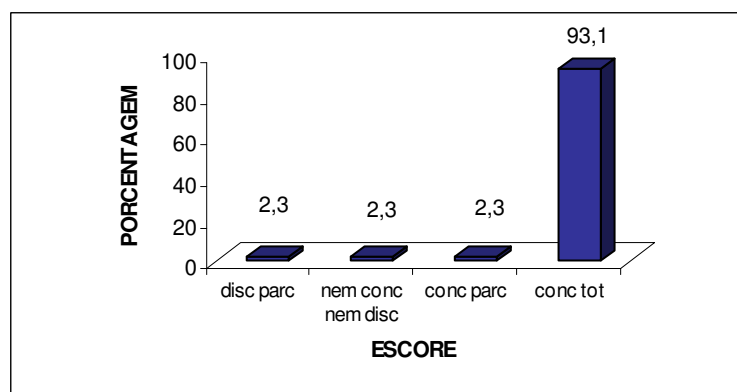


Figura 35 – Distribuição de resposta da proposição 25: “fui orientado(a) sobre os cuidados a serem seguidos após o procedimento a ser realizado”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Discor Parcial	1	2,3
Nem Conc Nem Discor	1	2,3
Conc Parcial	1	2,3
Conc Total	41	93,1
Total	44	100,0

A maioria concordante (95,4%), demonstrou percepção favorável significando que os clientes se perceberam orientados sobre os cuidados a serem seguidos após o procedimento.

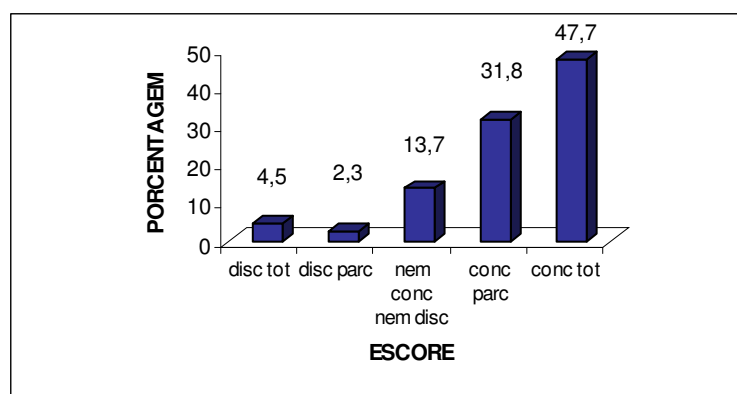


Figura 36 – Distribuição de resposta da proposição 26: “fui orientado(a) quanto às desvantagens do procedimento”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Disc. Total	2	4,5
Discor. Parcial	1	2,3
Nem Conc .Nem Discor	6	13,7
Conc. Parcial	14	31,8
Conc. Total	21	47,7
Total	44	100,0

Apesar de 6,8% dos sujeitos discordarem da proposição, houve percepção positiva dos sujeitos, uma vez que 79,5% concordaram que foram orientados quanto às desvantagens do procedimento.

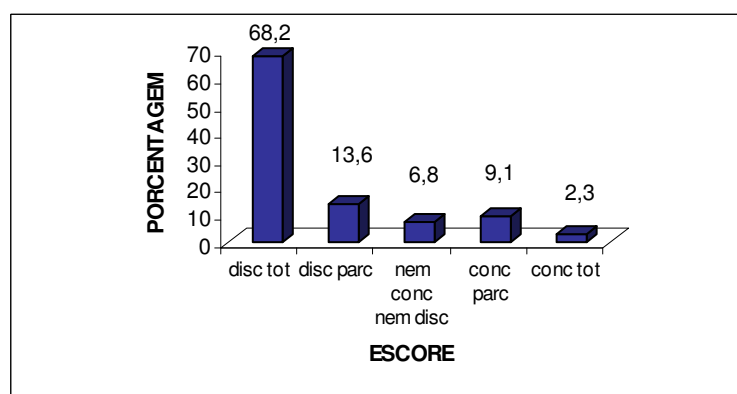


Figura 37 – Distribuição de resposta da proposição 27: “as orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras”.

Escore	Frequência	Porcentagem %
Disc .Total	30	68,2
Discor. Parcial	6	13,6
Nem Conc .Nem Disc	3	6,8
Conc .Parcial	4	9,1
Conc. Total	1	2,3
Total	44	100,0

A maioria dos sujeitos (81,8%) discordou da proposição, significando uma percepção positiva.

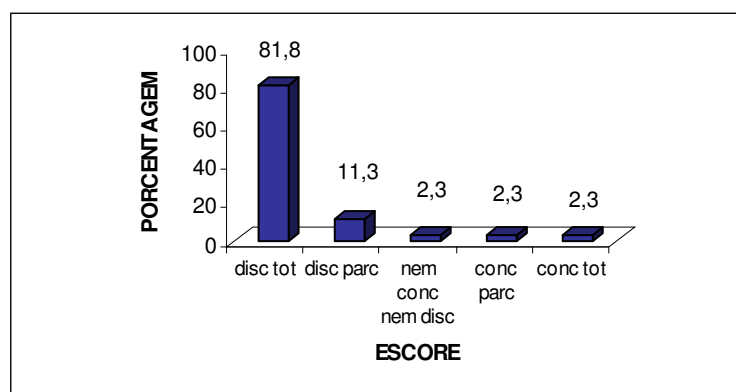


Figura 38 – Distribuição de resposta da proposição 28: “os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento”.

Escore	Freqüência	Porcentagem %
Discor Total	36	81,8
Discor Parcial	5	11,3
Nem Conc Nem Discor	1	2,3
Conc Parcial	1	2,3
Conc Total	1	2,3
Total	44	100,0

Ao discordarem, 93,1% dos sujeitos tiveram percepção positiva, uma vez que a proposição é negativa.

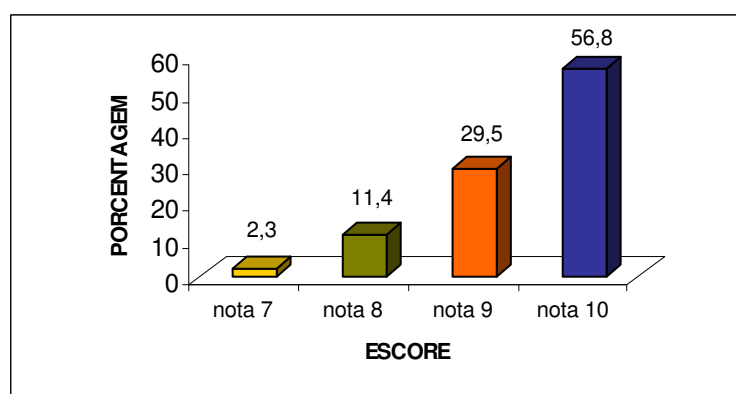


Figura 39 – Distribuição de resposta da questão 29: “Em uma escala de 1 a 10, onde a nota 10 é a melhor, que nota você daria com relação ao esclarecimento das informações fornecidas para a sua tomada de decisão?”

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Escore	Freqüência	Porcentagem %
7,00	1	2,3
8,00	5	11,4
9,00	13	29,5
10,00	25	56,8
Total	44	100,0

Pode-se inferir que os sujeitos tiveram uma percepção positiva com relação ao esclarecimento das informações fornecidas para a tomada de decisão, já que 56,8% (25) deles deram nota global máxima (10) e 43,2% deram notas entre 7 e 9.

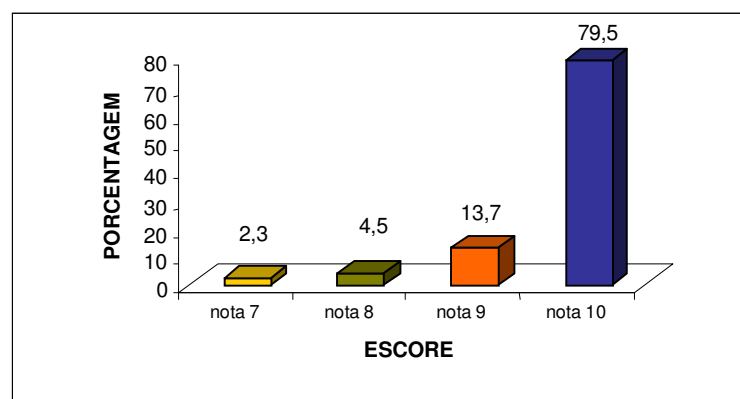


Figura 40 – Distribuição de resposta da questão 30: “Em uma escala de 1 a 10, onde a nota 10 é a melhor, que nota você daria com relação à liberdade que você teve para a sua tomada de decisão?”

