

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE**

**PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA:
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO
FISIOTERAPÊUTICO**

PAULA COSTA SILVEIRA

**2006
Porto Alegre**

PAULA COSTA SILVEIRA

**PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA:
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO
FISIOTERAPÊUTICO**

Projeto de Monografia apresentado para obtenção do grau de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Dra. Anna Maria Hecker Luz

2006
Porto Alegre

SUMÁRIO

| | Página |
|--|--------|
| 1. INTRODUÇÃO | 04 |
| 2. OBJETIVOS | |
| 2.1. Geral | 05 |
| 2.2. Específicos | 06 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA | |
| 3.1. Fisiologia da doença pulmonar obstrutiva crônica..... | 06 |
| 3.2. Tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica..... | 07 |
| 3.3. Informação, comunicação e adesão terapêutica..... | 08 |
| 4. MATERIAL E MÉTODO | |
| 4.1. Tipo de estudo..... | 11 |
| 4.2. Local de realização..... | 11 |
| 4.3. Participantes..... | 11 |
| 4.4. Coleta de informações..... | 12 |
| 4.5. Análise das informações..... | 13 |
| 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 13 |
| 6. CRONOGRAMA | 14 |
| 7. ORÇAMENTO | 14 |
| REFERÊNCIAS | |
| APÊNDICES | |

1 INTRODUÇÃO

O Grupo Hospitalar Conceição é composto pelo Hospital Conceição, Hospital Cristo Redentor, Hospital da Criança e Hospital Fêmeina. O serviço de fisioterapia atende todo este complexo com aproximadamente 40 profissionais que se distribuem nos serviços de internação, UTI e ambulatório.

No Hospital Conceição há cerca de 13 anos, foi implantado no ambulatório de pneumologia, o serviço de Reabilitação Pulmonar. Este setor conta com uma equipe de atendimento multidisciplinar formado por médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta. O público alvo para atendimento são os pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, independente de sexo, origem ou condições sócio-econômicas. A maioria dos pacientes que faz parte do programa de Reabilitação Pulmonar reside em Porto Alegre e região metropolitana e, um número reduzido de pessoas desloca-se de cidades do interior.

Os pacientes são encaminhados através das Unidades Básicas de Saúde pelos médicos conhecedores desse tratamento ou por meio de inter-consultas de outras especialidades dentro do próprio Grupo Hospitalar Conceição. O serviço de Reabilitação Pulmonar foi criado em decorrência do grande número de pessoas portadoras de DPOC com vistas à melhoria da qualidade de vida destes indivíduos em suas atividades diárias. A DPOC é uma doença pulmonar habitualmente progressiva que resulta em dificuldade respiratória. Pacientes que apresentam este problema têm sintomas tais como, tosse, produção de escarro e falta de ar ao mínimo esforço. A lesão pulmonar causada pela DPOC é parcialmente irreversível, porém os sintomas quando tratados apresentam melhora do quadro. Como exemplo de algumas das principais funções da fisioterapia na Reabilitação Pulmonar, destaca-se as orientações sobre técnicas respiratórias e, os exercícios físicos

orientados e monitorados com o auxílio de aparelhagem específica que amenizam a dispnéia do paciente.

A expectativa por uma melhora de saúde imediata, a ilusão da cura da doença e o desinteresse pelo tratamento de alguns pacientes inseridos na reabilitação pulmonar resultam na não adesão ao tratamento que é o foco de estudo aqui proposto. Acredita-se que o esclarecimento real da doença daria ao paciente subsídio para procurar e aceitar os recursos adequados para o seu tratamento. Com o conhecimento sobre sua saúde, a pessoa poderia reconhecer os limites de recuperação e assim contribuir no tratamento, favorecendo na diminuição da ansiedade, principalmente em presença de dispnéia, sintoma comum nestes pacientes.

Os pacientes que utilizam o atendimento ambulatorial na Reabilitação Pulmonar têm a oportunidade de participar de duas reuniões mensais com médico e psicólogo para discutirem a doença e esclarecerem suas dúvidas sobre a doença, tratamento e prognóstico. Além disso, em encontro semanal, trocam idéias sobre a enfermidade com os colegas de reabilitação pulmonar e com a fisioterapeuta.

Tendo em vista a constatação de oferta de diferentes fontes de informação que estes pacientes têm acesso, parece haver, em algum momento, falha no processo de sistematização dessas informações: o paciente tanto desconhece a gravidade da doença como apresenta desinteresse pelo tratamento.

2 OBJETIVOS

2.1. Geral:

- Identificar as dificuldades que os pacientes da Reabilitação Pulmonar têm em relação à informação sobre sua doença e de adesão ao tratamento fisioterapêutico .

