

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM REABILITAÇÃO FÍSICO-
MOTORA**

**REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO
FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA DE
PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA:
A PERCEPÇÃO DO PACIENTE**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

Raiana Ciscato Bressan

Santa Maria, RS, Brasil

2014

CERFM / UFSM, RS

BRESSAN, Raiana Ciscato

Especialista

2014

**REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA
QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR
CRÔNICA: A PERCEPÇÃO DO PACIENTE**

Raiana Ciscato Bressan

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, Área de Concentração em Fisioterapia Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Reabilitação Físico-Motora**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marisa Pereira Gonçalves
Colaboradora: Prof^a. Dr^a. Hedioneia Maria Foletto Pivetta

Santa Maria, RS, Brasil

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM REABILITAÇÃO FÍSICO-
MOTORA

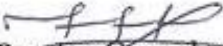
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia de Especialização

REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA
QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR
CRÔNICA: A PERCEPÇÃO DO PACIENTE

Elaborada por
Raiana Ciscato Bressan

como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Reabilitação Físico-Motora

COMISSÃO EXAMINADORA:


Marisa Pereira Gonçalves, Dr^a. (Orientadora)


Adriane Schmidt Pasqualoto, Dr^a. (UFSM)


Cristiane Kohler Carpilovsky, Dr^a. (UFSM)

Isabella Martins de Albuquerque, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, 16 de julho de 2014

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora
Universidade Federal de Santa Maria

REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA: A PERCEPÇÃO DO PACIENTE

AUTORA: RAIANA CISCATO BRESSAN

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. MARISA PEREIRA GONÇALVES

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 16 de Julho de 2014.

Esta monografia apresenta os resultados da pesquisa realizada, cujo objetivo foi analisar as repercussões da fisioterapia na qualidade de vida de pacientes portadores de doença pulmonar crônica através da percepção dos mesmos em relação ao tratamento. É constituída pela introdução, a qual situa sobre os elementos constituintes do trabalho, seguido do artigo científico a ser submetido à periódico da área, considerações finais, referências bibliográficas, anexos e apêndices. O artigo científico traz os caminhos metodológicos da pesquisa, a qual caracteriza-se como quali-quantitativa, e foi realizada com 9 sujeitos portadores de doença pulmonar crônica, idade de $51 \pm 12,34$ anos. Os pacientes foram submetidos à aplicação dos questionários Miniexame do Estado Mental e *Saint George's Respiratory Questionnaire* modificado (SGRQm), e de uma entrevista narrativa semi-estruturada individual. Os dados qualitativos foram interpretados por meio da análise de conteúdo a partir de um sistema de categorização, e os dados quantitativos por análise descritiva, expressa em percentuais, média e desvio padrão. Os resultados da pesquisa mostram elevadas pontuações no questionário SGRQm, refletindo comprometimento da qualidade de vida. Duas categorias de análise qualitativa surgiram a partir das narrativas: “A doença pulmonar e a qualidade de vida: percepções compreendidas”, e “A Fisioterapia e a qualidade de vida do paciente portador de doença pulmonar crônica”, onde percebeu-se a influência negativa da doença na qualidade de vida dos sujeitos, e a contribuição do tratamento fisioterapêutico na melhora desta condição. Pode-se concluir que o tratamento fisioterapêutico promoveu melhor qualidade de vida para pacientes portadores de doença pulmonar crônica, segundo suas percepções, por auxiliar na redução de sintomas, maior autonomia para desenvolver atividades, facilitar relacionamentos interpessoais e no controle da doença.

Palavras-chave: Fisioterapia. Pneumopatias. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Monograph Specialization
Specialization Course in Physical Rehabilitation Motor
Federal University of Santa Maria

PHYSIOTHERAPEUTIC REPERCUSSIONS OF TREATMENT ON QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH CHRONIC LUNG DISEASE: THE PATIENT'S PERCEPTION

AUTHOR: RAIANA CISCATO BRESSAN

COORDINATOR: MARISA PEREIRA GONÇALVES

Date and Location of Defense: Santa Maria, 16th of July 2014.

This monograph presents the results of the survey, whose aim was to analyze the repercussions of physiotherapy on quality of life of patients with chronic lung disease through awareness of ourselves in relation to treatment. It is constituted by the introduction, which is located on the constituent elements of the work, followed by the scientific article to be submitted to periodical area, closing statements, references, annexes and appendices. The scientific article provides the methodological avenues of research, which is characterized as qualitative and quantitative, and was performed with 9 subjects with chronic lung disease, age 51 ± 12.34 years. The patients were submitted to questionnaires Mini-Mental State and Saint George's Respiratory Questionnaire modified (SGRQm), and individual semi-structured narrative interview. The qualitative data were interpreted using content analysis from a system of categorization, and quantitative data using descriptive analysis, expressed in percentage, mean and standard deviation. The survey results show high scores on the questionnaire SGRQm, reflecting impairment of quality of life. Two categories of qualitative analysis emerged from the narratives: "Lung disease and quality of life: perceptions understood," and "The Physiotherapy and the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease", where realized the negative influence of disease on quality of life of individuals, and the contribution of physiotherapy to improve this condition. It can be concluded that physiotherapy provided better quality of life for patients with chronic lung disease, according to their perceptions, for assisting in reducing symptoms, greater autonomy to develop activities, facilitate interpersonal relationships and control the disease.

Key-Words: Physical Therapy Specialty. Lung Diseases. Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD – Atividade de Vida Diária
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPC – Doença Pulmonar Crônica
HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria
IMC – Índice de Massa Corporal
MEEM – Miniexame do Estado Mental
SGRQm – Saint George’s Respiratory Questionnaire modificado
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A -	Registro no Gabinete de Projetos	37
ANEXO B -	Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa	38
ANEXO C -	Normas da Revista Fisioterapia e Pesquisa	41
ANEXO D -	Questionário de qualidade de vida do Hospital Saint George	43
ANEXO E -	Miniexame do Estado Mental	48

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	50
APÊNDICE B - Matriz da entrevista narrativa semi-estruturada individual	52

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
ARTIGO	13
Resumo	14
Introdução	15
Metodologia	16
Resultados e Discussão	17
Conclusão	29
Referências Bibliográficas	29
CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	36
APÊNDICES	49

INTRODUÇÃO

Esse estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Repercussões do tratamento fisioterapêutico na qualidade de vida de pneumopatas: a percepção do paciente” o qual foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (nº 035885 - ANEXO A) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (parecer nº 512.091 em Janeiro de 2014 - ANEXO B), conforme as normas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

As doenças respiratórias crônicas são doenças que afetam tanto as vias aéreas superiores como as inferiores, interferindo na qualidade de vida por gerar incapacidades, limitações físicas, emocionais e intelectuais nos indivíduos acometidos, que tem consequências em toda sua família (BRASIL, 2010).

Dentre as doenças pulmonares crônicas mais comuns pode-se citar a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Bronquiectasia, Fibrose Cística e Asma. De acordo com Brum e Langendorf (2009), a DPOC caracteriza-se pela limitação crônica ao fluxo de ar, causada por inflamação crônica dos brônquios e/ou por perda da elasticidade pulmonar. A bronquiectasia, por sua vez, é um distúrbio dos brônquios e bronquíolos, caracterizado pela dilatação anormal, permanente e destruição de paredes brônquicas (BARKER, 2012).

A fibrose cística, de acordo com Furtado e Lima (2003), é uma doença sistêmica, hereditária, autossômica recessiva, crônica e progressiva; é comum na cor branca e atinge igualmente ambos os sexos. Conforme Filks (2008), a asma é uma doença inflamatória crônica que se caracteriza por hiperreatividade das vias aéreas e por uma limitação ao fluxo de ar que é reversível espontaneamente ou com o uso de broncodilatadores.

A preocupação em relação ao tratamento dos pacientes portadores dessas doenças tem crescido na última década, a fim de aperfeiçoar o controle dos sintomas, diminuir o número de internações hospitalares e aumentar a qualidade de vida (SOUZA, JARDIM, JONES, 2000). Para Jones (1991) qualidade de vida é definida como a “quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar do paciente de maneira formal e padronizada.”

A fisioterapia objetiva melhorar a qualidade de vida de pessoas com doença pulmonar crônica (DPC), podendo intervir com exercícios respiratórios, técnicas de desobstrução brônquica, e treinamento físico de musculatura respiratória e periférica, o que proporciona ao paciente redução de dispneia, melhor depuração mucociliar, aumento da tolerância ao exercício, da capacidade funcional e força muscular (GARROD, LASSERSSON, 2007). A

reabilitação pulmonar tem surgido como um padrão recomendado de cuidados para pacientes com DPC, baseada em crescentes evidências científicas, com objetivos de controlar e aliviar os sintomas e otimizar a capacidade funcional (RIES *et al.*, 2007).

Avaliar a compreensão do indivíduo diante de fatos tem sido algo desafiador, porém de grande relevância para a comunidade científica, principalmente na fisioterapia, pela necessidade de se estudar o significado da terapêutica para o paciente, que é o elemento principal dessa relação (COELHO, RIBEIRO, 2011).