Escore	Freqüência	Porcentagem %
7,00	1	2,3
8,00	2	4,5
9,00	6	13,7
10,00	35	79,5
Total	44	100,0

Pode-se inferir que os sujeitos tiveram uma percepção positiva com relação à liberdade para a tomada de decisão, pois 79,5% (35) deles deram nota máxima (10) e 20,5% deram notas entre 7 e 9.

4.2.2- CARACTERIZAÇÃO DA PERCEPÇÃO

O resumo dos dados foi feito por cálculo de estatísticas descritas nas Tabelas 2 a 4, nas quais se tem os valores das médias, desvios padrão, valores máximos e mínimos dos escores observados em cada proposição nas categorias Informação, Competência e Liberdade.

Observa-se que os escores médios são, em geral, maiores de 4 ou menores de 2. Apenas nas questões 18 e 22 foram vistas médias mais distantes dos valores extremos: 2,39 e 3,75, respectivamente. Em algumas questões, os valores dos escores são muito homogêneos, chegando à igualdade na questão 5. As proposições 18 e 22 também se destacam por apresentar maior variabilidade que as demais, sendo o maior desvio padrão observado na proposição 22. Os valores das mesmas medidas descritivas obtidos nas questões 29 e 30 são apresentados na Tabela 5. Nota-se que os escores médios estão próximos do valor 10 e o menor escore foi 7, atribuído apenas por uma das clientes.

Questão	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1	44	4,95	0,21	4	5
2	44	4,89	0,32	4	5
4	44	4,84	0,48	3	5
10	44	4,91	0,36	3	5
13	44	4,98	0,15	4	5
16	44	4,80	0,67	1	5
18	44	2,34	1,49	1	5
19	44	4,84	0,53	2	5
21	44	4,66	0,48	4	5
23	44	4,93	0,33	3	5
24	44	1,20	0,51	1	3
25	44	4,86	0,55	2	5
26	44	4,16	1,06	1	5
28	44	1,32	0,83	1	5

Tabela 2- Médias, desvios padrão, valores máximo e mínimo observados nas proposições da categoria **Informação**.

Questão	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
3	44	4,84	0,37	4	5
7	44	1,20	0,76	1	5
12	44	1,27	0,87	1	5
17	44	4,86	0,63	1	5
20	44	4,91	0,36	3	5
27	44	1,64	1,10	1	5

Tabela 3- Médias, desvios padrão, valores máximo e mínimo observados nas proposições do item *Competência*.

Questão	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
5	44	5,00	0,00	5	5
6	44	4,98	0,15	4	5
8	44	1,23	0,86	1	5
9	44	4,86	0,63	1	5
11	44	1,34	1,03	1	5
14	44	4,84	0,43	3	5
15	44	1,16	0,68	1	5
22	44	3,75	1,67	1	5

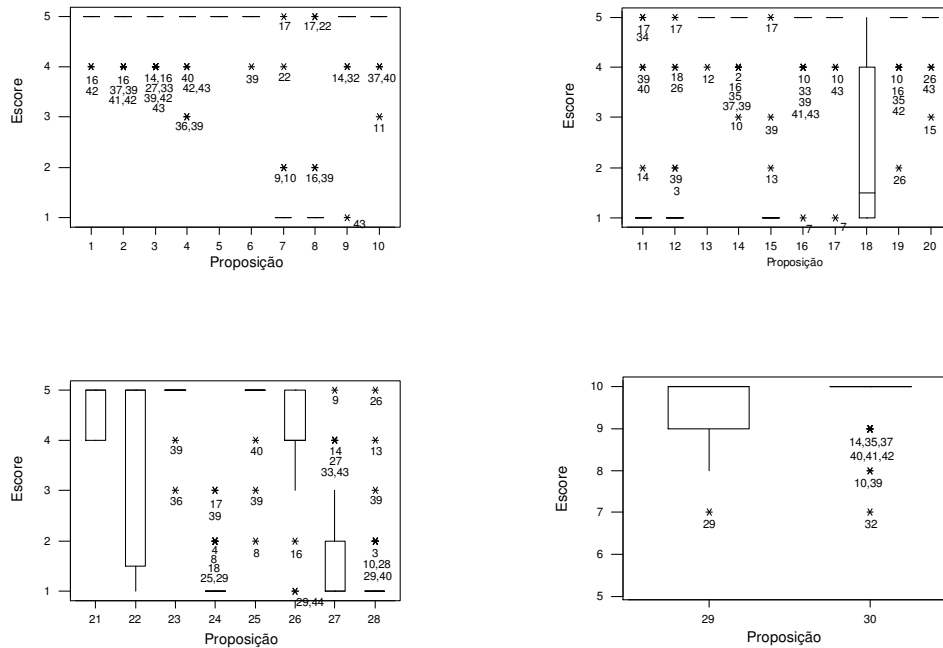
Tabela 4- Médias, desvios padrão, valores máximo e mínimo observados nas proposições da categoria *Liberdade*.

Com o objetivo de detectar clientes que demonstraram comportamento discrepante dos demais em cada uma das proposições isoladamente, construíram-se os *box-plots* (Bussab e Morettin, 2002) para os escores em cada proposição, apresentados na Figura 41. Nesses gráficos, clientes com comportamento muito diferente dos demais são representados por asteriscos abaixo dos quais é colocado o seu número de identificação. Alguns fatos que se podem destacar:

- os escores atribuídos pelo cliente 39 foram considerados aberrantes na maioria das proposições. Este ainda atribuiu um escore aberrante à questão 30;
- embora em menor número de proposições que o cliente citado, o número 43 também atribuiu escores considerados discrepantes em várias proposições. Entretanto, os escores dados por esse cliente às questões 29 e 30 não foram considerados discrepantes;

- o cliente número 17 atribuiu escore 5 a muitas proposições às quais a maioria atribuiu escore 1.

Figura 41- *Box-plots para os escores em cada proposição.*



Para o cálculo dos escores médios de todas as proposições de uma categoria, de forma que toda informação nessa categoria seja resumida por um único valor, os resultados obtidos nas proposições negativas foram transformados em valores correspondentes a uma proposição positiva. Assim, o valor 1 foi substituído por 5, o valor 2 por 4 e, assim, sucessivamente. Considerando os novos valores, para cada cliente foram calculadas as médias dos escores atribuídos às proposições de mesma categoria. Na Figura 42 são representadas as médias ± 2 erros padrão dos escores médios em cada categoria.

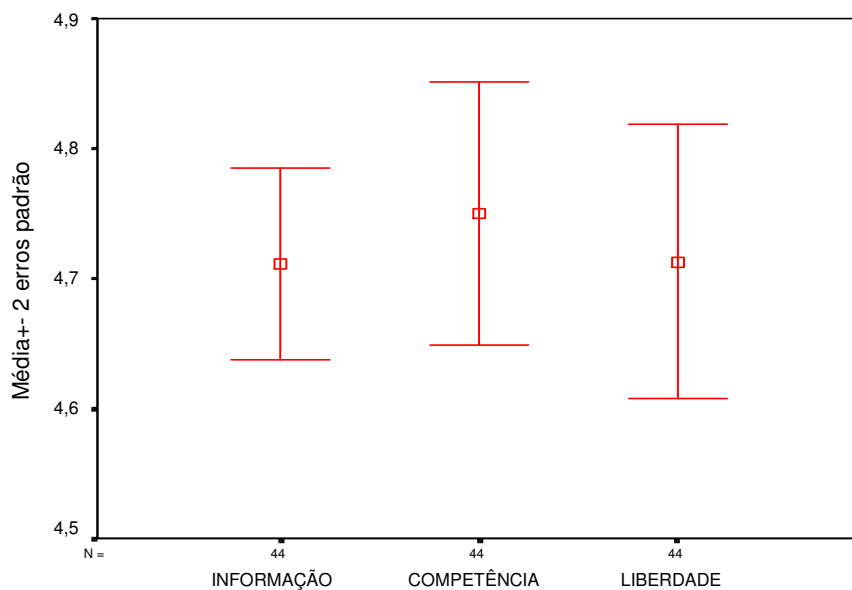


Figura 42- Médias \pm 2 erros padrão dos escores médios em cada categoria

Nota-se um comportamento bastante similar dos escores médios atribuídos a cada categoria de proposição.