2.2. Específicos:

- Conhecer o que os pacientes sabem sobre a sua doença e tratamento fisioterapêutico para a melhoria da sua saúde;
- Identificar as fontes de informação destes pacientes sobre a doença;
- Conhecer os motivos de não adesão ao tratamento fisioterapêutico.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Fisiopatologia da doença pulmonar obstrutiva crônica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença progressiva e irreversível que causa obstrução nas vias aéreas provocando dispnéia, tosse, expectoração e principalmente cansaço na realização de esforço físico.

O portador de DPOC sente dificuldade para realizar atividades cotidianas, tais como: varrer o pátio, tomar banho, subir escadas. Estas limitações de exercício ocorrem devido a falta de ar e cansaço impostos pela doença. À medida que a doença vai se instalando ocorre um ciclo vicioso em que o indivíduo não realiza suas atividades diárias por medo de ter falta de ar. Isso diminui ainda mais a capacidade para o exercício tornando o paciente cada vez mais inativo. Todos esses sintomas levam a incapacidade ao longo do tempo, começando de maneira leve até se tornar grave (FEEVALE, 2006).

Quanto ao mecanismo de desenvolvimento da DPOC, o tabagismo é o principal causador das alterações obstrutivas encontradas nas vias aéreas, as infecções respiratórias recorrentes, as doenças respiratórias ou manifestações atópicas na infância também são fatores de risco para esta doença (Silva, 1991).

Os sintomas da doença começam com tosse acompanhada por catarro, aparecimento de infecções respiratórias freqüentes e segue com cansaço fácil aos

esforços que se acentuam ao longo do tempo até surgirem mesmo durante as pequenas tarefas como a higiene diária e a fala. Durante algum tempo, apesar dos sintomas, o pulmão consegue levar a efeito a sua função principal: receber o oxigênio do ar e transporta-lo até o sangue, e receber deste o gás carbônico que elimina para o ar. À medida que a doença evolui e que a porção de pulmão afetado aumenta, esta função vai reduzindo, o oxigênio que chega ao sangue vai sendo menor e o gás carbônico se acumula (Campos, 2003).

3.2 Tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica

A terapêutica da DPOC consiste em primeiro lugar na abstenção absoluta do tabagismo, ainda o uso de broncodilatadores através de “bombinhas” que são dispositivos para administrar medicamentos, tratamento e prevenção das agudizações (antibióticos, oxigênio, vacinações, uso de corticóide inalatório) e a reabilitação pulmonar (Silva,1991).

Dentre os tratamentos propostos destaca-se a Reabilitação Pulmonar, em programa multidisciplinar de cuidados para os pacientes com doenças respiratórias crônicas. Esse tratamento inclui a participação de médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais envolvidos em atividades de educação, suporte psicossocial e nutricional do paciente, além do treinamento físico, imprescindível na reabilitação (Zanchet et al., 2005).

A fisioterapia no tratamento do portador de DPOC engloba o paciente na fase de prevenção e exacerbação da doença. A ação educativa ao paciente no programa de reabilitação é o componente central, sendo abordados temas importantes que abrange assuntos como informações sobre a doença, treinamento e estratégias respiratórias, dieta e nutrição, drogas (tempo de ação, similares, técnica de

administração dos medicamentos), técnicas de conservação de energia, importância do exercício, avaliação e manejo dos sintomas respiratórios, estratégias para viagens, uso seguro do oxigênio domiciliar, entre outros aspectos individuais (Sarmiento,2005).

Programas bem direcionados de Reabilitação Pulmonar resultam em melhora da habilidade de realização das atividades de vida diária, na capacidade de realizar exercícios, na qualidade de vida, na redução dos sintomas respiratórios, da ansiedade e da depressão dos pacientes portadores de doenças pulmonares crônicas (Zanchet et al., 2005).

No Brasil, cerca de 40 mil pessoas morrem anualmente de DPOC, cerca de sete milhões de brasileiros sofrem desta doença. A DPOC é a doença respiratória de maior custo ao SUS (SOBRAFIR, 2006).

3.3 Informação, Comunicação e Adesão Terapêutica

Apesar do empenho para conseguir resultados positivos com o programa de reabilitação pulmonar física, muitas vezes, pode não se conseguir o resultado esperado. Assim, é necessário utilizar medidas pedagógicas para que o desempenho do paciente no dia-a-dia melhore, apesar da presença da dispnéia (Azeredo, 2000).

