

CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

A EFETIVIDADE NA COMUNICAÇÃO:
UMA ESTRATÉGIA NO PLANO DE ALTA HOSPITALAR

LOVANI LOHMANN
Porto Alegre, setembro de 2005.

CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA &
TECNOLÓGICA EM SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA
A EFETIVIDADE NA COMUNICAÇÃO:
UMA ESTRATÉGIA NO PLANO DE ALTA HOSPITALAR

LOVANI LOHMANN
ORIENTADOR: PROF. Dr. JOSÉ MAURICIO DE OLIVEIRA

Porto Alegre, setembro de 2005.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 4 |
| 1 OBJETIVO | 13 |
| 1.1 Objetivo geral..... | 13 |
| 1.2 Objetivos específicos..... | 13 |
| 2. METODOLOGIA | 15 |
| 2.1 Tipo e campo de estudo..... | 15 |
| 2.2 Sujeitos do estudo..... | 15 |
| 2.3 Coleta de dados..... | 16 |
| 2.4 Aspectos éticos..... | 18 |
| 3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS | 20 |
| 4 CRONOGRAMA | 21 |
| 5 REFERÊNCIAS CONSULTADAS | 22 |
| 6 ANEXOS | 25 |
| 6.1 Anexo A | 26 |
| 6.2 Anexo B | 28 |

INTRODUÇÃO

A chegada de um bebê é um momento de grandes mudanças na vida não só da gestante, mas também dos demais membros da família. Estes, desde o início da gestação, idealizam a imagem de um bebê perfeito, sem problemas, à termo, ou seja, com idade gestacional superior a 37 semanas e peso superior a 2500g, conforme classificação encontrada em Clohety e Stark (2000). Porém, isso nem sempre é possível e em alguns casos, com etiologia ainda desconhecida, o bebê nasce prematuramente necessitando de internação em uma UTI-Neonatal.(Clohety e Stark, 2000)

Segundo Maldonato (1997), a questão da dinâmica familiar na situação da prematuridade é um aspecto importante a ser considerado, pois: “a mãe que dá a luz a um filho prematuro tem quatro tarefas a enfrentar: interromper sua relação com o filho dentro de si e preparar-se para possibilidade de que ele não consiga sobreviver; lidar com possíveis sentimentos de fracasso e incapacidade por não ter conseguido levar a gestação a termo; renovar seu vínculo com o bebê à medida que aumenta sua possibilidade de sobreviver e

preparar-se para alta hospitalar; e aprender a atender as necessidades especiais de um bebê prematuro sem perder de vista a perspectiva de que, após algum tempo deverá tratá-lo como uma criança normal.” (Kaplan e Mason,1960 apud Maldonato, p.127,128,1997)

Maldonato (1997), coloca ainda que, o nascimento de um bebê prematuro causa tumulto emocional e uma crise dolorosa, deixando marcas profundas na história da família, criando sentimento de medo, tristeza, raiva, culpa e impotência nos pais.

O período pós-alta hospitalar também é considerado estressante, principalmente se a criança teve sua internação prolongada com muitas intercorrências. Obseva-se, no momento da alta, sentimento de alegria, quando os pais demonstram estarem superfelizes por poderem levar seus filhos para casa, mas também, de medo e insegurança, por não terem mais o suporte da equipe de saúde e todo aparato tecnológico da UTI-Neonatal, no caso de uma intercorrência com o bebê em casa.

A equipe de saúde tem um papel muito importante a desempenhar em relação a esta família, desde a internação do bebê na UTI-Neonatal, que é o de estabelecer a comunicação, a fim de apoiar, esclarecer dúvidas e tranquilizar os pais destes bebês prematuros. Para Kenner (2001, p.269), mesmo sendo o médico quem forneça inicialmente e regularmente, informações aos pais das condições clínicas do recém-nascido, é o (a) enfermeiro (a) quem costuma fornecer relatos diários e, sendo assim, é a

pessoa a quem os pais mais fazem perguntas, adquirindo, em muitos casos, confiabilidade principalmente nele (a), “não só para informações, mas para ajudar a compreender essas informações.”

Observa-se, inclusive, que os familiares, de uma maneira geral, costumam questionar e esclarecer dúvidas com pessoas que lhes dão uma maior atenção e que conseguem manter um bom diálogo com eles, independente do seu cargo ou função. Por isso a importância do trabalho em equipe no cuidado com o paciente.