O diagrama de dispersão apresentado na Figura 43 foi construído para avaliar a existência de associação entre o escore atribuído a questão 29 e o escore médio na categoria Informação.

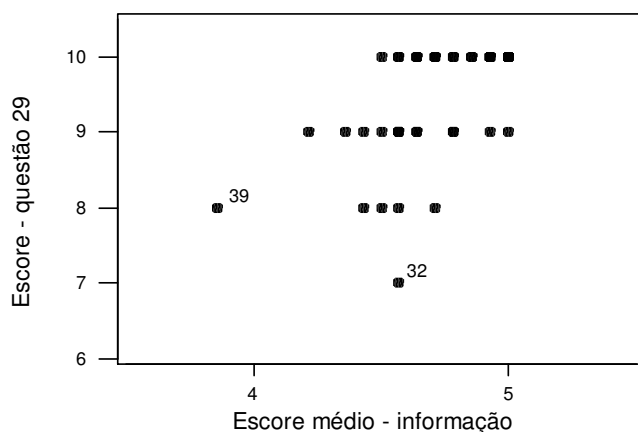


Figura 43- Diagrama de dispersão entre o escore na questão 29 e o escore médio na categoria Informação.

Nesta figura, dois pontos estão destacados: o correspondente ao cliente 39, que possui menor escore médio que os demais, e o correspondente ao cliente 32, com o menor escore na questão 29.

Com o mesmo objetivo construiu-se a Figura 44, considerando a questão 30 e o escore médio na categoria Liberdade.

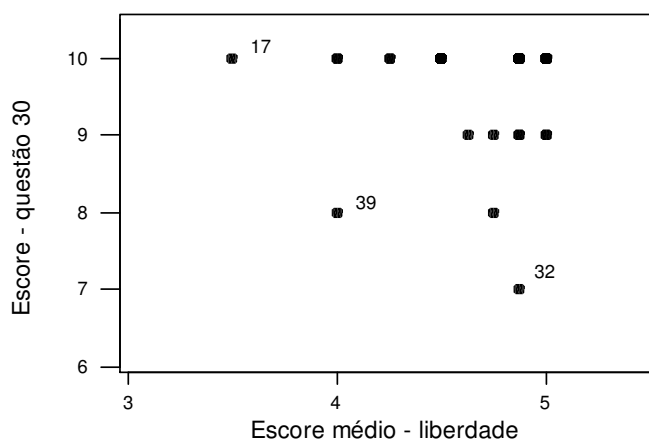


Figura 44- Diagrama de dispersão entre o escore na questão 30 e o escore médio na categoria Liberdade.

Na Figura 44, três pontos se destacam: o correspondente ao cliente 17, que possui o menor escore médio na categoria Liberdade, embora tenha atribuído escore 10 à questão 30 e o do cliente 32, com escore médio alto e 7 na questão 30, e o do cliente 39.

Esses resultados indicam um comportamento pouco coerente do cliente 32, tanto em Informação quanto em Liberdade e do cliente 17 na categoria Liberdade. O cliente 39 destacou-se dos demais, mas se mostrou coerente na atribuição dos escores.

Objetivando agrupar clientes que tenham apresentado comportamento semelhante nos escores atribuídos às 28 proposições e nas questões 29 e 30, procedeu-se análise de agrupamentos (Johnson e Wichern, 1992). Na aplicação desta técnica multivariada, a distância considerada entre os clientes foi a

euclidiana e o método de agrupamento adotado foi o da ligação completa. O dendrograma obtido é mostrado na Figura 45.

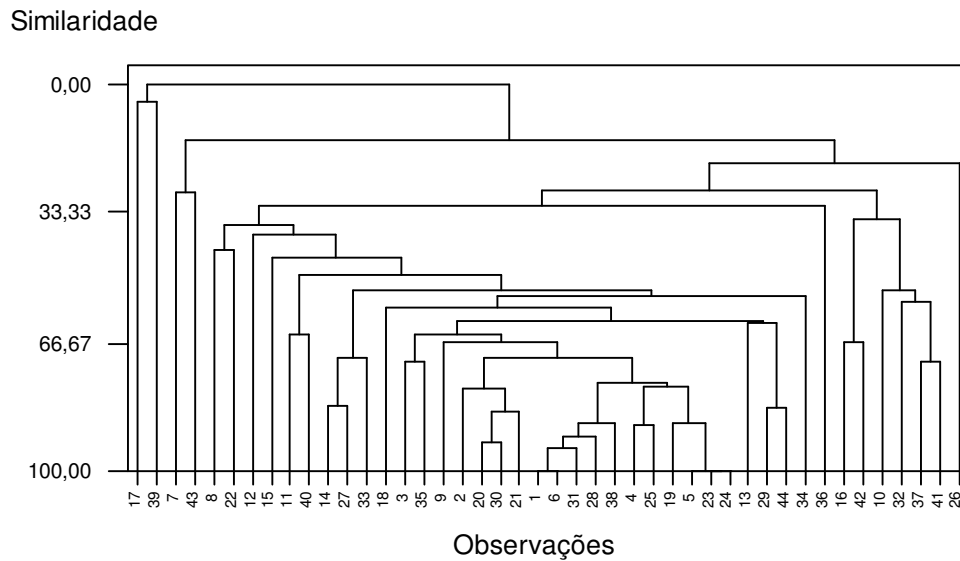


Figura 45- Dendrograma obtido com pelo método da ligação completa com base nos escores das 28 preposições e das questões 29 e 30.

Essa figura sugere a formação dos grupos descritos na Tabela 5. Existe um grupo que respondeu às proposições e questões de forma semelhante, designado por Grupo 1, formado pela maioria dos clientes (26). Quase todos os grupos são formados por apenas um cliente. As médias dos escores em cada grupo são apresentadas na Tabela 6. O mesmo procedimento foi adotado para agrupar clientes com comportamento próximo em cada categoria de proposição.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Grupo	N	Clientes
1	26	1,2,3,4,5,6,9,13,14,18,19,20,21,23,24,25,27,28,29,30,31,33,34,35,38,44
2	1	7
3	1	8
4	4	10,32,37,41
5	2	11,40
6	1	12
7	1	15
8	2	16,42
9	1	17
10	1	22
11	1	26
12	1	36
13	1	39
14	1	43

Tabela 5- *Composição dos grupos obtidos na análise de agrupamentos.*

Tabela 6- Escores médios das 28 proposições e das questões 29 e 30 por grupo.