A falta de informações a respeito da doença e do tratamento, ou a não compreensão das informações fornecidas pelos profissionais da saúde, podem ser determinantes para a não adesão involuntária do paciente ao tratamento (Roizblatt et al.,1984).

O sistema de informação (SI) pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêm informações de

suporte à organização. Em geral, processa dados e os apresenta para os usuários, individuais ou grupos, que são responsáveis pela sua interpretação. O modo como se processa essa informação é uma atividade inerentemente humana e, de extrema importância para a compreensão da reação da organização (Sistemas de Informação em Municípios, 2006).

Atrelado ao processo revolucionário das novas tecnologias, uma fase mais avançada, traz como potencial a aceleração da integração entre usuários e fontes de informação, reforçando o desenvolvimento de cidadãos. Entretanto, para ingressar nessa fase, é preciso ter uma sólida base educacional e cultural. Caso contrário, se está desperdiçando a capacidade e o potencial dessas tecnologias, que permitem não só o acesso ao conhecimento, mas também, construir o conhecimento necessário. É preciso que o usuário tenha clareza das suas intenções, dos seus objetivos e que saiba gerir suas necessidades diante das informações que lhe são acessibilizadas e disponibilizadas (Carvalho & Kaniski, 2000).

Por meio de informação e conhecimento se possibilita o aumento e a qualidade da saúde humana. A informação deve ser de livre acesso a todos. É preciso analisar onde está o problema na comunicação e encontrar a saúde, a partir de análises cuidadosas (Carvalho & Kaniski, 2000).

Para que haja comunicação são necessários instrumentos para monitorar a informação, profissionalização de equipes, receptividade para a informação e apoio da instituição. Na sociedade atual, ocorre desigualdade na redistribuição ou acesso aos mais diversos meios de comunicação. A desigualdade social no campo das comunicações, na sociedade de consumo de massas, não se expressa somente no acesso ao bem material – rádio, telefone, televisão, internet – mas também na capacidade do usuário de retirar, a partir de sua capacitação intelectual e

profissional, o máximo de proveito das potencialidades oferecidas por cada instrumento de comunicação e informação (Sorj, 2003).

Nos processos de formação é preciso incorporar novas abordagens que permitam o aprimoramento do diálogo entre as pessoas que interagem com os sistemas de informação, principalmente entre os profissionais e os usuários.

Para Vygotsky (1998), o conhecimento é construído durante as interações entre os indivíduos em sociedades, desencadeando o aprendizado. Assim, o processo de mediação se estabelece quando duas ou mais pessoas cooperam em uma atividade, possibilitando uma reelaboração.

Tendo como base esta afirmativa, acredita-se que a informação clara e objetiva tornaram-se requisitos fundamentais de credibilidade necessária na adesão não só de um tratamento médico como para qualquer atividade que se pretenda desenvolver.

O conceito de má adesão às instruções médicas está ligado a conseqüências adversas à saúde, como progressão da doença, exacerbações, prescrição e uso desnecessário de medicamentos mais potentes, busca mais freqüente de serviços de emergência e, finalmente, a fracassos terapêuticos. E, portanto, fator importante de sobrecarga no custo da doença para o sistema de saúde. A adesão ao tratamento é um dos itens fundamentais para a mencionada melhoria da qualidade de vida. A baixa adesão a esquemas terapêuticos em doenças crônicas está bem documentada, com cerca de 50% dos pacientes agindo estritamente, conforme as orientações recebidas da equipe de profissionais de saúde, seja em regimes preventivos ou terapêuticos (Chatkin et al., 2006).

Em uma época na qual, em qualquer situação e em qualquer lugar, a informação constitui bem de valor inestimável e ferramenta de sobrevivência nas

relações profissionais, comerciais e pessoais, não se admite que os seres humanos, doentes e, por isso, fragilizados, ao necessitarem de tratamento, não tenham o necessário esclarecimento para sua recuperação (Silva et al., 2000).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Esta pesquisa é um estudo do tipo exploratório, explicativa. Segundo Furaste (2006), o estudo exploratório busca apenas, mais informações sobre o que está sendo estudado e, o estudo explicativo busca o porquê, a razão, a explicação dos fatores determinantes do fato pesquisado.

4.2. Local de realização

A pesquisa será realizada no ambulatório de pneumologia do Serviço de Reabilitação Pulmonar do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre.

Nesse serviço, a equipe de atendimento é multidisciplinar composta por fisioterapeuta, médico enfermeiro, psicólogo, nutricionista e assistente social. Os pacientes são atendidos duas vezes por semana para a realização dos exercícios físicos e respiratórios com a fisioterapeuta. Os demais profissionais, além das reuniões agendadas mensalmente, prestam atendimento sempre que necessário de acordo com sua área de atenção.