A percepção, segundo Proetti (2005), é o processo de avaliação de forma sensorial no qual uma pessoa se torna consciente dos atos e fatos do mundo que a circunda. Observa-se que nem sempre a percepção do profissional está sob a mesma ótica do paciente, podendo haver, em algumas situações, controvérsias entre as percepções. O profissional é dotado de conhecimento técnico que o faz perceber os ganhos com a terapêutica aplicada, entretanto, quando analisamos a percepção do paciente, nem sempre esse resultado é positivo e os ganhos não são percebidos (COELHO, RIBEIRO, 2011).

Nessa pesquisa buscou-se analisar as repercussões do tratamento fisioterapêutico na qualidade de vida de pacientes portadores de DPC, por três motivos: pela importância para a comunidade científica, pois são escassos os estudos analisando a percepção do paciente com doença pulmonar sobre sua qualidade de vida a partir do tratamento fisioterapêutico; segundo, para o terapeuta, pois este pode analisar a eficiência da conduta utilizada no atendimento por meio do relato do paciente, compreendendo como ele interpreta sua condição de saúde; e, por conseguinte, para o paciente, pois pode expressar sua percepção em relação ao tratamento fisioterapêutico que recebe, analisando sua saúde antes e após o início da terapêutica.

Diante dessas informações, será apresentado o estudo realizado, no decorrer desta monografia, no formato de artigo científico intitulado “Repercussões do tratamento fisioterapêutico na qualidade de vida de portadores de doença pulmonar crônica: a percepção do paciente” o qual está formatado conforme as normas da Revista Fisioterapia e Pesquisa (ANEXO C).

ARTIGO

REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA: A PERCEPÇÃO DO PACIENTE

PHYSIOTHERAPEUTIC REPERCUSSIONS OF TREATMENT ON QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH CHRONIC LUNG DISEASE: THE PATIENT'S PERCEPTION

Raiana Ciscato Bressan¹; Hedioneia Maria Foletto Pivetta²; Marisa Pereira Gonçalves³

¹Fisioterapeuta, especialista em Reabilitação Físico-Motora pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS – Brasil.

²Fisioterapeuta, doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), professora do Curso de Fisioterapia e Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS – Brasil.

³Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UNB), professora do Curso de Fisioterapia e Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS – Brasil.

Endereço para correspondência: Raiana Ciscato Bressan - Rua Hermes Cortes, nº 64, ap. 301, CEP: 97010-230, Bairro Bom Fim, Santa Maria, RS, Brasil. Telefone: (55)91815543/(55)99004109. E-mail: raiana_sb@hotmail.com.

O estudo foi realizado no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (parecer nº 512.091 em Janeiro de 2014).

RESUMO

Introdução. Nos últimos anos, a prevalência de doenças pulmonares crônicas cresceu substancialmente. A melhoria na qualidade de vida desses pacientes torna-se prioridade na abordagem multiprofissional, e a fisioterapia pode contribuir neste aspecto. O presente estudo tem como objetivo analisar as repercussões da fisioterapia na qualidade de vida de pacientes portadores de doença pulmonar crônica através da percepção dos mesmos em relação ao tratamento. **Metodologia.** Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa com pacientes portadores de doença pulmonar crônica. Foram coletados dados pessoais para caracterização dos indivíduos, e utilizou-se o Miniexame do Estado Mental para avaliar a capacidade cognitiva, o *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQm) para avaliação objetiva da qualidade de vida, e uma entrevista narrativa semi-estruturada individual. Os dados qualitativos foram interpretados por meio da análise de conteúdo a partir de um sistema de categorização, e os dados quantitativos por análise descritiva, expressa em percentuais, média e desvio padrão. **Resultados.** Participaram do estudo 9 indivíduos, predominando mulheres, média de idade $51 \pm 12,34$ anos, e diagnóstico clínico de Bronquiectasia. As pontuações obtidas no questionário SGRQm refletiram comprometimento da qualidade de vida, sendo mais expressivo o domínio Atividade ($71,02 \pm 14,75\%$). Duas categorias de análise qualitativa surgiram a partir das narrativas: "A doença pulmonar e a qualidade de vida: percepções compreendidas", e "A Fisioterapia e a qualidade de vida do paciente portador de doença pulmonar crônica", onde percebeu-se a influência negativa da doença na qualidade de vida dos sujeitos, e a contribuição do tratamento fisioterapêutico na melhora desta condição. **Conclusão.** A fisioterapia promoveu melhor qualidade de vida para pacientes portadores de doença pulmonar crônica, segundo suas percepções, por auxiliar na redução de sintomas, maior autonomia para desenvolver atividades, facilitar relacionamentos interpessoais e no controle da doença.

Palavras-chave: Fisioterapia. Pneumopatias. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction. In recent years, the prevalence of chronic lung disease increased substantially. Improving the quality of life of these patients is a priority in the multidisciplinary approach, and the physiotherapy can help in this aspect. The present study aims to analyze the repercussions of physiotherapy on quality of life of patients with chronic lung disease through awareness of ourselves in relation to treatment. **Methodology.** This is a qualitative and quantitative survey of patients with chronic lung disease. Personal data to characterize the individuals were collected, and used the Mini Mental State Examination to assess cognitive ability, the Saint George's Respiratory Questionnaire modified (SGRQm) for objective assessment of quality of life, and individual semi-structured narrative interview. The qualitative data were interpreted using content analysis from a system of categorization, and quantitative data using descriptive analysis, expressed in percentage, mean and standard deviation. **Results.** 9 subjects participated in the study, women predominating, mean age 51 ± 12.34 years, and clinical diagnosis of bronchiectasis. The SGRQm scores reflected impairment of quality of life, being more expressive the activity domain ($71.02 \pm 14.75\%$). Two categories of qualitative analysis emerged from the narratives: "Lung disease and quality of life: perceptions understood," and "The Physiotherapy and the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease", where realized the negative influence of disease on quality of life of individuals, and the contribution of physiotherapy to improve this

condition. **Conclusion.** The physiotherapy provided better quality of life for patients with chronic lung disease, according to their perceptions, for assisting in reducing symptoms, greater autonomy to develop activities, facilitate interpersonal relationships and control the disease.

Key-Words: Physical Therapy Specialty. Lung Diseases. Quality of life.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a prevalência das doenças pulmonares crônicas cresceu substancialmente, o que reflete em pior qualidade de vida e tem grande importância no quadro de morbidade e mortalidade da população¹. Surge então, a necessidade de melhorar a qualidade de vida destes pacientes². Jones, Quirk e Baveystock³ definem qualidade de vida como a “quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar do paciente de maneira formal e padronizada.”

A fisioterapia pode promover bem-estar e melhor qualidade de vida ao sujeito, e dentre os objetivos do tratamento, a fisioterapia respiratória propõe favorecer a depuração mucociliar, melhorar a capacidade ventilatória e a tolerância ao exercício, reduzir a dispneia e a frequência da tosse⁴.

Observa-se que nem sempre a percepção do profissional está sob a mesma ótica do paciente, havendo, em algumas situações, total controvérsia entre as percepções. O profissional é dotado de conhecimento técnico que o faz perceber os ganhos com a terapêutica aplicada, entretanto, quando analisamos a percepção do paciente, nem sempre esse resultado é positivo e os ganhos não são percebidos⁵.

Considera-se de suma importância o modo como o paciente percebe a sua patologia, bem como o tratamento, pois isso se torna condição essencial para a adesão à terapêutica proposta. Não se deve conhecer somente dados que podem ser comprovados estatisticamente e protocolos previamente validados, mas também entender as subjetividades que permeiam o processo terapêutico, sendo importante conhecer a percepção do paciente. Através do registro de depoimentos podemos compreender o significado que estes atribuem ao seu tratamento⁶ e, mediante essa compreensão, balizar a conduta terapêutica de acordo com suas necessidades e expectativas, tornando-o protagonista de seu cuidado.

Diante disto, entende-se a importância de compreender como o paciente portador de doença pulmonar crônica interpreta sua condição de saúde e qualidade de vida a partir do tratamento fisioterapêutico, visto que são escassos os estudos que analisam suas percepções.

Para isso, este estudo busca analisar as repercussões do tratamento fisioterapêutico na qualidade de vida do paciente portador de doença pulmonar crônica, sob sua percepção.

METODOLOGIA

Essa pesquisa caracteriza-se como quali-quantitativa, e foi realizada no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), entre os meses de março a maio de 2014.

A amostra do estudo foi constituída por 9 pacientes, os quais contemplaram os critérios de inclusão, à saber: diagnóstico clínico de doença pulmonar crônica (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, Bronquiectasia, Fibrose Cística ou Asma), ambos os sexos, idade entre 30 e 70 anos, que se encontravam em atendimento fisioterapêutico no Ambulatório de Fisioterapia pela doença respiratória, que foram capazes de atingir a pontuação no teste Miniexame do Estado Mental (MEEM)⁷, sendo 21 pontos o mínimo necessário para se considerar cognitivamente apto para o estudo⁸, e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos 4 sujeitos que não aceitaram participar da pesquisa.

Selecionados os sujeitos, foram coletados dados sobre idade, sexo, etnia, escolaridade, profissão, estado civil, local de residência, diagnóstico clínico, peso, altura e história de tabagismo, com o intuito de caracterizar os participantes da pesquisa.

Após a caracterização inicial foi aplicado o questionário para avaliação da qualidade de vida *Saint George's Respiratory Questionnaire* modificado (SGRQm)⁹, que apresenta uma pontuação total e é dividido em três domínios: sintomas (problemas causados por sintomas respiratórios), atividade (restrições de atividades causadas por dispneia) e impactos psicossociais (impacto da doença sobre o cotidiano), sendo que quanto mais alta a pontuação, menor a qualidade de vida do sujeito.