Questão	Grupo													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
2	5,00	5,00	5,00	4,50	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00
3	4,88	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00
4	5,00	5,00	5,00	5,00	4,50	5,00	5,00	4,50	5,00	5,00	5,00	3,00	3,00	4,00
5	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
6	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00
7	1,04	1,00	1,00	1,25	1,00	1,00	1,00	1,00	5,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
8	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,50	5,00	5,00	1,00	1,00	2,00	1,00
9	4,96	5,00	5,00	4,75	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	1,00
10	5,00	5,00	5,00	4,75	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
11	1,19	1,00	1,00	1,00	2,50	1,00	1,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	1,00
12	1,15	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	5,00	1,00	4,00	1,00	2,00	1,00
13	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
14	4,92	5,00	5,00	4,25	5,00	5,00	5,00	4,50	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00
15	1,04	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00
16	4,96	1,00	5,00	4,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00
17	5,00	1,00	5,00	4,75	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00
18	1,92	4,00	1,00	4,00	4,00	1,00	4,00	1,50	5,00	1,00	5,00	1,00	3,00	1,00
19	4,96	5,00	5,00	4,75	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	2,00	5,00	5,00	5,00
20	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	4,00
21	4,73	4,00	5,00	4,25	5,00	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00
22	3,65	5,00	1,00	5,00	5,00	4,00	5,00	3,00	5,00	1,00	1,00	4,00	5,00	3,00
23	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	4,00	5,00
24	1,15	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00
25	5,00	5,00	2,00	5,00	4,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	5,00
26	4,23	4,00	4,00	3,50	4,00	4,00	5,00	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	5,00
27	1,69	1,00	1,00	1,50	1,50	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	4,00
28	1,23	1,00	1,00	1,25	1,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	5,00	1,00	3,00	1,00
29	9,77	9,00	10,00	8,00	9,00	9,00	10,00	8,50	10,00	9,00	9,00	10,00	8,00	9,00
30	9,92	10,00	10,00	8,25	9,50	10,00	10,00	9,50	10,00	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00

4.3- ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES

Pela análise da correlação entre as variáveis do estudo, buscou-se verificar se a idade e o tipo de tratamento interferiram na percepção dos clientes sobre as ações dispensadas pelos profissionais de saúde.

Médias, desvios padrão, valores máximo e mínimo dos escores médios nas proposições das categorias Informação, Competência e Liberdade são apresentados nas Tabelas 7, 8 e 9, respectivamente.

Idade (anos)	Tratamento	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
21 a 30	Cirúrgico	6	4,70	,21	4,50	5,00
	Clínico	5	4,59	,15	4,43	4,71
	Total	11	4,65	,18	4,43	5,00
31 a 40	Cirúrgico	2	4,54	,05	4,50	4,57
	Clínico	8	4,63	,37	3,86	5,00
	Total	10	4,61	,33	3,86	5,00
41 a 50	Cirúrgico	5	4,76	,21	4,50	4,93
	clínico	7	4,74	,28	4,21	5,00
	Total	12	4,75	,24	4,21	5,00
51 a 60	Cirúrgico	2	4,96	,05	4,93	5,00
	Clínico	5	4,79	,21	4,57	5,00
	Total	7	4,84	,20	4,57	5,00
mais de 61	Cirúrgico	2	4,89	,15	4,79	5,00
	Clínico	2	4,68	,05	4,64	4,71
	Total	4	4,79	,15	4,64	5,00
Total	Cirúrgico	17	4,75	,20	4,50	5,00
	Clínico	27	4,69	,27	3,86	5,00
	Total	44	4,71	,24	3,86	5,00

Tabela 7- Médias, desvios padrão, valores máximos e mínimos dos escores médios nas proposições da categoria **Informação**.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Idade (anos)	Tratamento	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
21 a 30	Cirúrgico	6	4,86	,16	4,67	5,00
	Clínico	5	4,70	,27	4,33	5,00
	Total	11	4,79	,22	4,33	5,00
31 a 40	Cirúrgico	2	4,92	,12	4,83	5,00
	Clínico	8	4,62	,38	4,00	5,00
	Total	10	4,68	,36	4,00	5,00
41 a 50	Cirúrgico	5	4,90	,22	4,50	5,00
	Clínico	7	4,69	,39	4,17	5,00
	Total	12	4,78	,34	4,17	5,00
51 a 60	Cirúrgico	2	5,00	,00	5,00	5,00
	Clínico	5	4,50	,55	3,67	5,00
	Total	7	4,64	,51	3,67	5,00
Mais de 61	Cirúrgico	2	5,00	,00	5,00	5,00
	Clínico	2	4,83	,24	4,67	5,00
	Total	4	4,92	,17	4,67	5,00
Total	Cirúrgico	17	4,91	,16	4,50	5,00
	Clínico	27	4,65	,38	3,67	5,00
Total		44	4,75	,33	3,67	5,00

Tabela 8- Médias, desvios padrão, valores máximos e mínimos observados dos escores médios nas posições da categoria **Competência**.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Idade (anos)	Tratamento	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
21 a 30	Cirúrgico	6	4,77	,38	4,00	5,00
	Clínico	5	4,78	,10	4,63	4,88
	Total	11	4,77	,28	4,00	5,00
31 a 40	Cirúrgico	2	4,94	,09	4,88	5,00
	Clínico	8	4,59	,39	4,00	5,00
	Total	10	4,66	,38	4,00	5,00
41 a 50	Cirúrgico	5	4,88	,22	4,50	5,00
	Clínico	7	4,68	,23	4,50	5,00
	Total	12	4,76	,24	4,50	5,00
51 a 60	Cirúrgico	2	4,75	,35	4,50	5,00
	Clínico	5	4,38	,63	3,50	5,00
	Total	7	4,48	,56	3,50	5,00
Mais de 61	Cirúrgico	2	4,88	,00	4,88	4,88
	Clínico	2	5,00	,00	5,00	5,00
	Total	4	4,94	,07	4,88	5,00
Total	Cirúrgico	17	4,83	,26	4,00	5,00
	Clínico	27	4,64	,38	3,50	5,00
Total		44	4,71	,35	3,50	5,00

Tabela 9- Médias, desvios padrão, valores máximos e mínimos observados dos escores médios nas proposições da categoria **Liberdade**.

Nota-se nessas tabelas que, em cada combinação de faixa etária e tipo de tratamento, os escores médios atribuídos pelos clientes receberam tratamento cirúrgico são, em geral, maiores que os atribuídos pelos do tratamento clínico.

As médias ± 2 erros padrão dos escores médios em cada categoria de proposições atribuídos para clientes dos tipos de tratamento (clínico ou cirúrgico) podem ser visualizadas na Figura 46.

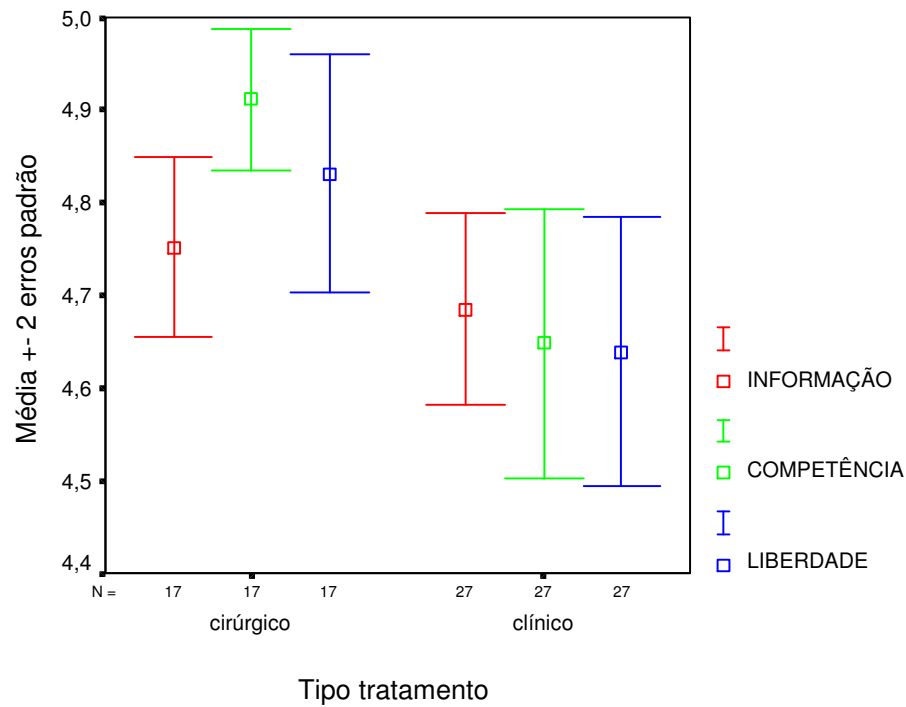


Figura 46- Médias \pm 2 erros padrão dos escores médios em cada categoria de proposição atribuídos para clientes dos tipos de tratamento.