Os avanços da ciência e da tecnologia, voltados para assistência neonatal têm contribuído muito no atendimento dos recém-nascidos prematuros, aumentando, assim, os índices de sobrevivência destas crianças. Existe um investimento financeiro bastante alto nestas crianças dentro do hospital, tanto em profissionais capacitados e especializados, quanto em equipamentos sofisticados e medicamentos caros, gerando custos elevadíssimos para instituição. Porém, percebe-se, de um modo geral, que este investimento todo termina na porta do hospital, assim que o paciente recebe a alta hospitalar, não sendo, na maioria das vezes, o mais adequado.

O Hospital Fêmina é um dos mais de quinhentos hospitais da rede SUS que faz parte do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que tem como objetivo “a promoção de uma cultura de atendimento humanizado na área da saúde” (2003). Entendendo-se aqui, Humanizado com uma visão holística no atendimento, inclusive, na alta e pós-alta hospitalar.

Nesta linha de pensamento humanizado, em 2004 o Hospital Fêmeina, preocupado não só com a qualidade do atendimento técnico, bem como com a humanização na assistência, implantou a segunda etapa do Método Canguru que implica na “Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso”, conforme Portaria nº 693 de 05/07/2000 do Ministério da Saúde.

Como enfermeira da UTI-Neonatal do Hospital Fêmeina, sei que com a implantação deste Método, várias rotinas foram modificadas e qualificadas. O meu interesse está voltado especialmente para a questão da continuidade do cuidado. Nesse sentido toma importância o momento da alta hospitalar que, inicialmente, me parece necessitar de uma maior atenção.

Não descarto a hipótese da falta de um plano de alta, envolvendo a equipe multiprofissional, quando alguns pais telefonam à UTI-Neonatal, um ou dois dias após alta hospitalar de seu filho, para sanar dúvidas básicas, como por exemplo: o que fazer quando a criança apresenta pico febril num dia bastante quente, em pleno verão. Em relação a este exemplo, assim como outros semelhantes, vários fatores que fazem parte do plano de alta hospitalar podem não ter sido contemplados, sendo um deles a efetividade da comunicação entre equipe de saúde e os pais da criança.

Pode-se partir da idéia geral que, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente e seu familiar é o objetivo de todos que trabalham na área da saúde. Entretanto, questões pessoais, culturais e até disputa pelo poder entre membros da equipe de saúde, podem, também, intervir no alcance desta meta

de forma plena. Sendo necessário, uma avaliação do serviço, para que estas questões e/ou fatores apareçam de alguma maneira e cheguem ao conhecimento de todos envolvidos, a fim de proporcionar modificações que realmente qualifiquem o atendimento.

Segundo a ONU (1984, apud Silver,1992:198) avaliar: “É um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos...” Neste caso, o de observar e avaliar se a comunicação entre os profissionais da saúde e as famílias dos bebês está sendo efetiva, principalmente no processo da alta hospitalar, interferindo, assim, de alguma maneira na continuidade do cuidado em casa.

Na intenção real, através da comunicação, de melhorar a qualidade de vida dos bebês prematuros pós-alta hospitalar, precisa-se ter a certeza de que a informações transmitidas aos pais estão sendo assimiladas e entendidas. Para isso, tem-se, também, que levar em conta os aspectos culturais, os aspectos pessoais e familiares dos pais envolvidos.

Para que a comunicação se dê de maneira efetiva, é importante ser lembrado que não adianta, esta, se dar de forma autoritária e/ou punitiva, considerado os profissionais da área de saúde como os donos da verdade, e ditadores de regras que devem ser cumpridas, indo em desencontro a todo atendimento de qualidade e humanizado que se pretende prestar.

Silva (2002, p.82), coloca que “quando falamos em “humanização no atendimento”, não falamos apenas em resgatar o mais bonito do humano ou o quanto somos “maravilhosos”, mas resgatar-nos de uma forma mais inteira, mais coerente em todas nossas dimensões da comunicação.” Ressaltando, inclusive, que toda comunicação tem duas partes: sendo a primeira o conteúdo, o fato, a informação que queremos transmitir; e a segunda, o que estamos sentindo quando nos comunicamos com as pessoas. Ou seja, a comunicação verbal e a não-verbal.

Silva (2002) diz que a comunicação não verbal tem um grande valor, permitindo que o relacionamento com as pessoas se transforma em algo positivo, efetivo e harmonioso. E que, não existe discurso de qualidade ou humano que se sustente se não colocarmos a atenção na nossa comunicação verbal e não verbal; se não tivermos a intenção de sermos mais inteiros quando estamos com as pessoas.