Na sequencia foi realizada uma entrevista narrativa semi-estruturada individual, que contemplou questões abertas sobre a patologia e o tratamento fisioterapêutico, permitindo identificar como os pacientes percebem a sua doença e as repercussões da fisioterapia na qualidade de vida.

As entrevistas foram gravadas através de um gravador digital de áudio Panasonic[®], e transcritas integralmente, respeitando as construções das frases, os erros gramaticais, as pausas ocorridas durante a fala. Cada entrevistado foi identificado por numeração cardinal, de

acordo com sua ordem de inclusão na pesquisa, a fim de preservar o anonimato e observando a conduta ética.

A interpretação qualitativa foi realizada por meio de análise de conteúdo a partir de um sistema de categorização¹⁰. Os dados quantitativos foram interpretados por análise descritiva, expressa em percentuais, média e desvio padrão, sendo o armazenamento e a análise dos mesmos realizados em planilha eletrônica *Microsoft Excel® for Windows* v.2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Teste Miniexame do Estado Mental apresentou pontuação média de $26,2 \pm 1,56$. A tabela 1 apresenta os dados de caracterização geral dos indivíduos. Participaram do estudo 9 indivíduos, predominando mulheres (77,8%), diagnóstico clínico de Bronquiectasia (44,4%), e idade variando de 35 a 68 anos ($51 \pm 12,34$). O Índice de Massa Corporal (IMC)¹¹ variou de 18,8 a 30 kg/m², com média de $24,9 \pm 3,69$ kg/m². A maioria dos sujeitos era não-tabagista (66,7%), com escolaridade de 1º grau incompleto (44,4%), e tempo de diagnóstico da doença de 1 a 10 anos (44,4%). Apresentavam de 1 a 5 anos (55,6%) de tempo de tratamento fisioterapêutico para a doença respiratória, sendo que a conduta fisioterapêutica mais frequente nos atendimentos era realizada com ênfase em desobstrução brônquica (77,8%).

Tabela 1. Caracterização geral dos indivíduos (n=9).

Variável		n	%
Gênero	Feminino	7	77,8
	Masculino	2	22,2
Idade (anos)	35-39	3	33,3
	40-49	1	11,1
	50-59	2	22,2
	60-68	3	33,3
Etnia	Branca	8	88,9
	Negra	1	11,1
Estado civil	Solteiro	1	11,1
	Casado	6	66,7
	Viúvo	1	11,1
	Divorciado	1	11,1
Diagnóstico clínico	Bronquiectasia	4	44,4
	Bronquiectasia e Asma	3	33,3
	DPOC	2	22,2
IMC	Eutrófico	4	44,4
	Sobrepeso	4	44,4
	Obesidade grau 1	1	11,1
História de tabagismo	Ex-tabagista	3	33,3

Local de residência	Não-tabagista	6	66,7
	Santa Maria	7	77,8
	Outra cidade	2	22,2
Grau de escolaridade	1º grau incompleto	4	44,4
	1º grau completo	2	22,2
	2º grau completo	3	33,3
Profissão	Ativo	5	55,6
	Inativo	4	44,4
Tempo de diagnóstico (anos)	1-10	4	44,4
	11-20	3	33,3
	21-30	2	22,2
Tempo de tratamento fisioterapêutico (anos)	1-5	5	55,6
	6-10	1	11,1
	11-18	3	33,3
Tratamento realizado	DB	7	77,8
	DB e RP	2	22,2

n: frequência; %: percentual; IMC: índice de massa corporal; DB: desobstrução brônquica; RP: reabilitação pulmonar.

Dentre as doenças respiratórias crônicas, houve maior prevalência de Bronquiectasia, inclusive estando associada com Asma, e o gênero feminino foi o mais acometido. A incidência da Bronquiectasia é maior nos países em desenvolvimento, e é muitas vezes associada com patologias como Asma e DPOC, sendo mais comum em mulheres¹².

A Bronquiectasia é caracterizada por dilatação anormal, permanente e irreversível de brônquios e bronquíolos, com infecções recorrentes, inflamação, e disfunção da depuração mucociliar, é uma doença crônica hipersecretiva que causa alterações na ventilação pulmonar, sendo a higiene brônquica fundamental¹³. Por este motivo, técnicas de desobstrução brônquica foi a conduta mais frequente utilizada nos atendimentos dos pacientes deste estudo.

A Bronquiectasia está associada com uma ampla variedade de causas, estando as mais comuns ligadas à infecções pulmonares que danificam os brônquios¹². A maior parte dos indivíduos deste estudo é portador de Bronquiectasia e nunca fumou, indicando pouca probabilidade de associação com doenças relacionadas ao tabaco.

Um estudo¹⁴ caracterizou pacientes com Bronquiectasia em São Paulo, Brasil, e verificou a prevalência do sexo feminino (53%), idade de $53,3 \pm 18,3$ anos, IMC de $23,4 \pm 4,5$ kg/m², além de 68,3% apresentarem baixa escolaridade (primeiro grau incompleto), e a maior parte dos voluntários nunca fumou (63,4%), corroborando com as características dos sujeitos encontradas no presente estudo.

Em relação aos resultados do teste de avaliação da qualidade de vida pelo SGRQm⁹ (tabela 2), valores acima de 10%, refletem qualidade de vida alterada em cada domínio¹⁵. Na amostra estudada os valores foram superiores a este valor, demonstrando baixos índices de

qualidade de vida em todos os domínios, e principalmente no domínio Atividade ($71,02 \pm 14,75\%$), observando-se a grande dificuldade dos sujeitos na realização de atividades, como ao sentar-se quieto, realizar sua higiene pessoal, vestir-se, realizar afazeres domésticos, caminhar pela casa ou em um terreno plano, subir um aclive, subir um lance de escadas e praticar esportes.

A pontuação no domínio Sintomas ($54,90 \pm 12,86\%$) demonstrou a interferência dos sinais e sintomas respiratórios no dia-a-dia, como exemplo a tosse, expectoração, dispneia, sibilância e casos de crises respiratórias. O domínio Impacto que se refere em como a doença respiratória afeta a vida dos sujeitos, sua atividade laboral, os relacionamentos interpessoais e o efeito da medicação, demonstrou-se menos comprometido ($43,69 \pm 7,62\%$).

Tabela 2. Resultados do teste de qualidade de vida avaliado pelo questionário SGRQm.

SGRQm (%)	Média	DP
Total	53,83	8,30
Sintomas	54,90	12,86
Atividade	71,02	14,75
Impacto	43,69	7,62

SGRQm(%): percentual da pontuação obtida no Questionário *Saint George* na Doença Respiratória; DP: desvio padrão.

Em um estudo realizado com 30 portadores de DPOC na Universidade Federal de São Paulo⁹ foi avaliada a qualidade de vida pelo questionário SGRQm e foram verificadas as seguintes pontuações: Total: $44,0 \pm 16,9\%$, Sintomas $44,1 \pm 21,2\%$, Atividade $60,7 \pm 21,6\%$ e Impacto $34,5 \pm 17,7\%$. Percebe-se pontuação menor, comparada ao presente estudo, em todos os índices, indicando melhor qualidade de vida. Esse resultado pode ter influência pela amostra, pois a maior parte dos participantes eram homens (66,6%), com diagnóstico de DPOC.

A partir da análise qualitativa das entrevistas foi possível identificar as percepções dos sujeitos acerca da patologia e do tratamento fisioterapêutico. Os resultados obtidos são apresentados a partir de duas categorias: “A doença pulmonar e a qualidade de vida: percepções compreendidas”, que emergiu das narrativas na medida em que os pacientes referiram sobre as repercussões da patologia sobre sua condição de saúde e qualidade de vida, e “A Fisioterapia e a qualidade de vida do paciente portador de doença pulmonar crônica”, a qual surgiu das narrativas dos sujeitos acerca da redução de sintomas, maior autonomia nas atividades de vida diária, melhores relacionamentos interpessoais, e maior controle da doença a partir do tratamento fisioterapêutico. Segue a primeira categoria:

A doença pulmonar e a qualidade de vida: percepções compreendidas

Quanto à patologia os sujeitos referiram ter pouco ou nenhum conhecimento sobre a doença. Apesar do tempo de diagnóstico e da necessidade contínua de tratamento, relacionam a doença com a sua gravidade, aos aspectos de hereditariedade e exposição a fatores de risco, como identificado nas narrativas que seguem.

“Eu não sei, eu só sei que me disseram que isso aí era de família (...)” (suj. 1)

“Eu sei assim da minha doença, que é um caso grave, que eu posso ter uma falta de ar e qualquer hora morrer, como posso ir levando, ter uma vida toda e não me dar mais crises (...)” (suj. 2)

“(...) é mais o negócio que eu fumava muito (...) que a minha vida agora é fazendo fisioterapia.” (suj. 4)

“Não sei nada o que acontece, nada, nada, eles fazem exame daqui, exame dali (...) e até hoje eu não sei o que é.” (suj. 9)

Cabe destacar que compete à equipe multiprofissional orientar a pessoa sobre as manifestações que a acometem, bem como as condições agravantes numa perspectiva de mutualidade e compartilhamento. Assim, o paciente pode ter um maior entendimento acerca da patologia e se tornar um participante ativo no processo saúde-doença, e a educação em saúde tem um papel fundamental neste cenário.