O gráfico sugere que os escores atribuídos por clientes que receberam tratamento clínico são, em média, menores do que os dos clientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos. O mesmo tipo de gráfico foi construído, considerando os clientes divididas em faixas etárias (Figura 47).

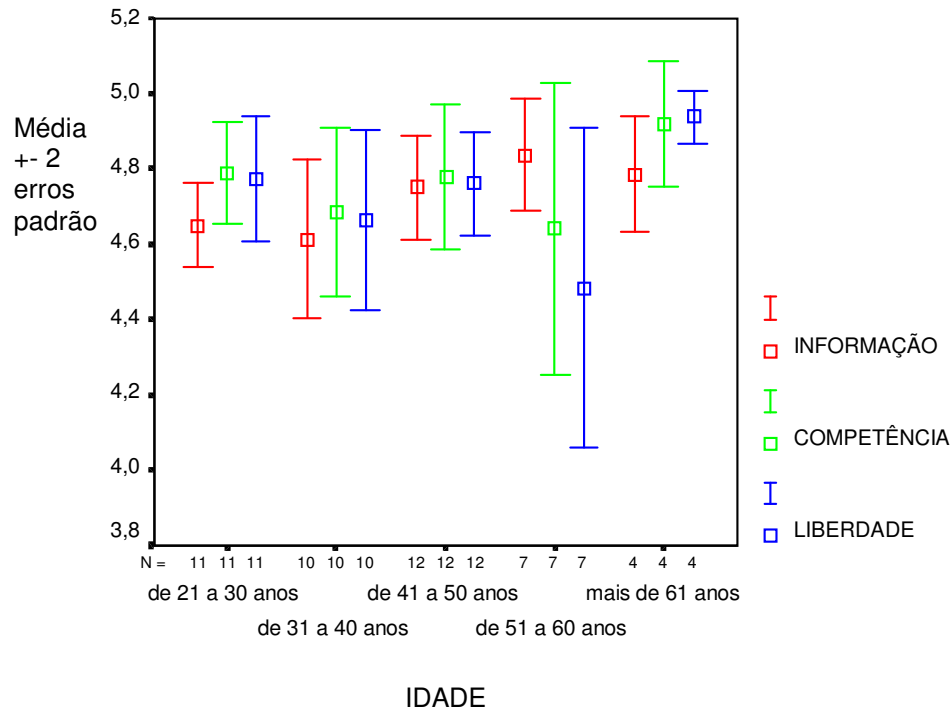


Figura 47- Médias \pm 2 erros padrão dos escores médios em cada categoria para clientes em diferentes faixas etárias.

Observa-se que o comportamento dos escores médios nas três categorias é bastante similar, menos na da faixa etária de 51 a 60 anos, na qual as médias nas categorias Competência e Liberdade são menores do que a média em Informação, provavelmente devido ao cliente número 17.

Na análise inferencial foram aplicados testes de hipótese para verificar se os escores médios nas três categorias de resposta foram afetados pelo tipo de tratamento adotado e pela idade do cliente.

A técnica escolhida foi a análise de variância com medidas repetidas (Neter et al., 1996). Há dois fatores que envolvem medidas em clientes diferentes- faixa etária e tipo de tratamento e um que implica em medidas num mesmo cliente: categoria da proposição. Os resultados são apresentados na Tabela 10.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Fonte de Variação	Graus de Liberdade	Soma de Quadrados	Quadrado Médio	F	p
Idade	4	0,272	0,068	0,431	0,785
Tratamento	1	0,708	0,708	4,482	0,042
Idade vs Tratamento	0,217	4	0,054	0,344	0,846
Resíduo 1	5,370	34	0,158		
Categoria	2	0,092	0,046	0,671	0,515
Categoria vs Idade	8	0,503	0,063	0,920	0,505
Categoria vs Tratamento	2	0,137	0,068	1,001	0,373
Categoria vs Idade vs Tratamento	8	0,285	0,039	0,521	0,836
Resíduo 2	68	4,647	0,068		

Tabela 10- Tabela de Análise de Variância.

Detectou-se apenas efeito no tipo de tratamento ($p=0,042$). Assim, pode-se concluir que:

- os escores médios não são afetados pela faixa etária, quaisquer que sejam a categoria de proposição e o tipo de tratamento;
- os escores médios nas três categorias de proposição são iguais, quaisquer que sejam a faixa etária e o tipo de tratamento;
- em média, os escores médios dos clientes de tratamento cirúrgico são maiores que os de tratamento clínico.

5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciando a discussão dos resultados pela caracterização sociodemográfica e clínica dos 44 participantes da pesquisa, verificou-se que em relação ao sexo, houve grande predomínio do feminino sobre o masculino. Em seu livro “A Imagem Corporal”, Castilho (2001) justifica que as mulheres, em geral, estão mais insatisfeitas do que os homens com sua imagem corporal e que são mais estimuladas, pela sociedade, a estimar o seu valor pessoal como dependente da sua atração física. Prossegue o seu raciocínio afirmando que os homens não são imunes às questões de imagem corporal, porém sofrem de forma silenciosa e, muitas vezes, acreditam que os “verdadeiros homens” não se importam com a aparência.

Quanto o grau de instrução, renda familiar e profissão/ocupação dos clientes, mais da metade tem nível universitário completo, renda familiar de R\$ 7.000,00 ou mais e profissão/ ocupação entre os níveis IV e V. Este estudo constatou que grau de instrução, renda familiar e profissão/ocupação caracterizam uma população de alto nível educacional e socioeconômico. Devemos considerar que os procedimentos de ordem estética são onerosos, necessitando, na maioria das vezes de manutenção periódica, além de não serem cobertos pelos planos de saúde. Dessa forma, justifica-se a caracterização da população estudada.

Com referência à variável idade, houve pequeno predomínio da faixa etária de 41 a 50 anos, com média de 47,5 anos. Para Maksud e Anderson (1995), a população adulta mais velha se faz presente como força de trabalho por mais tempo, portanto deseja restaurar a aparência física, que reflete vigor e juventude.

Em relação ao tipo de tratamento, houve predomínio do tratamento clínico, totalizando 61% (27 clientes). Na variável procedimento realizado, predominou o procedimento *Peeling*, com 20% (9 clientes), seguido de Toxina Botulínica e Preenchimento, com 16% (7) cada um. Entre os procedimentos cirúrgicos, o que mais predominou foi a Lipoaspiração, com 14% (6 clientes), seguida pela Mamoplastia, 11,3% (5 clientes). Os clientes freqüentadores da clínica, num primeiro momento, optam por procedimentos clínicos mesmo tendo indicação para procedimentos cirúrgicos. Isso se deve a razões como medo do risco cirúrgico, tentativa de obter resultados satisfatórios com técnicas não invasivas ou minimamente invasivas e o custo do tratamento clínico ser menos oneroso.

Ao considerar os dados encontrados nas frequências simples de respostas das afirmativas relacionadas à Informação, pode-se verificar uma percepção positiva da assistência prestada, pelos profissionais de saúde quanto às informações necessárias. Deste modo, pode-se afirmar que os clientes, se perceberam informados em relação aos procedimentos a que gostariam de se submeter, às alternativas de tratamento, aos cuidados pré e pós-procedimento, ao motivo do tratamento e aos possíveis riscos, reações e vantagens do procedimento.

Segundo Hockenberger (1995), a enfermeira deve evitar prestar informações genéricas, mas, sim, adaptar as orientações para as necessidades específicas de cada cliente. O que o cliente sabe? Quão acuradas são essas informações? No que mais ele necessita saber?

A maioria dos clientes concordou ter sido informada sobre as desvantagens do procedimento, porém, 6,8% discordaram da proposição. Nesta questão, pode-se inferir que, provavelmente, os clientes discordantes não tenham percebido as desvantagens dos procedimentos já inseridas nas informações dadas, pois 13,7% deles não concordaram e nem discordaram, ou seja, não têm opinião formada sobre a questão. Percebe-se que os clientes não interpretam como desvantagem, mas apenas como cuidados dispensados a cada procedimento. Segundo Goin e Goin (1986), os resultados de um estudo para pesquisar alterações psicológicas no pré-operatório de cirurgia plástica mostraram que a maioria dos clientes tende a negar, ou a não, valorizar a possibilidade de complicações, mesmo quando exaustivamente orientada a respeito.