Silva (2002) sugere ainda, para humanizar cada vez mais a assistência, que deve haver a conscientização dos profissionais da área da saúde quanto ao código não verbal que fala a essência do ser humano, já que os leigos não conseguem avaliar os profissionais por sua competência técnica (por não possuírem este código), avaliando, apenas, pelo código de ser humano que é expresso, principalmente, pela linguagem não verbal.

Deve-se lembrar que os pais dos bebês internados estão fragilizados e esperam de nós o melhor que podemos lhe oferecer, portanto um sorriso na

hora certa, um toque na mão ou no ombro, o tom de voz suave e até mesmo o silêncio auxiliam nos relacionamentos interpessoais, na confiança, na segurança e na efetividade da comunicação, importantíssima para que os cuidados pós-alta hospitalar sejam realizados com sucesso.

Em relação ao binômio saúde mais comunicação Pitta (1995, p.154) coloca que: “do seu entendimento depende a qualidade de vida da população e a possível prevenção contra doença. Fazer comunicação exige procedimentos e decisões radicais, se o objetivo for, realmente, comunicar, ou seja, interagir, difundir e marcar conceitualmente, influenciando na memorização dos sujeitos receptores para gerar atitudes concretas ou opiniões positivas.”

A comunicação, a informação e a educação estão interligadas, porém para que a comunicação de fato ocorra, a mensagem deve ser transmitida de maneira que haja uma interação entre o emissor e o receptor, ou seja, a comunicação deve, de alguma maneira, ser de forma participativa.

A educação para saúde é de fundamental importância para que os cuidados, prestados pelos pais em casa ao seu bebê, sejam realizados da maneira mais correta. E a educação só ocorre se houver uma comunicação participativa entre os profissionais e os pais. Brunner & Suddarth (2002) reforçam este aspecto colocando que a enfermeira ao planejar a educação em saúde deve fornecer informações de maneira compreensiva, essenciais para tomada de decisões informadas.

Através da educação para saúde a enfermeira, bem como os demais profissionais, auxiliam os pais dos bebês a prevenir doenças e complicações nestes pacientes, atendendo corretamente as terapias prescritas, dietas indicadas (incentivo ao aleitamento materno), higiene adequada, bem como a resolver eventuais problemas quando confrontados em algumas situações específicas, evitando, inclusive, novas internações hospitalares.

Fonseca (2002) coloca que é importante elaborar um plano de treinamento e preparo materno para alta hospitalar do bebê prematuro, em atividades de Educação em Saúde, que favoreçam e estimulem a participação responsável, criativa e produtiva da clientela. Para auxiliar nas orientações às mães, acerca dos cuidados domiciliares do filho, com vistas à alta hospitalar, Fonseca defende, também, o uso de material didático instrucional dirigido no treinamento materno.

Todos estes fatores e aspectos consistem em um plano de alta hospitalar planejado, como colocado anteriormente, de fundamental importância para continuidade de todo tratamento. Conforme Madeira (1994, p.7), “o plano de alta é um instrumento que garante a continuidade da assistência à criança após sua hospitalização”. Não se tem, com este trabalho, a pretensão de garantir a continuidade da assistência, mas sim, de criar um plano de alta que auxilie no cuidado dos bebês em casa, dando destaque, sempre, para a importância e efetividade da comunicação neste processo.

Madeira (1994) salienta ainda que, o plano de alta inicia na admissão do paciente, e deve contemplar as necessidades da criança, da família e as particularidades deste sistema (aspectos emocionais, financeiros e o ambiente familiar). Kenner (2001) colabora dizendo que a enfermeira não pode avaliar as necessidades do plano de alta no momento da admissão, mas deve continuar a avaliar essas necessidades durante toda a permanência do recém-nascido no hospital e sempre que surgirem, as novidades devem ser incorporadas ao plano de alta.

O conhecimento de todos estes aspectos motivou-me na realização deste trabalho, buscando contribuir para uma melhor assistência e cuidado após a alta hospitalar aos familiares e pacientes da instituição onde trabalho.

1. OBJETIVO

1.1 Objetivo Geral:

- Avaliar se a comunicação entre os profissionais da UTI-Neonatal e os familiares dos Recém-Nascidos prematuros internados nesta unidade está sendo efetiva.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar qual (is) o papel (is) dos diversos profissionais no preparo da família para alta hospitalar e continuidade dos cuidados com o bebê em casa;

- Identificar as orientações existentes que compõem a alta hospitalar do recém-nascido prematuro no Hospital Fêmina;

- Verificar quais das informações fornecidas foram efetivas;
- Propor intervenções que facilitem a efetividade das orientações e continuidade do cuidado através da comunicação;
- Verificar se é oferecido apoio técnico no pós-alta hospitalar pelo Hospital e/ou Centro de Saúde;
- Identificar sentimentos, criação e continuidade do vínculo entre a família e os membros da equipe e a Instituição.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo e campo de estudo:

Será um estudo de caráter qualitativo observacional, descritivo e prospectivo, tendo como campo de estudo a UTI-Neonatal do Hospital Fêmeina, Grupo Hospitalar Conceição, no município de Porto Alegre – RS.