O profissional como educador em saúde tem a responsabilidade de atender às necessidades físicas, emocionais, cognitivas e espirituais de pessoas desafiadas a viver com uma doença crônica¹³. Pacientes mais informados e envolvidos, interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, tentando realizar ações que produzam resultados em saúde¹⁶.

Considera-se o empoderamento como um processo educativo que tem a finalidade de ajudar o paciente a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade por suas decisões relacionadas à saúde¹⁷. Desta forma, os profissionais de saúde têm uma importante função no empoderamento do paciente para um cuidado promotor de saúde¹⁶.

Ao se reportar às repercussões da patologia, os sujeitos referiram que a doença traz consequências variadas sobre suas vidas, as quais estão vinculadas aos sintomas, em que a tosse, expectoração e dispneia são frequentes. Nas atividades de vida diária percebe-se a influência da dispneia promovendo limitações, como para subir escadas, realizar afazeres

domésticos, para alimentação e comunicação. Percebe-se também o sono prejudicado, não por sintomas respiratórios, mas sim por ansiedade e depressão.

“(…) depende a mudança de tempo, aí me dá essas crises de tosse (…)” (suj. 4)

“(…) o que incomoda mesmo é subir escada, que eu sinto que pesa bastante (….) falta de ar mesmo.” (suj. 6)

“(…) por mais que eu esteja fazendo fisio (….) se eu começar a me esforçar, tipo limpar a casa, varrer, aí parece que não dá para evitar a falta de ar (….)” (suj. 9)

“(…) As vezes quando eu to bem atacada assim, eu tenho dificuldade para me alimentar, até para falar.” (suj. 6)

“(…) eu sou muito desinquieta no sono, passo acordando... não é motivo de falta de ar. Eu acho que é (….) da depressão que eu tenho...” (suj. 5)

Pacientes com DPOC frequentemente experimentam restrições de atividades e desconforto durante as atividades de vida diária¹⁸. As doenças crônicas são progressivas e os sintomas são condizentes com a própria fisiopatologia. A DPOC produz manifestações locais como limitação ventilatória, que gera dispneia e prejudica a realização de atividades de vida diária, e sistêmicas, geradas pelo processo inflamatório sistêmico, que provocam disfunção muscular periférica, descondicionamento e diminuição da tolerância ao exercício¹⁹. Todas essas manifestações contribuem para a diminuição da qualidade de vida do paciente¹⁹.

Nas doenças hipersecretivas, o brônquio sofre importantes alterações no mecanismo de defesa, em especial no transporte mucociliar, o qual fica gravemente prejudicado, e as secreções acumuladas são facilmente colonizadas por bactérias²⁰, o que pode justificar a presença de sintomas como tosse e expectoração, e as recorrentes exacerbações. Tosse produtiva crônica é um sintoma comum em pacientes com bronquiectasia e está associado com uma redução na qualidade de vida e pior condição de saúde²¹.

Para além dos sintomas físicos referidos pelos pneumopatas crônicos, incorrem as manifestações de ordem psíquica que agravam a qualidade de vida e comprometem o bem-estar. A associação entre depressão e doenças clínicas é muito frequente, o que leva a pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica, com menor adesão às orientações terapêuticas, além de maior morbidade e mortalidade²². Na doença pulmonar, a ansiedade também parece desempenhar um papel importante no aumento de dispneia²³.

Outro fator que coaduna com os aspectos físicos e psíquicos é a repercussão da doença sobre a atividade laboral. Os pacientes referiram a influência negativa da doença no trabalho que desenvolveram, ou desenvolvem, acarretando aposentadoria, laudos, demissões,

dificuldade para encontrar emprego ou para cumprir as funções exigidas pela sua atividade, o que compromete ainda mais o componente psíquico envolvido no processo. Seguem as vozes.

“Trabalhava de doméstica (...) eu parei de trabalhar, que daí não tive mais fôlego para trabalhar (...) começou a me dar várias infecções (...) me aposentei.” (suj. 5)

“(...) eu adoeci, tive uma pneumonia, aí a médica (...) disse que eu não tinha condições de ir trabalhar (...) faz um ano já que eu estou encostado (...). Muita falta de ar, tosse em excesso dentro do ônibus (...) começava aquela trepidação, várias vezes, tossindo, escarrei nas pessoas.” (suj. 7)

“(...) as patroas me mandavam embora por causa disso, eu perdi vários serviços por causa da falta de ar (...) tinha vezes que eu me escondia, embaixo da escada, para ela não me ver com falta de ar (...)” (suj. 8)

“(...) eu não consigo serviço em lugar nenhum, que alguém me libere para a fisioterapia (...) consigo trabalhar, fazendo fisioterapia, mas não há quem me empregue (...)” (suj. 9)

As doenças respiratórias crônicas afetam a qualidade de vida e podem provocar incapacidade nos indivíduos, causando grande impacto econômico e social²⁴. No campo profissional, reduz a produtividade, antecipa a aposentadoria, é causa de pagamentos de pensões e benefícios²⁵. Uma doença como a DPOC agrega custos elevados com tratamento e redução da produtividade²⁵, o que pôde ser constatado nas narrativas descritas.

A intolerância ao exercício é um dos principais fatores limitantes na participação de atividades em pacientes com doenças respiratórias crônicas²⁶. Um estudo longitudinal que acompanhou 133 pacientes com DPOC por três anos verificou redução da capacidade funcional, avaliada pelo Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6) e aumento da dispneia, avaliada pela escala *Medical Research Council*, ao longo deste tempo²⁷. Portanto entende-se que as manifestações progressivas das doenças crônicas prejudicam a atividade laboral, principalmente pelos sintomas e limitação da funcionalidade.

Em algumas situações, também a relação familiar é prejudicada pela doença, pois pacientes referem a indiferença e a superproteção da família. Em poucos casos houve relato do apoio familiar para perseverança no tratamento. Os pacientes referem também, que os sintomas ou as crises respiratórias prejudicam o desempenho sexual e interferem no relacionamento conjugal, como anunciam as falas.

“(...) eles não estão nem um pouco a par do meu problema (...) eles não sabem nem que remédio eu uso, só sabem que eu faço o tratamento da fisio (...)” (suj. 8)

“(...) por eles eu não fazia nada (...) Proteção, querem me proteger demais” (suj. 2)

“(...) E disse meu filho: mãe tu melhorou bastante depois que começou ir lá, tu não vai sair de lá, e não desiste (...)” (suj. 1)

“(...) agente não se acertou mais depois que eu adoeci (...) ele disse que não ia para frente, que sempre ia ter que estar gastando com remédio, pagando empregada, achava que eu não tinha saúde para acompanhar ele em nada (...) Na hora da relação, nem tinha mais relação, porque eu tinha muita falta de ar, tosse (...) casamento acabou por causa disso, também (...)” (suj. 5)

“(...) quando eu tinha infecção, quando eu estou com infecção, eu fico impotente.” (suj. 7)

As limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, têm consequências na vida do paciente e de sua família, gerando sofrimento humano²⁴. Para McFarlane, Belíssimo e Norman²⁸ o conceito de suporte familiar seria composto pelo tipo de relação entre os integrantes familiares, tais como proteção, carinho, atenção, diálogo, interesse, apoio, proximidade afetiva, liberdade e independência entre os membros da família. O suporte familiar se faz necessário para o paciente com doença pulmonar crônica, por ser uma condição grave e que gera variadas manifestações físicas e psíquicas. A proteção do indivíduo gera envolvimento da família no tratamento, porém a superproteção pode limitar o potencial funcional do paciente, privando-o de sua independência²⁹. Ter o apoio da família é um elemento que traz benefícios para a qualidade de vida de pacientes portadores de doença pulmonar crônica, e favorece o processo de integração social³⁰.

Os profissionais devem considerar que a atividade sexual prejudicada tem um efeito direto sobre a qualidade de vida de seu paciente³¹. Em um estudo com portadores de tuberculose pulmonar foi avaliada a sexualidade, e os autores observaram que a frequência de relações sexuais diminuiu após o diagnóstico da doença, por fatores como debilidade física e medo de transmissão, que pode ser recíproco, causando afastamento do casal e alteração na vida sexual de ambos³².

Visto que as doenças pulmonares crônicas têm grande implicação na qualidade de vida dos pacientes, deve-se investir em intervenções que contribuam positivamente nesse processo, à exemplo da fisioterapia, como percebe-se na categoria a seguir.

A Fisioterapia e a qualidade de vida do paciente portador de doença pulmonar crônica

Esta categoria surgiu das narrativas dos sujeitos, na medida em que eles relataram as repercussões do tratamento fisioterapêutico nos sintomas, atividades, relacionamentos interpessoais e no controle da doença. Essas repercussões retratam o reconhecimento e a influência da fisioterapia na qualidade de vida dos pacientes, podendo-se perceber pelas narrativas ao longo dessa dimensão. Entretanto, anterior ao encaminhamento médico os

pacientes referiram não possuir conhecimento dos recursos disponíveis pela fisioterapia para auxílio no tratamento.

“Nunca soube de nada, foi a primeira vez (...)” (suj.5)

“Não, não, nem sabia que existia” (suj. 7)

A fisioterapia dispõe de diversos recursos para tratamento da doença pulmonar crônica, que são utilizados de acordo com a necessidade do paciente, como técnicas de desobstrução brônquica, programas de reabilitação pulmonar, treinamento de força e condicionamento cardiorrespiratório³³. No momento em que os pacientes reconhecem benefícios gerados pelo tratamento fisioterapêutico, podem se sentir motivados a procurar pelo atendimento.