A maioria dos clientes concordou que os profissionais de saúde acrescentaram mais informações às que ele já possuía. Verificou-se, também, que a maioria concordou que os esclarecimentos obtidos na clínica foram mais relevantes para a tomada de decisão, do que os esclarecimentos fornecidos pela mídia, ou mesmo, por pessoas já submetidos a algum procedimento; a maioria da população concordou, ainda, que as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde deram segurança para a tomada de decisão e todas as dúvidas foram esclarecidas. Isso denota a responsabilidade e a influência que o profissional de saúde tem sobre o seu cliente ao prestar informações claras, precisas e atualizadas. Castilho (2001) comenta o quanto é importante clarear as

expectativas pré-operatórias do cliente e que a decisão pela cirurgia plástica não deve ser tomada de forma impulsiva, devendo-se avaliar os prós e os contras.

Para Fortes (1998), o cliente tem o direito moral de ser esclarecido sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, ser informado da duração dos tratamentos, dos benefícios e desconfortos, inconvenientes e riscos físicos, psíquicos, econômicos e sociais que possa ter.

Verificou-se que 59,1% da população estavam satisfeitos com os esclarecimentos recebidos, enquanto 38,6% gostariam de ter recebido mais esclarecimentos. Pode-se justificar este dado pela necessidade de segurança do cliente na realização de qualquer procedimento estético, possivelmente pelo receio de o resultado final acarretar alteração da sua identidade corporal. Tais dados se contrapõem aos da questão 19, na qual a grande maioria (97,7%) da população afirmou que todas as dúvidas foram esclarecidas pelos profissionais de saúde.

Carmo, (2002) em sua dissertação sobre a possibilidade da manifestação da autonomia do paciente internado, afirma que um dos fatores para percepção da falta de informação pelo paciente, pode estar associado à interferência da ansiedade, do estresse, do momento da abordagem, da forma de comunicação e da linguagem utilizada, que poderia dificultar a compreensão e a assimilação de informações.

Segundo Maksud e Anderson (1995), quando as pessoas estão sob estresse, podem esquecer informações já recebidas. O cliente pode não ouvir ou não se lembrar do que foi expresso na primeira consulta, ou pode negar o que ouviu; desta forma, é necessário que a enfermeira identifique os recursos disponíveis e desenvolva métodos para o fornecimento de orientações.

Para Beauchamp e Childress (1994), alguns clientes são calmos, atentos e ávidos por diálogo, ao passo que outros são nervosos ou distraídos, de modo a prejudicar ou bloquear o entendimento. Concluem dizendo que há muitas condições que limitam o entendimento, incluindo enfermidade, irracionalidade e imaturidade.

Ao considerar os dados encontrados nas freqüências simples de respostas das afirmativas relacionadas à competência, pode-se constatar uma percepção

positiva da assistência prestada na clínica, referente à compreensão dos clientes em relação às informações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Para Goldim (2003), a competência ou capacidade de decisão da pessoa baseia-se em diversas habilidades, como envolver-se com o assunto, compreender ou avaliar o tipo de alternativa e a comunicação de uma preferência.

White (1994) diz que o exercício da autonomia depende da capacidade da pessoa, bem como a validade moral e legal do consentimento informado. Os clientes considerados autônomos organizam a sua vida com base em um conjunto de valores, interesses, objetivos e crenças.

De modo geral, pode-se afirmar que os clientes entenderam as orientações sobre as alternativas de tratamento e as explicações sobre o procedimento a ser realizado. Afirmaram, ainda, não ter tido dificuldade em assimilar as informações do procedimento, e ter entendido as respostas para as perguntas que fizeram, concordando que os profissionais de saúde se fizeram entender, falando de forma clara e de fácil compreensão.

Os profissionais da saúde podem ser agentes facilitadores das boas decisões dos clientes ao tentar descobrir suas preocupações e interesses, fazer perguntas e estabelecer uma atmosfera que as encoraje, desta forma pode favorecendo o entendimento do cliente mais do que as informações que estão sendo reveladas (Beauchamp e Childress, 1994).

Quanto às orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento, a maioria dos clientes concordou ter sido informada de forma clara; 11,4% da população responderam não terem sido assim informados e 6,8% não souberam responder à questão. Cabe ressaltar que esses últimos eram, na maioria, clientes que se submeteram a procedimentos clínicos. Então, pode-se inferir que o cliente, se preocupa mais com informações e esclarecimentos ao sofrer procedimentos cirúrgicos do que clínicos, provavelmente por serem aqueles de maior complexidade.

Vale lembrar que os procedimentos clínicos são menos traumáticos e menos invasivos e promovem menor possibilidade de riscos e reações, o que acaba propiciando informações e explicações simples por parte da equipe, cujo o único contato com o cliente costuma ser suficiente para definir e iniciar o tratamento. Para procedimentos cirúrgicos são necessários vários contatos, tanto

para a tomada de decisão do cliente, quanto para as diversas orientações pré-operatórias até a cirurgia.

Para Maio (2003), o médico, durante a consulta, não deve banalizar os riscos do procedimento e a responsabilidade do cliente sobre o tratamento, principalmente os invasivos. A enfermeira junto com o médico não deve exagerar sobre a melhora que poderá advir dos procedimentos.

Ao considerar os dados encontrados nas freqüências simples de respostas das afirmativas relacionadas à Liberdade, verificou-se que os clientes tiveram liberdade para conversar com os profissionais de saúde e esclarecer as suas dúvidas. Também concordaram que os profissionais de saúde ouviram as suas preocupações e que não tiveram dificuldade para lhes fazer perguntas.

A maioria dos clientes referiu liberdade para decidir pelo tratamento a ser realizado e percebeu-se respeitada quanto à escolha do procedimento. Relatou, ainda, ter sido bem tratada ao questionar a equipe sobre o tratamento.

A grande maioria dos clientes considerou que a sua decisão em realizar o procedimento foi discutida com os profissionais de saúde, o que permite inferir, portanto, que eles foram ativos e participativos na tomada de decisão.

Acredita-se que pessoas psicologicamente fragilizadas são guiadas muito mais pela emoção do que pela razão, daí a importância do profissional de saúde atuante em clínica de medicina estética esclarecer os procedimentos, para que o cliente possa proceder a escolha e exercer a sua autonomia.

Quanto à influência dos profissionais de saúde na tomada de decisão do cliente para a realização do procedimento, 25% dos clientes acreditaram não terem sofrido influência dos profissionais de saúde, enquanto 72,7% concordaram que os profissionais de saúde influenciaram na sua decisão. Pode-se inferir que estes últimos optaram por compartilhar a decisão com os profissionais de saúde, ao passo que, para o restante da população a tomada de decisão foi individual, não considerando os esclarecimentos dados pelos profissionais de saúde.

De acordo com os dados encontrados nas correlações entre a percepção da assistência na clínica e as variáveis do estudo, quando analisadas as três categorias, Informação, Competência e Liberdade, observa-se uma discreta superioridade do escore médio atribuído à categoria Competência sobre o atribuído às categorias Informação e Liberdade. Cabe salientar que a maioria dos

escores das três categorias é bastante homogênea, sendo os escores médios das categorias superiores a 4,5, ou seja, variando de concordante à alta concordância.

Quanto às questões globais, com relação ao esclarecimento das informações dadas pelos profissionais de saúde e a liberdade para a tomada de decisão para a realização do procedimento, temos médias de 9,41 e 9,70, respectivamente. Pode-se concluir, com esses dados que, no geral, os clientes perceberam-se esclarecidos e livres para a tomada de decisão.

Ao se compararem os escores médios das 28 proposições, observou-se que as proposições “*No atendimento na clínica, gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento*” e “*No atendimento na clínica, os profissionais influenciaram na minha tomada de decisão na realização do procedimento*” apresentaram escores médios inferiores aos demais, porém, como antes citado, não demonstraram percepção negativa.