4.3. Participantes

A população a ser estudada será composta de homens e mulheres que fazem parte do Programa de Reabilitação Pulmonar com idade entre 30 a 80 anos.

A pesquisa será desenvolvida com aproximadamente 15 pacientes, podendo este número ser acrescido ou diminuído em função da saturação dos dados (Minayo et al., 2000)

4.4. Coleta de informações

A coleta de informações será realizada em dois momentos: 1) observação de campo e 2) entrevista individual.

No primeiro momento, os pacientes serão observados duas vezes por semana por duas semanas, num total de quatro observações. Este momento servirá para identificar o sistema de informação existente entre estes pacientes e entre estes profissionais, as dificuldades que existem quanto aos métodos de informação utilizados (APÊNDICE A). A técnica de observação pode captar uma diversidade de situações não obtidas por meio de perguntas, sendo que observados na própria realidade transmitem o que há de mais importante na vida real (Minayo et al., 2000).

No segundo momento, complementar ao primeiro, será realizada uma entrevista não estruturada individual com base nas observações realizadas para se conhecer as fontes de informações, o que os pacientes sabem sobre a doença e recuperação e também os motivos da não adesão ao tratamento (APÊNDICE B).

As informações serão coletadas pela pesquisadora em entrevistas previamente agendadas e realizadas no local de atendimento, após a sessão de fisioterapia. A entrevista é entendida como uma conversa com propósitos bem definidos da qual podemos obter dados objetivos e subjetivos sendo que na entrevista não estruturada, o informante aborda livremente o tema proposto (Minayo, 2000).

4.5 Análise das informações

As informações serão analisadas, com base na análise de conteúdo, conforme as etapas descritas por Minayo et al. (2000).

Na primeira etapa, pré-análise, será escolhido e organizado o material a ser analisado definindo-se as expressões, ou seja, indicadores que compõe os documentos cuja frequência que foram citados signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico.

A segunda etapa, ou seja, exploração do material, consiste em uma análise mais detalhada. Serão feitos recortes do texto em unidades de registro - que podem ser uma palavra ou uma frase conforme estabelecido na pré-análise. Após, escolhe-se as regras de contagem construindo-se índices que no final serão classificados e agregados, conforme significância.

Por fim, a última etapa que é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, apontará os resultados analisados de forma fatorial colocando em evidência as informações obtidas, realizando interpretações previstas e comparando-as com a teoria sugerida no material.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa em estudos com seres humanos do Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre, RS). A todos os participantes será solicitada autorização para incluí-los no estudo com informações prévias sobre tema, objetivo e justificativa da investigação. Em caso de aceite de participação, serão garantidos os seus direitos quanto ao sigilo da identidade, desistência de participação em qualquer momento, sem prejuízo da assistência de saúde e acesso aos demais serviços disponíveis na comunidade.

Será solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante.

6 CRONOGRAMA

| Ações de pesquisa | Trimestre | | | |
|---|-----------|----|-----|----|
| | I | II | III | IV |
| 1. Revisão bibliográfica | X | X | X | X |
| 2. Solicitação para realização da pesquisa ao Comitê de Ética | X | | | |
| 3. Pesquisa de campo - Observação | | X | | |
| 4. Análise das Informações observadas | | X | | |
| 5. Coleta das Informações Individuais | | | X | |
| 6. Análise dos resultados | | | X | X |
| 7. Elaboração do Relatório de Pesquisa | | | | X |
| 8. Divulgação dos resultados | | | | X |

7 ORÇAMENTO

| ITENS A SEREM CUSTEADOS | VALOR (R\$) |
|--|---------------|
| Material Permanente: | |
| Impressora jato de tinta | 450,00 |
| Material de Consumo: | |
| Folhas de papel A4, cartucho de impressora | 300,00 |
| Serviços de Terceiros: | |
| Cópias Xérox (revisão bibliográfica e manuscritos da pesquisa).. | 150,00 |
| Encadernação da monografia | 35,00 |
| TOTAL | 935,00 |

REFERÊNCIAS

AZEREDO, C. A. C. **Fisioterapia Respiratória no Hospital Geral**. São Paulo: Ed. Manole Ltda, 2000. 476 p.

CAMPOS, S. **Medicina Avançada**. Disponível em: <www.drashirleydecampos.com.br/noticias.php> Acesso em: 9/11/2006.

CARVALHO, I. C. L., KANISKI, A. L. A sociedade do conhecimento e o acesso à informação: para que e para quem? **Ciência da Informação**, v. 29, p. 33-39, 2000.