Ao serem questionados sobre o quê os motiva a realizar o tratamento fisioterapêutico, os sujeitos deste estudo referiam que se sentem bem após os atendimentos e que observam melhora, principalmente pela diminuição de sintomas, e também pelo atendimento diferenciado.

“Eu acho que depois que eu comecei a fazer fisioterapia eu melhorei, do que eu era, e do que eu sou hoje, melhorei quase que 100%.” (suj. 6)

“Me sinto bem (...) se não fosse a fisio eu nem sei se estaria aqui hoje, porque o que acumulava de secreção (...) eu me afogava (...) Principalmente ajudou a me reanimar, a viver de novo, porque eu não tinha vida, não podia nem caminhar.” (suj. 5)

“Qualidade de vida (...) antes da fisioterapia eu dormia com um balde em roda da minha cama, tossindo e escarrando toda a noite (...) Hoje não, a não ser quando eu tive infecção (...) Atividade sexual melhorou bastante (...) eu tinha muita falta de ar, muita tosse, vômito (...)” (suj. 7)

“(...) eu acho que aqui é a melhora da gente (...) cada vez que eu saio daqui eu saio outra (...) eu consigo tirar tudo que está aqui dentro, guardado, eu saio com bem menos falta de ar, é outra coisa, por isso que eu busco, e não quero, não quero parar.” (suj. 8)

“(...) eu aprendi a perder aquela vergonha depois que eu comecei a fazer a fisio aqui (...) quando eu comecei aqui, tinha as meninas que conversavam muito com a gente, e elas explicavam as coisas (...) Eu tinha uma vergonha de ter limitação, falta de ar, tossir perto das pessoas.” (suj. 8)

Uma vez que a doença crônica exige tratamento permanente, faz-se necessário que o paciente cultive hábitos e atitudes que promovam a consciência para o autocuidado. Portanto, é necessário aderir ao tratamento para o controle da condição crônica e o sucesso da terapia proposta. A adesão e a prática do autocuidado estão intimamente ligadas ao atendimento diferenciado, baseado na confiança, no respeito aos anseios dos usuários, na escuta às suas

necessidades, no estabelecimento de vínculo e autonomia¹⁶, o que caracteriza uma atenção na lógica da humanização.

O atendimento humanizado proporciona melhores condições de recuperação para os usuários. O fisioterapeuta deve saber reconhecer o ser humano na sua integralidade e singularidade, levando em consideração vários aspectos de sua vida: contexto social, econômico, cultural, familiar e espiritual³⁴. Observa-se que quando o paciente reconhece os benefícios proporcionados pelo tratamento ele adere mais fácil, como no caso da amostra deste estudo, em que alguns pacientes estão sendo atendidos pela fisioterapia há mais de 10 anos.

Os sujeitos referiram perceber modificações nos sintomas após o início do tratamento fisioterapêutico, como redução na frequência da tosse e secreção. A dispneia, que antes era desencadeada por cheiros fortes ou para caminhar, agora se faz presente somente quando a exigência do esforço é maior. Percebe-se também, que o tratamento fisioterapêutico ajudou na qualidade do sono por diminuir os sintomas.

“Antes de fazer fisioterapia eu tossia sem parar, todos os dias, todos os dias, sempre com tosse. Depois que eu comecei a fisio, chego a passar quase uma semana sem tossir, é difícil.” (suj. 7)

“(…) antes da fisio era muita secreção, era todos os dias, não tinha hora (…) e tosse junto, uma tosse bem horrível (…) agora é difícil eu ter, só quando estou com infecção.” (suj. 5)

“Ah, antes eu não podia, o cheiro de produtos fortes, e agora eu já não me importo mais com o cheiro (…) Até o cheiro de comida antes me fazia mal (…) Agora não, agora não me importo mais com isso.” (suj. 1)

“Antes tinha falta de ar para tudo, até para caminhar (…) agora só quando to numa subida muito grande.” (suj. 7)

“(…) as vezes eu passava a noite toda tossindo (…) andando, agora está tranquilo, tenho dormido bem.” (suj. 6)

A fisioterapia respiratória para pacientes com Bronquiectasia proporciona melhoria na qualidade de vida a partir da redução do sintoma tosse²¹. Técnicas de desobstrução brônquica são efetivas pois previnem a retenção de secreção brônquica, aumentam a velocidade do muco transportado, melhoram a função pulmonar e as trocas gasosas¹⁴.

Estudo realizado com pacientes com DPOC avaliou a dispneia pela escala *Medical Research Council* antes e após treinamento com reabilitação pulmonar, e obteve resultados de melhora na pontuação, com significativa redução do sintoma após a intervenção³⁵. Pode-se inferir que técnicas de desobstrução brônquica e treinamento físico com programas de reabilitação pulmonar proporcionam redução de sintomas em sujeitos com doença pulmonar

crônica^{21,35}. Observa-se que essas condutas são as mesmas utilizadas no tratamento dos sujeitos deste estudo, e que os benefícios são confirmados por suas narrativas.

Os pacientes referiram que após o início do tratamento com a fisioterapia conseguem realizar sua higiene com mais independência, atividades domésticas com mais facilidade, caminhar uma distância maior e em aclives, refletindo maior autonomia para executar atividades de vida diária. Percebe-se também benefícios quanto à prática de atividade física, que hoje em dia, apresentam condições mais favoráveis de realizar.

“Mas acho que melhorei muito, porque antes eu não podia eu tomar um banho.” (suj. 2)

“(...) eu varria o pátio (...) tinha que dar umas paradas para respirar. Agora, por exemplo, eu varro a casa, passo pano, ajeito a cama, faço tudo. Aí depois me dá um pouco de cansaço, mas antes não, só dava uns cinco minutos varrendo ali e já tinha que dar uma parada.” (suj. 7)

“Antes eu caminhava um pouco, tinha que parar, caminhava cinco minutos (...) agora não, agora se tiver um trote calmo, uns vinte minutos tranquilo. Se eu pegar subida eu dou uma paradinha (...) respiro ali, um minuto nem isso, e vou de novo.” (suj. 7)

“(...) eu só faço caminhada, eu não fazia nada (...) por causa da falta de ar (...) agora faço caminhada.” (suj. 5)

Um estudo mostrou que, para pacientes com Bronquiectasia, o tratamento fisioterapêutico baseado em técnicas de desobstrução brônquica e reabilitação pulmonar promoveu aumento da tolerância ao exercício e melhora na qualidade de vida relacionada à saúde³⁶. Outro estudo avaliou o estado funcional de pacientes com DPOC quanto à capacidade de realização de atividades de vida diária (AVD) através do Teste de AVD de Glittre, que simula AVD's, verificando que após o intervenção com reabilitação pulmonar houve incremento na capacidade funcional dos pacientes, que realizaram as atividades de vida diária com mais facilidade¹⁸.

Quanto à esfera psicossocial, os sujeitos relatam sobre os relacionamentos interpessoais. Referem benefícios quanto à atividade laboral, pois alguns conseguiram retornar ao trabalho no decorrer do acompanhamento fisioterapêutico, e melhora nos relacionamentos sexuais, onde após o início do tratamento não se sentem muito prejudicados pelos sintomas. Importante também, são os relatos sobre autoestima, os sujeitos referem que se sentem mais à vontade para se relacionar com a sociedade, não têm vergonha e sentimento de inferioridade, com a ajuda do tratamento fisioterapêutico.

“Antes da fisio eu tinha restaurante (...) eu adoeci, eu não tinha mais condições de trabalhar (...) uns 4 ou 5 anos sem trabalhar (...) Depois comecei, deu certo aquilo ali, e não parei mais.” (suj. 2)

“(…) Melhorei um monte, para tudo, até para o sexo (…). Um dia eu disse para o estagiário: (…) olha que tu não precisa fazer muito, o meu marido já disse que eu mudei em casa.” (suj. 2)

“(…) depois que começou a fisioterapia, eu melhorei bem mais o meu relacionamento (…) antes de eu fazer a fisioterapia, eu tava assim, no ápice, começava a me dar muita tosse (…) falta de ar (…) estou mais controlado.” (suj. 7)

“Antes eu tinha vergonha (…) eu não me sentia bem, eu me sentia pequenininha perto dos outros (…) e agora não, agora eu não tenho, me sinto normal (…) me sinto bem mesmo” (suj. 1)

Pacientes que não tem controle da doença por meio do tratamento têm menor produtividade quando comparada a indivíduos com a doença controlada, a probabilidade de desemprego é maior, os dias de ausência no trabalho e as limitações na atividade são maiores também³⁷. Portanto é importante manter as doenças respiratórias sob controle, e o tratamento fisioterapêutico pode contribuir neste aspecto, auxiliando na redução de sintomas, aumento da capacidade funcional e diminuição da recorrência de infecções^{21,35,36,38}.

O tratamento das limitações na sexualidade em doença pulmonar depende da causa primária do problema³⁹. Uma abordagem multidisciplinar, através da reabilitação pulmonar, é potencialmente uma intervenção muito eficaz para lidar com a saúde sexual de pacientes com doença pulmonar crônica³¹. A fisioterapia pode contribuir para maximizar o potencial sexual destes indivíduos através da melhora da função física, com exercícios físicos em programas de reabilitação pulmonar³⁹, e observa-se que esta conduta é realizada como parte integrante do tratamento fisioterapêutico dos indivíduos desta pesquisa.