2.2 Sujeitos do estudo:

Os sujeitos do estudo compreenderão:

- A equipe multiprofissional da UTI-Neonatal do Hospital Fêmeina,
- Os pais e/ou responsáveis de bebês prematuros internados na UTI-Neonatal do hospital em questão. A amostra será intencional, tendo como

critério pais de bebês prematuros que residam em Porto Alegre. O tamanho da amostra não será levado em conta, visto que, segundo Deslandes (1999, p.43): “A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”, porém será estipulado um número mínimo de 10 (dez) participantes.

2.3 Coleta de dados:

A coleta de dados será realizada pela autora do projeto. Inicialmente será feito um levantamento dos documentos (rotinas, protocolos) existentes na UTI-Neonatal, referentes à alta hospitalar. Na inexistência dos mesmos, se realizará uma entrevista com o responsável pelo setor, a fim de verificar como e por quem a alta hospitalar é executada.

Também serão feitas observações e anotações de palavras-chaves em dois momentos:

- Na UTI – Neonatal, com profissionais e a família envolvida na pesquisa;
- Na residência, durante a entrevista com o sujeito do estudo.

As dimensões que serão questionadas e observadas na pesquisa, em relação aos familiares, correspondem aos planos:

→ Cognitivo

- ✧ conhecimento dos problemas e tratamento oferecidos ao bebê;
- ✧ conhecimento dos procedimentos realizados com a criança;
- ✧ reconhecimento da importância da continuidade do cuidado;

→ Comportamental

- ✧ segurança no manuseio com o bebê;
- ✧ presença e participação nos cuidados;

→ Emocional

- ✧ sentimento em relação a ela mesmo (ou ele mesmo) com o fato do bebê ter nascido prematuramente (incompetência, culpa);
- ✧ sentimento em relação ao bebê (medo da morte, perda, seqüelas);

→ Vínculo

- ✧ afetividade demonstrada com o bebê;
- ✧ nome(s) do(s) cuidador (es) da criança no hospital, quem serviu de referência.

Os demais dados serão coletados através de entrevistas semi-estruturadas (Anexo A) com os pais e/ou responsáveis pela criança, de caráter individual, no qual o sujeito terá plena liberdade de expressar suas idéias,

sentimentos e opiniões. Para armazenamento dos dados far-se-á uso de um gravador, para posterior, as fitas serem transcritas na íntegra, utilizando-se um microcomputador.

Período utilizado para observação na UTI-Neonatal: 03 (três) últimos dias de internação previstos pelo médico, sendo excluídos da pesquisa os bebês que tiverem, por algum motivo, este prazo superior a sete dias. Período em que realizar-se-á a entrevista e observação na residência da criança: de 20 (vinte) a 30(trinta) dias após a alta hospitalar, pois neste período, acredita-se, que as lembranças e o vínculo com o hospital continuam fortes.

2.4 Aspectos éticos

Os aspectos éticos serão todos contemplados. Os participantes do estudo serão informados verbal e previamente sobre a pesquisa, bem como, será apresentado aos mesmos, um termo de consentimento informado (Anexo B), o qual deverá ser assinado por aqueles (as) que concordarem em fazer parte da pesquisa e pela autora.

Será assegurado, aos sujeitos, sigilo total em relação à identidade e às informações fornecidas durante a entrevista, observações e ao longo de todo estudo, sendo utilizado nome de flores para identificação das falas.

A participação e as informações dos sujeitos do estudo não interferirão de maneira negativa no cuidado ao recém-nascido e sua família.

Para realização deste estudo o projeto deverá ser submetido e aprovado pela Comissão Ética e Pesquisa do hospital onde se desenvolvera o mesmo.

3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para análise dos dados utilizar-se-á a Análise de Conteúdo proposta por Gomes (1999), cujos passos para operacionalização são:

⇒ Pré-Análise: organização do material a ser analisado, definição das unidades de registro, trechos significativos e categorização;

⇒ Exploração do material: aplicação do que foi definido na fase anterior, com leitura exaustiva do material colhido;

⇒ Tratamento dos dados obtidos e interpretação: desvendamento do conteúdo subjacente ao que foi manifesto.