CHATKIN, J. M., CAVALET-BLANCO, D., SCAGLIA, N. C., TONIETTO, R. G., WAGNER, M. B., FRITSCHER, C. C. Adesão ao tratamento de manutenção em asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, p. 277-283, 2006.

FEEVALE. **Reabilitação pulmonar para pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica**. Disponível em: <www.feevale.br> Acesso em: 03/10/2006.

FURASTÉ, P. A. **Normas Técnicas para o trabalho científico: Elaboração e Formatação**. Porto Alegre: Brasul Ltda, 2006. 307 p.

MINAYO, M. C. S.; CRUZ NETO, O.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis,RJ: Vozes, 2000. 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, SP: Hucitec Ltda, 1992. 269 p.

ROIZBLATT, A. S., CUETO, G., ALVAREZ, P. Diagnóstico y tratamiento. Que saben los pacientes? **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 97, p. 491-495, 1984.

SARMENTO, G. M. V. **Fisioterapia Respiratória do Paciente Crítico: Rotinas Clínicas**. Baruei, SP: Manole, 2000. 582 p.

SILVA, C. C. L. **Compêndio de Pneumologia**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1991.1052 p.

SILVA, T., SCHENKEL, E. P., MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 449-455, 2000.

SORJ, B. **brasil@povo.com: a luta contra a desigualdade na Sociedade da Informação**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar; Brasília, DF: UNESCO, 2003. 75 p.

VYGOTSKY, L. S., LURIA, A. R., LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone Ltda, 1998.

ZANCHET, R. C., VIEGAS, C. A. A., LIMA, T. A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 31, p. 118-124, 2005.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM MUNICÍPIOS. Disponível em: < www.sc.gov.br. >
Acesso em: 30/10/2006.

SOBRAFIR. **Campanha mundial de educação pública sobre a doença pulmonar obstrutiva crônica**. Disponível em: <www.sobrafir.com.br> Acesso em: 30 out. 2006.

APÊNDICE A - OBSERVAÇÃO

A) Dados gerais sobre a observação

Data:

Número de participantes:

Nomes:

Horário de início:

Horário de término:

B) Roteiro de observação

- Dúvidas apresentadas pelos pacientes sobre a doença;
- Ação educativa da pesquisadora;
- Comentários sobre a doença entre os pacientes;
- Troca de experiência entre os pacientes.

APÊNDICE B - ENTREVISTA

A) Dados de identificação

Nome:

Idade:

Patologia:

Tratamento:

B) Roteiro de entrevista

- O que sabes sobre a tua doença?
- Quais as fontes de informação em que buscas esclarecimento?
- Quem te explicou sobre a doença?
- Quem te explicou sobre o tratamento?
- O que esperas com o tratamento de Reabilitação Pulmonar?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹

A Pesquisa sobre o sistema de informação aos Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, tem como objetivos: Identificar as dificuldades que os pacientes da Reabilitação Pulmonar têm em relação à informação sobre sua doença e de adesão ao tratamento fisioterapêutico.

Tua participação nessa pesquisa é voluntária e consistirá de uma entrevista – anotada e gravada -, com duração aproximada de 30 minutos sobre o que foste informado e sabes sobre tua doença. Podes desistir de fazer parte do estudo a qualquer momento sem prejuízo no teu atendimento de saúde.

Esse procedimento não te expõe a qualquer risco e puedes pedir esclarecimentos de dúvidas a qualquer momento se assim desejares. Após analisadas as informações, as gravações ou anotações serão guardadas por cinco anos e depois destruídas.

As informações serão utilizadas pela pesquisadora - somente para fins de pesquisa, de maneira confidencial (teu nome não será revelado) na comunidade ou com as pessoas de tuas relações. Tua identidade será preservada com a troca de nome. Após a análise das informações dadas pelos participantes do estudo, estes serão convidados a discutir, se assim desejarem, sobre os resultados encontrados.

Eu, _____ concordo em participar dessa pesquisa após ter sido esclarecida, de modo claro e detalhado sobre: os objetivos e finalidades da entrevista a que serei submetida, dos meus direitos como participante e do uso das informações.

A pessoa responsável pela pesquisa é a fisioterapeuta Paula Costa Silveira podendo ser encontrada pelo telefone 3357 2064 no Hospital Conceição.

Assinatura da(o) entrevistada(o)

Assinatura da pesquisadora

_____, _____ de _____ de 2006.
(cidade) (dia) (mês)

¹ Este documento será assinado em duas vias permanecendo um com o entrevistado e outro com a pesquisadora.