Um estudo que avaliou a repercussão do exercício físico, através da reabilitação pulmonar, sobre os sintomas de ansiedade e depressão em 52 pacientes com DPOC, observou que os indivíduos experimentaram bem-estar psicológico, com redução destes sintomas⁴⁰. Os sujeitos do presente estudo referem experimentar maior autoestima proporcionada pelo apoio do tratamento fisioterapêutico, na medida em que sintomas depressivos diminuíram.

Os pacientes deste estudo referiram que hoje em dia têm maior controle de sua doença, pois com o tratamento fisioterapêutico a recorrência de exacerbações e o uso de medicações não é tão frequente, o que auxilia na redução de custos com medicamentos, e custos hospitalares com possíveis internações.

“O melhor remédio é a fisioterapia, não adianta. Porque se não, vai acumulando, e daí que dá a pneumonia.” (suj. 3)

“(…) antes da fisio (…) eu tomava antibiótico quase que direto, tanto é que eu tenho problema no estômago agora (…) eu nem lembro qual foi a última vez que eu tomei (…) melhorou bastante (…)” (suj. 6)

“(...) quando eu não faço fisio, aí eu tenho que usar bombinha direto quase. E fazendo a fisio, a bombinha (...) as vezes eu fico uma semana sem usar, porque alivia bastante.” (suj. 9)

Um estudo verificou que um programa de exercício físico supervisionado associado à educação em saúde foi efetivo por proporcionar melhorias na tolerância ao exercício, qualidade de vida, e redução de custos com medicamentos para a doença, em pacientes com DPOC⁴¹.

Portadores de doença pulmonar crônica participantes de programas de reabilitação pulmonar utilizam menos os serviços de saúde³⁸. A conciliação da vantagem econômica com o incremento da quantidade e da qualidade de vida, como decorrência de comprovados ganhos na capacidade funcional e estado geral dos pneumopatas crônicos, torna obrigatória a indicação complementar de tratamento em programa de reabilitação³⁸.

Quando indagados sobre como avaliam sua qualidade de vida hoje em dia, os sujeitos desta pesquisa referem que ela está boa. E comparando com antigamente observa-se que a avaliação é muito positiva também.

“(...) eu avalio muito bom, dá para dizer assim 90%, vamos tirar os 10 por causa da falta de ar, mas assim 90%.” (suj. 5)

“(...) eu acho que bem melhor que antes (...) eu já estou um pouco mais cansada, mas tem que ver que é a idade também (...)” (suj. 6)

“(...) muito melhor, não tem nem comparação. Apesar de estar mais velha, o corpo já pesa, eu me sinto muito melhor (...) depois que eu comecei a fazer a fisio, muita coisa mudou pra mim, muito, muito, não tem nem explicação” (suj. 8)

“(...) eu vivo bem (...) claro com algumas limitações mas eu vivo bem (...) antigamente era bem difícil e agora está bem mais fácil, não tem nem comparação (...) na época eu estava sempre ruim, com falta de ar, sempre com alguma coisa.” (suj. 9)

Um estudo com 38 sujeitos com DPOC, randomizados em dois grupos, verificou que o grupo de pacientes que recebeu intervenção com um programa de exercício físico supervisionado associado à educação em saúde foi efetivo por proporcionar melhorias na qualidade de vida, avaliada pelo questionário SGRQm⁴¹.

Apesar dos resultados avaliados pelo teste de qualidade de vida no presente estudo mostrarem baixos índices de qualidade de vida, a percepção dos sujeitos, avaliada diretamente pelo questionamento e indiretamente pelas repercussões do tratamento, não vai de encontro a estes resultados, pois os sujeitos avaliam sua qualidade de vida como sendo boa, apesar de algumas limitações. Observa-se que nem sempre a avaliação da qualidade de vida por testes ou questionários com questões fechadas está totalmente de acordo com a percepção do

paciente, pois quando este tem tempo e oportunidade para refletir, pode expressar melhor sua opinião.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados desta pesquisa pode-se perceber as repercussões da doença pulmonar na saúde e qualidade de vida dos sujeitos, através de sintomas respiratórios, limitação na realização de atividades de vida diária, atividade laboral, relacionamento familiar e atividade sexual. Observa-se ainda alteração na autoestima, gerando sentimentos de impotência frente à doença, vergonha e inferioridade para se relacionar socialmente.

O presente estudo mostra que a fisioterapia propiciou benefícios à qualidade de vida dos sujeitos, auxiliando na redução de sintomas respiratórios, maior autonomia na realização de atividades de vida diária, melhora na atividade sexual de casais, retorno à atividade ocupacional que desenvolviam, bem-estar psicológico pela recuperação da autoestima e convivência social, e redução de custos com medicamentos e hospitalizações pela diminuição dos sintomas e recorrência de infecções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ries, AL; Bauldoff, GS; Carlin, BW; Casaburi, R; Emery, CF; Mahler, DA. *et al.* Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical. Practice Guidelines. Chest, v.131, n.5, p. 4-42, 2007.
2. Pagani, N. Percepção sobre qualidade de vida de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Julho de 2008.
3. Jones, PW; Quirk, FH; Baveystock, CM. The St George's Respiratory Questionnaire. Respiratory Medicine, v.85, p. 25-31, 1991.
4. García, MAM; Carro, LM; Serra, PC. Treatment of Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis. Archivos de Bronconeumología, v.47, n.12, p. 599-609, 2011.
5. Coelho, TLS; Ribeiro, NMS. Percepção do Paciente Neurológico Sobre os Resultados da Neurólise Química com Toxina Botulínica. Revista de Neurociências, v.2, n.19, p.221-228, 2011.
6. Pereira, LC; Mercadante, EF. Doença pulmonar obstrutiva crônica no idoso: relato de caso. Textos sobre Envelhecimento, v.7, n.1, p. 1-16, Rio de Janeiro, 2004.

7. Brucki, SMD; Nitrini, R; Caramelli, P; Bertolucci, PHF; Okamoto, IH. Sugestões para uso do Mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v.61, n.3-B, p.777-781, 2003.
8. Lima, PMB; Cavalcante, HEF; Rocha, ARM; Brito, RTF. Fisioterapia no pós-operatório de cirurgia cardíaca: a percepção do paciente. *Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular*, v.26, n.2, p. 244-249, 2011.
9. Camelier, A.; Rosa, FW.; Salmi, C.; Nascimento, OA.; Cardoso, F.; Jardim, JR. Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.32, n.2, p. 114-122, 2006.
10. Bauer, MW; Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
11. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization. (Technical Report Series 916). 2003.
12. Zengli, W. Bronchiectasis: still a problem. *Chinese Medical Journal*, v. 127, n. 1, p. 157-172, 2014.
13. Lamari, NM.; Martins, ALQ.; Oliveira, JV.; Marino, LC.; Valério, N. Bronquiectasia e fisioterapia desobstrutiva: ênfase em drenagem postural e percussão. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, v. 21, n. 2, p. 206-210, 2006.
14. Júnior, NSF.; Pasqual, RM.; Apostólico, N.; Hirata, RP.; Aguiar, IC.; Vicente, R. *et al.* Características clínicas de pacientes portadores de bronquiectasias acompanhados em um ambulatório especializado de pneumologia. *ConScientiae Saúde*, v. 10, n. 2, p. 299-304, 2011.
15. Sousa, TC; Jardim, JR; Jones, P. Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.26, n.3, p. 119-128, 2000.
16. Taddeo, PS.; Gomes, KWL.; Caprara, A.; Gomes, AMA.; Oliveira, GC.; Moreira, TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n.11, p. 2923-2930, 2012.
17. Feste, C; Anderson, RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education Counseling*, v. 26, p. 139-144, 1995.

18. Skumlien, S.; Hagelund T.; Biortuft O.; Ryg MS. A field test of functional status as performance of activities of daily living in COPD patients. *Respiratory Medicine*, n. 100, p. 316-323, 2006.
19. Dourado, VZ.; Tanni, SE.; Vale, AS.; Faganello, MM.; Sanchez, FF.; Godoy, I. Manifestações sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 32, n. 2, p. 161-171, 2006.
20. Hochhegger, B.; Irion, K.; Bello, R.; Marchiori, E.; Moreira, J.; Porto, NS. *et al.* Entendendo a classificação, a fisiopatologia e o diagnóstico radiológico das bronquiectasias. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, v. XVI, n. 4, p. 627-639, 2010.
21. Mutalithas, K.; Watkin, G.; Willig, B.; Wardlaw, A.; Pavord, ID.; Birring, SS. Improvement in health status following bronchopulmonary hygiene physical therapy in patients with bronchiectasis. *Respiratory Medicine*, v. 102, p. 1140-1144, 2008.
22. Teng, CT.; Humes, EC.; Demetrio, FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.
23. Fan, VS.; Meek, PM. Anxiety, Depression, and Cognitive Impairment in Patients with Chronic Respiratory Disease. *Clinics in Chest Medicine*, v. 35, p. 399-409, 2014.
24. Brasil. Cadernos de atenção básica. Doenças Respiratórias Crônicas. Ministério da Saúde (Série A: Normas e Manuais técnicos). 1 ed. Brasília- DF, 2010.
25. Campos, HS. O preço da DPOC. *Pulmão RJ*, v.13, n.1, p. 5-7, 2004.
26. ATS - American Thoracic Society. European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, v.173. p. 1390-1413, 2006.
27. Ferrari, R.; Tanni, SE.; Faganello, NN.; Caram, LMO.; Lucheta, PA.; Godoy, I. Three-year follow-up study of respiratory and systemic manifestations of chronic obstructive pulmonary disease. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 44, n. 1, p. 46-52, 2011.
28. Mcfarlane, AH.; Belíssimo, A.; Norman, GR. The role of family and peers in social self efficacy: Links to depression in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 65, p. 402-410, 1995.
29. Euzébio, CJV.; Rabinovich, EP. Compreendendo o cuidado familiar do paciente com sequela de Acidente Vascular Encefálico. *Temas em Psicologia*, v. 14, n. 1, p. 63-79, 2006.