Pode-se inferir que, de modo geral, os clientes se perceberam informados, esclarecidos e com liberdade para a tomada de decisão na realização do procedimento estético. Os escores globais das questões 29 e 30 têm escore mínimo de 7, e 56,8% e 79,5% de escore 10, respectivamente. Os resultados parecem indicar que os clientes estão satisfeitos com as informações recebidas, as quais consideram esclarecedoras, o que vai ao encontro da Lei 10.241/99, que dispõe sobre o direito de os usuários da saúde receberem informações claras, compreensíveis e objetivas.

Em relação aos escores atribuídos para as categorias Informação, Competência e Liberdade, os resultados demonstraram haver associação com a variável tipo de tratamento, mas não com a variável idade dos clientes. Verificou-se que, em média, os clientes que se submeteram a tratamento clínico atribuíram escores menores do que aqueles que cujo tratamento foi cirúrgico.

Percebe-se que os clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, ansiosos e temerosos pelo estigma da cirurgia, ficam mais atentos às explicações e aos cuidados pré e pós-operatórios. Em procedimentos cirúrgicos existe maior tempo de contato entre os profissionais de saúde e o cliente, o que faz com que o último tenha mais tempo para elaboração e esclarecimento de dúvidas, o que os deixa mais tranquilos e seguros, apesar do procedimento mais complexo.

Em procedimentos clínicos, em geral, há menor complexidade, riscos e reações, requerendo, portanto, cuidados e orientações mais simples e breves no pré e pós-procedimento. Clientes e profissionais de saúde têm menor tempo entre a tomada de decisão e o início do procedimento, o que pode dificultar a assimilação das informações e a elaboração de questionamentos e dúvidas posteriores.

Dessa forma, os resultados mostraram que o cliente, quando bem compreendido em seus questionamentos e suficientemente informado e esclarecido pelos profissionais de saúde, passa ter segurança para a tomada de decisão na realização de procedimentos estéticos.

6- CONCLUSÕES

Os resultados mostraram, quanto à caracterização dos clientes, predominância do sexo feminino, com faixa etária entre 41 e 50 anos.

Em relação a grau de instrução, renda familiar e profissão/ocupação, verificou-se predomínio dos clientes com nível universitário completo, renda familiar de R\$ 8.000,00 ou mais e profissão/ ocupação entre os níveis IV e V, caracterizando uma população de alto nível educacional e socioeconômico.

Para a variável tipo de tratamento, houve predomínio do tratamento clínico sobre o cirúrgico, com destaque para os procedimentos clínicos *Peeling*, Toxina Botulínica e Preenchimento. Entre os procedimentos cirúrgicos, predominaram a Lipoaspiração e a Mamoplastia.

Os dados encontrados nas afirmativas referentes à categoria Informação mostraram que os clientes se perceberam satisfatoriamente informados pelos profissionais de saúde.

Os dados resultantes nas afirmativas relacionadas à categoria Competência indicaram percepção positiva da compreensão dos clientes em relação às informações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Verificou-se que os clientes se perceberam livres para a tomada de decisão, segundo os dados das afirmativas relacionadas à categoria Liberdade.

Ao se correlacionarem os escores atribuídos às categorias Informação, Competência e Liberdade com as variáveis idade e tipo de tratamento, os resultados demonstraram haver associação apenas com a variável tipo de tratamento, na qual os clientes submetidos a tratamento clínico atribuíram escores menores do que os clientes que fizeram tratamento cirúrgico.

Constatou-se que os profissionais de saúde foram agentes facilitadores das informações, adaptando-as à linguagem e às necessidades dos clientes, deixando-os livres e esclarecidos para a tomada de decisão na realização do procedimento.

Neste estudo, concluiu-se que os clientes se perceberam satisfatoriamente esclarecidos e com liberdade em relação à tomada de decisão na realização de procedimentos estéticos.

Os resultados advindos deste estudo podem contribuir para a melhoria da qualidade da assistência, bem como despertar novos e diferentes estudos dentro da medicina estética, de modo a fortalecer a importante função do enfermeiro nessa área.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Este questionário contém uma série de frases referentes à **assistência prestada pelos profissionais da saúde durante o seu atendimento na clínica**, com as seguintes possibilidades de respostas:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem discordo Nem concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

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

Exemplo: *O amor é lindo.*

Caso você discorde totalmente dessa frase assinale o número 1.

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

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

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

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

Obrigada pela colaboração.

NO ATENDIMENTO NA CLÍNICA:	1	2	3	4	5
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE
1- os profissionais de saúde me orientaram sobre o procedimento que eu gostaria de realizar.					
2- fui orientado(a) sobre as alternativas de tratamento para a minha necessidade.					
3- entendi bem todas as orientações sobre as alternativas de tratamento.					
4- fui orientado(a) sobre os cuidados que antecediam o procedimento.					

5- tive liberdade para conversar com os profissionais de saúde sobre as minhas dúvidas.					
6- os profissionais de saúde ouviram as minhas preocupações.					
7- senti dificuldade para assimilar as informações sobre o procedimento a ser realizado.					
8- senti dificuldade para fazer perguntas aos profissionais de saúde.					
9- tive liberdade para decidir pelo procedimento a ser realizado.					
10- fui orientado(a) quanto às vantagens do procedimento.					
11- os profissionais de saúde não perguntaram qual era a minha vontade em relação à escolha do procedimento.					
12- os profissionais de saúde falaram de forma difícil de entender.					
13- os profissionais de saúde explicaram o motivo do tratamento.					
14- a tomada de decisão sobre o procedimento foi discutida com os profissionais de saúde.					
15- não gostei da maneira como fui tratado(a) quando perguntei sobre o procedimento.					
16- as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde me deram segurança para a tomada de decisão.					
17- entendi a explicação sobre o procedimento a ser realizado.					
18- gostaria de ter recebido mais esclarecimentos sobre o meu procedimento.					
19- todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos profissionais de saúde.					
20- entendi as respostas que os profissionais de saúde deram às perguntas que fiz.					

21- fui orientado(a) sobre os possíveis riscos e reações do procedimento.					
22- os profissionais de saúde influenciaram na minha tomada de decisão na realização do procedimento.					
23- os profissionais de saúde acrescentaram mais informações às informações que eu já tinha.					
24- os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão para a realização do procedimento foram obtidos somente através de revistas, jornais, programas de TV e outros.					
25- fui orientado(a) sobre os cuidados a serem seguidos após o procedimento a ser realizado.					
26- fui orientado(a) quanto às desvantagens do procedimento.					
27- as orientações sobre os possíveis riscos e reações do tratamento a ser realizado não ficaram claras.					
28- os esclarecimentos para que eu tomasse a decisão foram obtidos somente através de pessoas que já fizeram o procedimento.					

29- Em uma escala de 1 a 10, onde a nota 10 é a melhor, que nota você daria com relação ao esclarecimento das informações fornecidas para a sua tomada de decisão?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 | | | | | | | | |

30- Em uma escala de 1 a 10, onde a nota 10 é a melhor, que nota você daria com relação à liberdade que você teve para a tomada de decisão na realização do procedimento?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 | | | | | | | | |

ANEXO II**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR**

Prezado Sr(a),

Eu, Ana Maria Auricchio, aluna do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, estou realizando uma pesquisa denominada “Procedimentos estéticos: percepção do cliente quanto ao esclarecimento para a tomada de decisão”.

Este estudo tem como objetivos identificar a percepção do cliente quanto ao esclarecimento do seu processo de tomada de decisão na realização de procedimentos estéticos clínicos e/ou cirúrgicos; e identificar a percepção do cliente quanto à liberdade na tomada de decisão quanto à realização dos mesmos procedimentos.

Para isso, solicitamos sua colaboração, que consistirá em responder um questionário que lhe será oferecido juntamente com um envelope previamente selado, para devolução pelo correio. Não há necessidade de identificação no questionário, sendo garantido o seu anonimato, assim como o sigilo das informações.