4. CRONOGRAMA

| Tempo Etapas | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
|---------------------------------------|----|----|----|----|----|----|
| Revisão Bibliográfica | X | X | X | X | X | |
| Análise de Documentos e/ou Entrevista | X | | | | | |
| Observação de Campo /UTI –Neonatal | X | X | | | | |
| Entrevista e Observação na Residência | | | X | X | | |
| Análise e Interpretação de Dados | | | | X | X | |
| Elaboração do Relatório Final | | | | | | X |

Obs.: O tempo estipulado está dividido em trimestres.

5 REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança - **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso** / Secretaria de Políticas de Saúde, área da Saúde da Criança. – 1ª edição.- Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRUNNER & SUDDARTH (Trad.) - **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 9 ed., v.1, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002.

CLOHERTY, J. P., STARK, A. R. - **Manual de Neonatologia**, 4 ed., Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 2000.

FONSECA, L. M. M. - **Cuidados Com o bebê prematuro: cartilha educativa para orientação materna**, 2002. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28012003-102131/>.

Acesso em 24 jun.2005.

GOLDIM, J. R. - **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

GOMES, R. - **A Análise de dados em pesquisa qualitativa**, . In: Minayo, M. C. S. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 12 ed., Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1999.

KENNER, C. - **Enfermagem Neonatal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

MADEIRA, L. M. - **Alta hospitalar da criança: implicações para enfermagem**. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano, v.4, n.2, p.5-11, 1994.

MALDONADO, M. T. - **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. - **Humanização da assistência hospitalar é prioridade do Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://www.prattein.com.Br/prattein/texto.asp?id=19>>. Acesso em: 07 nov. 2004.

PITTA, A. M. R. - **Saúde & Comunicação visibilidades e silêncios**. São Paulo: Editora Hucitec Abrasco, 1995.

SILVA, M. J. P. - **O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde**. Revista Bioética, v.10, n.2, p.73-88, 2002.

SILVER, L. 1992. In: UCHIMURA, K. Y. ,BOSI, M. L. M. - **Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs**. Cad. Saúde Pública. [online]. Nov./de. 2002, Disponível em: <http://www.scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102-311x2002000600009&lng=en&nrm=isso>. ISSN 0102-311X Acesso em 01 set. 2005.

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados Complementares:

Idade: _____ Sexo: _____

Grau de instrução: _____

Questionário:

1. Você conseguia visitar seu filho no hospital diariamente?
2. Quais os problemas mais graves que seu filho teve em relação a prematuridade?
3. Que cuidados você está tendo com seu filho em casa?
4. Durante a internação você foi treinada/preparada para cuidar do seu filho em casa?
5. O que você sentiu ao trazer seu filho para casa?
6. No hospital, antes da alta e na hora da alta, quem lhe fornecia as informações sobre os cuidados com o bebê?
7. Você conseguia entender o que os profissionais (médicos/enfermeiros) te explicavam? Ou a linguagem era difícil?

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO

Solicito sua colaboração no sentido de participar da presente investigação. O objetivo desta investigação é avaliar a efetividade da comunicação entre os profissionais da UTI-Neonatal/HF e os familiares responsáveis pelos recém-nascidos prematuros internados nesta unidade, principalmente no momento da alta hospitalar.

Com a finalidade de qualificar cada vez mais o atendimento nesta unidade, esta instituição tomará conhecimento dos resultados obtidos, quando forem publicados no relatório final, no qual estará assegurado o anonimato dos componentes da amostra. Os resultados desta pesquisa são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas.

Pelo presente Consentimento Pós Informação¹, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, do questionário a que responderei, e dos benefícios do projeto de pesquisa. Fui igualmente informado:

¹ O presente documento, baseado nos artigos 10 e 16 das Normas de Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (in: Goldim,1990), foi assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito da amostra e/ou da instituição selecionada e outra com a pesquisadora.

- da garantia de requerer respostas a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios, e outros assuntos relacionados à investigação;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízos a mim e ao bebê;

- da segurança de que não serei identificado, bem como o bebê, e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a nossa privacidade;

- do compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante o estudo, ainda que essa afetar minha vontade de continuar participando.

A pesquisadora responsável por esse projeto é Lovani Lohmann, estudante do Curso de Pós-Graduação, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética desta Instituição.

Nome e assinatura do Participante:.....

Assinatura da pesquisadora:.....

Data:...../...../.....