30. Silva, DMGV.; Souza, SS.; Francioni, FF.; Meirelles, BHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 7-14, 2005.
31. Vincent, EE.; Singh, SJ. Addressing the sexual health of patients with COPD: the needs of the patient and implications for health care professionals. *Chronic Respiratory Disease*, v. 4, n. 2, p. 111–115, 2007.
32. Bertazone, EC; Gir, E. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. *Revista latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 8, n. 1, p. 115-122, 2000.
33. Garrod, R.; Lasserson, T. Role of physiotherapy in the management of chronic lung diseases: An overview of systematic reviews. *Respiratory Medicine*, v. 101, n. 12, p. 2429-2436, 2007.
34. Silva, ID; Silveira, MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 1535-1546, 2011.
35. Jácome, C.; Marques, A. Impact of Pulmonary Rehabilitation in Patients With Mild COPD. *Respiratory Care*, v. 59, n. 10, p. 1-6, 2014.
36. Mandal, P.; Sidhu, MK.; Kope L.; Pollock W.; Stevenson LM.; Pentland JL.; *et al.* A pilot study of pulmonary rehabilitation and chest physiotherapy versus chest physiotherapy alone in bronchiectasis. *Respiratory Medicine*, v. 106, n. 12, p. 1647-1654, 2012.
37. Sullivan, PW.; Slejko, JF.; Ghushchyan, VH.; Sucher, B.; Globe, DR.; Lin, SL. *et al.* The relationship between asthma, asthma control and economic outcomes in the United States. *Journal of Asthma*, v. 7, 2014.
38. Guimarães, JI. (Coordenador). Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 86, n. 1, p. 74-82, 2006.
39. Goodell, TT. Sexuality in Chronic Lung Disease. *Nursing Clinics of North America*, v. 42, n. 4, p. 631–638, 2007.
40. Kayahan, B.; Karapolat, H.; Atýntoprak, E.; Atasever, A.; Öztürk, O. Psychological outcomes of an outpatient pulmonary rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, v. 100, n. 6, p. 1050–1057, 2006.
41. Ninot, G.; Moullec, G.; Picot, MC.; Jaussent, A.; Hayot, M.; Desplan, M. *et al.* Cost-saving effect of supervised exercise associated to COPD self-management education program. *Respiratory Medicine*, v. 105, n. 3, p. 377-385, 2011.

CONCLUSÃO

As doenças pulmonares crônicas causam grande impacto na vida dos pacientes, e por este motivo acarretam prejuízos na qualidade de vida. A fisioterapia pode contribuir no tratamento e deve ser recomendada por proporcionar melhores condições de saúde e qualidade de vida.

O atendimento humanizado promove melhores condições de recuperação ao paciente, que deve ser compreendido em sua integralidade e singularidade. O fisioterapeuta deve conhecer a percepção do usuário acerca da patologia e do tratamento e orientá-lo, para que este se torne um protagonista de seu cuidado.

Neste estudo observou-se o pouco conhecimento dos pacientes sobre sua patologia. A educação em saúde é uma alternativa em proporcionar ao paciente um conhecimento maior sobre sua patologia, sintomas, restrições e controle da doença, o que pode ser condição essencial à adesão terapêutica.

Diante dos resultados desta pesquisa, pode-se perceber a importância de avaliar a qualidade de vida por meio do relato do paciente, pois nem sempre a avaliação por testes ou questionários está totalmente de acordo com sua percepção. As reais implicações da doença e da efetividade do tratamento são melhor compreendidas quando referidas pelo paciente.

Através das duas dimensões de análise deste estudo, pode-se perceber a influência negativa da doença na qualidade de vida dos sujeitos, e a contribuição do tratamento fisioterapêutico na melhora desta condição. Segundo os sujeitos, a doença pulmonar afeta a qualidade de vida por gerar sinais e sintomas respiratórios, como tosse, expectoração e dispneia; limitação para realizar atividades, incluindo atividades de vida diária; prejuízos na atividade laboral, acarretando aposentadoria, laudos, demissões e diminuindo assim, a produtividade dos sujeitos; a família por vezes não dá suporte e apoio ao paciente, sendo indiferente frente à doença; a atividade sexual fica prejudicada e afeta o relacionamento conjugal; sintomas depressivos estão presentes, refletindo a grande sobrecarga psicológica.

Segundo a percepção dos sujeitos, o tratamento fisioterapêutico contribuiu para uma melhora da qualidade de vida, na medida em que os sintomas respiratórios diminuíram; uma maior autonomia na realização de atividades de vida diária e prática de atividade física foram percebidas; melhora na atividade sexual de casais, contribuindo para um bom relacionamento conjugal; alguns sujeitos retornaram à atividade ocupacional que desenvolviam; observou-se ainda melhora no bem-estar psicológico pela recuperação da autoestima e convivência social;

redução de custos com medicamentos e hospitalizações, pela diminuição dos sintomas e da recorrência de infecções.

O tratamento fisioterapêutico pode contribuir para o bem-estar de pacientes portadores de doença pulmonar crônica, melhorando a qualidade de vida, e deve sempre levar em consideração a percepção do paciente e sua individualidade, para produzir resultados em saúde mais eficazes e duradouros.

REFERÊNCIAS

- BARKER, AF. Clinical manifestations and diagnosis of bronchiectasis in adults. **UpToDate**, v.15, n.3, 2012.
- BRASIL. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA: Doenças Respiratórias Crônicas. **Ministério da Saúde** (Série A: Normas e Manuais técnicos). 1 ed. Brasília- DF, 2010.
- BRUM, CF; LANGENDORF, TF. Uma reflexão teórica da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Revista Espaço Acadêmico**, v. 9, n.101, p. 139-146, 2009.
- COELHO, TLS; RIBEIRO, NMS. Percepção do Paciente Neurológico Sobre os Resultados da Neurólise Química com Toxina Botulínica. **Revista de Neurociências**, n.19, v.2, p.221-228, 2011.
- FILKS, IN. Asma e exercício. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.18, n.2, p. 209-213, 2008.
- FURTADO, MCC; LIMA, RAG. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.1, p. 66-73, 2003.
- GARROD, R.; LASSERSSON, T. Role of physiotherapy in the management of chronic lung diseases: An overview of systematic reviews. **Respiratory Medicine**, v. 101, n. 12, p. 2429-2436, 2007.
- JONES, PW; QUIRK, FH; BAVEYSTOCK, CM. The St George's Respiratory Questionnaire. **Respiratory Medicine**, v. 85, p. 25-31, 1991.
- PROETTI, S. Praticando a metodologia do trabalho científico. 2ª. ed, São Paulo: Edicon, 2005, 85p.
- RIES, AL. *et al.* Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. **Chest**, v.131, n.5, p. 4-42, 2007.
- SOUSA, TC; JARDIM, JR; JONES, P. Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.26, n.3, p. 119-128, 2000.

ANEXOS

ANEXO A – Registro no Gabinete de Projetos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM		1.2.1.20.1.01 Projetos na Inteira		Data: 07/11/2013 Hora: 09:19			
Título: REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA DE PNEUMOPATAS: A PERCEPÇÃO DO PACIENTE							
Número do Projeto: 035885			Classificação Principal: Pesquisa				
Situação: Em trâmite para registro			Data Inicial: 02/01/2014 Data Final: 30/07/2014				
Avaliação: Não avaliada no ano corrente			Última avaliação:				
Fundação: Não necessita contratar fundação			Valor Previsto: 445,00				
Supervisor Financeiro:							
Palavras-chave: fisioterapia, efetividade, pneumopatias, qualidade de vida							
Tipo de Evento: Não se aplica							
<p>Resumo: Nos últimos anos, a prevalência das doenças respiratórias cresceu substancialmente e a melhoria na qualidade de vida desses pacientes torna-se prioridade na abordagem multiprofissional, e a fisioterapia tem um papel importante neste aspecto. O presente estudo tem como objetivo analisar as repercussões da fisioterapia na qualidade de vida de pacientes pneumopatas crônicos através da percepção dos mesmos em relação ao tratamento submetido. A população do estudo compreenderá pacientes com diagnóstico de doença pulmonar crônica, ambos os sexos, com idade entre 20 e 70 anos, que estão em atendimento no Ambulatório de Fisioterapia do HUSM. Inicialmente será aplicado o teste Miniexame do Estado Mental para avaliar a capacidade cognitiva e determinar a participação do sujeito na pesquisa; após serão coletados dados referentes à idade, sexo, raça, escolaridade, profissão, estado civil, naturalidade, local de residência, diagnóstico clínico, patologias concomitantes, uso de oxigênio domiciliar, tabagismo e internações hospitalares. Após será aplicado o questionário Saint George's Respiratory Questionnaire, para avaliação da qualidade de vida. Na sequência será realizada uma entrevista narrativa semi-estruturada individual desenvolvida pela pesquisadora e validada para o estudo, que contempla questões sobre a patologia do sujeito e as repercussões da fisioterapia na sua qualidade de vida. As entrevistas serão gravadas e transcritas integralmente, e cada entrevistado será identificado por nome fictício, a fim de preservar o anonimato e observando a conduta ética. Espera-se através deste estudo, verificar a eficiência do tratamento fisioterapêutico realizado com sujeitos portadores de doença pulmonar, e observar como isto interfere na qualidade de vida.</p>							
Observação:							
Matrícula	Nome	Vínculo Institucional	Função	Bolsa	C. Horária (semanal)	Data Inicial	Data Final
201370009	RAIANA CISCATO BRESSAN	Aluno de Pós-graduação	Autor		4 horas	02/01/2014	30/07/2014
379294	MARISA PEREIRA GONCALVES	Docente	Coordenador		2 horas	02/01/2014	30/07/2014
Unidade			Função		Valor	Data Inicial	Data Final
04.00.00	CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS		Promotor			02/01/2014	30/07/2014
04.37.00	DEPTO. FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO - FSR		Responsável			02/01/2014	30/07/2014
10.00.00	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM		Executor			02/01/2014	30/07/2014
Página: 1							