Sua participação é voluntária e não haverá qualquer tipo de prejuízo caso se recuse a participar da pesquisa, ficando livre para interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar.

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de publicações e eventos científicos.

Agradecemos sua atenção e nos colocamos à disposição para dirimir dúvidas a respeito do estudo.

Ana Maria Auricchio

Pesquisadora

COREN-SP:61705

Fone: 5535-9286

E-mail:anaauri@yahoo.com.br

ANEXO III

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 03 de setembro de 2003.

Ilm^a Sr^a
Ana Maria Auricchio


Ref.: Processo nº 330/2003/CEP-EEUSP

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "PERCEPÇÃO DO CLIENTE QUANTO AO ESCLARECIMENTO REFERENTE À TOMADA DE DECISÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,


Profª Drª Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO IV

São Paulo, 31 de julho de 2003.

Ilmo Sr.

Dr. Maurício de Maio

Eu, Ana Maria Auricchio, aluna de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho por meio desta solicitar a Clínica Dr. Maurício de Maio S/C Ltda como campo para coleta de dados para o desenvolvimento da minha pesquisa, intitulada “Procedimentos estéticos: percepção do cliente quanto ao esclarecimento para a tomada de decisão” e que apresenta como objetivos identificar a percepção do cliente quanto ao esclarecimento do seu processo de tomada de decisão na realização de procedimentos estéticos clínicos e/ou cirúrgicos e identificar a percepção do cliente quanto à liberdade na tomada de decisão do cliente nesse mesmo contexto.

Atenciosamente,

Ana Maria Auricchio
Pesquisadora
COREN-SP: 61705

ANEXO V

São Paulo, 4 de agosto de 2003.

À Sr^a,

Ana Maria Auricchio,

Eu, Dr. Maurício de Maio, autorizo a Clínica Dr. Maurício de Maio S/C Ltda como campo para a coleta de dados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Procedimentos estéticos: percepção do cliente quanto ao esclarecimento para a tomada de decisão”, conforme prévia solicitação.

Atenciosamente,

Dr. Maurício de Maio

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avelar, MJ. Aspectos médico-legais. In: Mélega, JM, editor. Cirurgia plástica-fundamentos e arte- princípios gerais. São Paulo, Editora Médica e Científica, 2002; p.3-8.

Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 4ªed. São Paulo: Loyola; 1994.

Bussab, WO. e Morettin, PA. Estatística básica. 5ª ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

Carmo DRB. A possibilidade de manifestação da autonomia do paciente internado em um hospital universitário. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Cash TF, Pruzinsky T. Body images: development, deviance, and change. New York: Guilford Press; 1990.

Cash TF, Winstead BA, Janda LH. The great American shape-up: body image survey report. *Psychol Today* 1986; 20: 30-7.

Castilho, SM. A imagem corporal. Santo André: Esetec; 2001.

Ciochetti, CG. Mídia. In: Maio M, editor. Tratado de medicina estética. São Paulo: Roca; 2003. p. 2203-11.

Clotet J, Goldim JR, Francisconi CF. Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa n Brasil. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000.

Cohen C, Marcolino JAM. Relação médico-paciente: autonomia e paternalismo. In: Segre M, Cohen C, organizadores. *Bioética*. São Paulo: Edusp. 1999; p. 51-62.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [online] Brasília; 1996. Disponível em < <http://www.usp.br/ip>> (20 jan. 2004).

Culver CM. Relação médico-paciente: competência do paciente. In: Segre M, Cohen C, organizadores: *Bioética*. São Paulo: Edusp; 1999, p.63-73.

Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 1999.

Fortes PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética* 1995; 2(2):129-35.

Fortes PAC. O consentimento informado na atividade médica e a resposta dos tribunais. *Rev Justiça Democracia* 1996; 1(2): 185-97.

Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais: autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.

Ferreira MC. Cirurgia plástica estética: avaliação dos resultados. Rev Soc Bras Cirurg Plast 2000; 15: 55-66.

Gelain I. O significado do "ethos" e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho. Acta Paul Enferm 1992; 5(1/4):14-25.

Goldim JR. Capacidade. [online] Porto Alegre; 2003. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/competen.htm>> (20 jan 2004).

Gonçalves VLM. Crenças, sentimentos e capacitação dos enfermeiros no processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.

Goin MK, Goin JM. Psychological effects of aesthetic facial surgery. Adv Psychosom Med 1986; 15: 84-108.

Guimarães MCS, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. Bioética 1999; 7(1):21-4.

Heinberg LJ. Theories of body image disturbance. In: Thompson JK. Body image, eating disorders, and obesity. Washington, DC: American Psychological Association; 1996. p. 27-47.

Hewlett S. Consent to clinical research: adequately voluntary or substantially influenced? J Med Ethics 1996; 22: 232-7.

Hockenberger S. The nurse's role and responsibilities regarding patient satisfaction. Plast Surg Nurs J 1995; 15(3): 187-9.

Johnson RA, Wichern DW. Applied multivariate statistical analysis. 3rd ed Englewood cliffs, NJ; 1992.

Kant I. Crítica da razão prática. Trad. de V Rohoen. São Paulo: Martins Fontes. 2003.

Kerlinger FN. Investigación del comportamiento. 2^a ed. México: Interamericana; 1975.

Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patient's health related quality of life before and after aesthetic surgery. Br J Plast Surg 1996; 49: 433-8.

Maio. M. Tratado de medicina estética. São Paulo: Roca; 2003; Realidade e expectativa dos pacientes; p. 1995-2004.

Maio. M de. Tratado de Medicina Estética. São Paulo, Roca, 2003; Introdução.

- Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 3ªed. São Paulo: Atlas; 1996.
- Maksud DP; Anderson RC. Psychological dimensions of aesthetic surgery: essentials for nurses. *Plast Surg Nurs*. 1995; 15(3): 137-44.
- Mandelbaum, MHS. Enfermagem: funções administrativas. In: Maio M, editor: *Tratado de medicina estética*. São Paulo: Roca; 2003. p.1825-40.
- Martins GA. Manual para elaboração de monografias e dissertações. São Paulo: Atlas; 1994.
- Mélega JM, Reiff AB M. Introdução à cirurgia plástica. In: Mélega JM, editor. *Cirurgia plástica:fundamentos e arte: princípios gerais*. São Paulo. Editora Médica e Científica; 2002. p. 3-8.
- Meneguim S. Qualidade de vida de pacientes com cardiopatias valvares. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
- Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento informado. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina;1999. p.53-70.
- Mill JS. *A liberdade; utilitarismo*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
- Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. *Applied linear statistical models*. 4th ed. Chicago: Irwin; 1996.
- Pessini L, Barchfontaine CP. *Problemas atuais de bioética*. 5ªed. São Paulo: Loyola; 2000.
- Rosemberg M. *Society and the adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.
- São Paulo. Portaria CVS-15, de 19 de Novembro de 1999. Aprova norma técnica que trata da execução de procedimentos em estética e inerentes à denominada prática ortomolecular nos estabelecimentos de saúde cujas condições de funcionamento especifica e dá providências correlatas.
- São Paulo. (Estado). Lei n. 10241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde de São Paulo.[on line] São Paulo, 2004. Disponível em:
http://www.imesp.com.br/cgi/om_esapidll?clientID=131&advquerg=%22Administra%e7%e30%20jan.2004.
- Schilder P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. Trad de R. Wertman; 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Sarwer DB, Whitaker LA, Perstschuk MJ, Wadden TA. Body image concerns of reconstructive surgery patients: an underrecognized problem. *Ann Plast Surg* 1998; 40: p. 403-7.

Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization. *Clin Psychol Rev* 1998; 18(1): 1-22.

Tebbetts JB, Tebbetts TB. An approach that integrates patient education and informed consent in breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110(3): 971-8.

The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, National Commission for the Protecting of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research., 1979. [online] Available from:<<http://ohrp.osophs.dhhs.gov/humansubjects/guidance/belmont.htm>> (20 ajn 2004).

White, BC. Competence to consent. Wahington: GUP; 1994.