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM		1.2.1.20.1.01 Projetos na Inteira		Data: 07/11/2013 Hora: 09:19	
Classificação		Item da classificação			
Classificação CNPq		4.06.00.00-1 - FISIOTERAPIA			
Grupo do CNPq		028 - Grupo de Pesquisa em Fisiopatologia e Reabilitação Cardiorrespiratória			
Linha de pesquisa		02.00.00 - SAÚDE			
Quanto ao tipo de projeto de pesquisa		2.02 - Projeto de Monografia para Cursos de Pós-Graduação			
Nome do arquivo		Tipo		Incluído em	
projeto Raiana.doc		Plano do Projeto		04/11/2013	
Página: 2					

ANEXO B – Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA QUALIDADE DE VIDA DE PNEUMOPATAS: A PERCEPÇÃO DO PACIENTE

Pesquisador: Marisa Pereira Gonçalves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25633113.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 512.091

Data da Relatoria: 14/01/2014

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa é uma monografia apresentada ao Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, área de concentração em Fisioterapia Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria. O estudo visa analisar as repercussões da fisioterapia na qualidade de vida de pacientes pneumopatas crônicos através da percepção dos mesmos em relação ao tratamento submetido. A população do estudo compreenderá pacientes com diagnóstico de doença pulmonar crônica, ambos os sexos, com idade entre 20 e 70 anos, que estão em atendimento no Ambulatório de Fisioterapia do HUSM. Inicialmente será aplicado o teste Miniexame do Estado Mental para avaliar a capacidade cognitiva e determinar a participação do sujeito na pesquisa; após serão coletados dados referentes à idade, sexo, raça, escolaridade, profissão, estado civil, naturalidade, local de residência, diagnóstico clínico, patologias concomitantes, uso de oxigênio domiciliar, tabagismo e internações hospitalares. Após será aplicado o questionário Saint Georges Respiratory Questionnaire, para avaliação da qualidade de vida. Na sequência será realizada uma entrevista narrativa semi-estruturada individual desenvolvida pela pesquisadora e validada para o estudo, que contempla questões sobre a patologia do sujeito e as repercussões da fisioterapia na sua qualidade de vida. Todos os instrumentos e roteiro da entrevista encontram-se anexados ao projeto.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 512.091

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

- Analisar as repercussões da fisioterapia na qualidade de vida de pacientes pneumopatas crônicos.

Objetivos secundários:

- Caracterizar os portadores de doença pulmonar crônica atendidos no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).
- Avaliar a qualidade de vida de portadores de doença pulmonar crônica através de questionário específico.
- Conhecer as percepções do paciente pneumopata acerca da patologia e do tratamento fisioterapêutico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante o estudo, o sujeito poderá sentir algum tipo de constrangimento emocional mediante as questões da entrevista narrativa e ainda pela gravação de áudio. Caso aconteça, este terá a liberdade de não responder e desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento. Acredita-se que não há riscos à saúde física do participante.

Benefícios:

O paciente poderá ser beneficiado com a pesquisa por esta proporcionar um momento de escuta e porque ele poderá expressar sua percepção em relação ao tratamento que está sendo realizado, assim proporcionando aos terapeutas um feedback para melhor atendê-lo e para contribuir na melhoria de sua qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está muito bem estruturada e apresentada. Possui coerência metodológica e referencial teórico compatível com os objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentao os documentos obrigatórios (folha de rosto, projeto de pesquisa, cronograma, orçamento, termo de confidencialidade e TCLE assinados pela pesquisadora responsável e folha de acompanhamento de projeto emitido pelo DEPE/HUSM.

Recomendações:

Não existem recomendações

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 512.091

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está muito bem apresentado e contempla todos os preceitos éticos. Não existem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 19 de Janeiro de 2014

Assinador por:

Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO C – Normas da Revista Fisioterapia e Pesquisa

Forma e preparação dos manuscritos

1 – Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de seis;
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo, (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica etc.), faculdade, universidade, cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”;
- f) endereço postal e eletrônico do autor principal;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo, se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- h) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) ou no Clinical Trials (<http://clinicaltrials.gov/>).

3 – Resumo, abstract, descritores e key words:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O Resumo e abstract devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e key words (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br/>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)).

4 – Estrutura do texto:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a) Introdução – estabelecer o objetivo do artigo, justificando sua relevância frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado;
- b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística;
- c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos – cuidando tanto para não remeter o leitor unicamente a estes quanto para não repetir no texto todos os dados dos elementos gráficos;
- d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores;
- e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados e Discussão.

5 – Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Note que os gráficos só se

justificam para permitir rápida apreensão do comportamento de variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda. Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações vêm em legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

ANEXO D – Questionário de qualidade de vida do Hospital Saint George

NOME:

DATA:

AVALIADOR:

Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória modificada para três meses (SGRQm)

PARTE 1

Nas perguntas abaixo, assinale aquela que melhor identifica seus problemas respiratórios nos últimos 3 meses. Obs.: Assinale um só quadrado para cada pergunta.

Durante os últimos 3 meses:	Maioria dos dias da semana	Vários dias na semana	Alguns dias no mês	Só com infecções respiratórias	Nunca
1. Tossi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tive catarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tive falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tive “chiado no peito”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante os últimos 3 meses, quantas crises graves de problemas respiratórios você teve?	Mais de 3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/>
6. Quanto tempo durou a pior destas crises? (Passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)	1 semana ou mais <input type="checkbox"/>	3 ou mais dias <input type="checkbox"/>	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/>	Menos de 1 dia <input type="checkbox"/>	
7. Durante os últimos 3 meses, em uma semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) você teve:	Nenhum dia <input type="checkbox"/>	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/>	3 ou 4 dias <input type="checkbox"/>	Quase todos os dias <input type="checkbox"/>	Todos os dias <input type="checkbox"/>
8. Se você tem "chiado no peito", ele é pior de manhã?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>			

PARTE 2

Seção 1

Assinale 1 só quadrado para descrever a sua doença respiratória:

É o meu maior problema

Causa-me muitos problemas

Causa-me alguns problemas

Não me causa nenhum problema

Se você já teve um trabalho pago, assinale um dos quadrados: (passe para a seção 2, se você não trabalha)

Minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar

Minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho

Minha doença respiratória não afeta (ou não afetou) o meu trabalho

Seção 2

As repostas abaixo referem-se às atividades que normalmente lhe têm provocado falta de ar nos últimos dias. Assinale com um "x" cada questão abaixo, indicando a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com o seu caso:

	Concordo	Não concordo
Sentado/a ou deitado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomando banho ou vestindo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminhando dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminhando em um terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subindo um lance de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subindo ladeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticando esportes ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 3

Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e a sua falta de ar nos últimos dias. Assinale com um "x" cada pergunta abaixo, indicando a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com seu caso:

	Concordo	Não concordo
Minha tosse causa-me dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha tosse me cansa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho falta de ar quando falo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenho falta de ar quando me inclino para a frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha tosse ou falta de ar perturba o meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico exausto/a com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 4 *Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória nos últimos dias. Assinale com um "x" cada questão abaixo, indicando a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com seu caso:*

	Concordo	Não concordo
Minha tosse ou falta de ar me deixam envergonhado/a em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha doença respiratória é inconveniente para minha família, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho medo, ou mesmo pânico quando não consigo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que a minha doença respiratória escapa ao meu controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não espero nenhuma melhora da minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha doença me debilitou fisicamente, o que faz com que eu precise da ajuda de alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer exercício é arriscado para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo o que eu faço parece ser um esforço muito grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 5 *Perguntas sobre sua medicação. Caso não tenha medicação, passe para a seção 6. Assinale com um "x" cada pergunta abaixo, indicando a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com seu caso:*

	Concordo	Não Concordo
Minha medicação não está me ajudando muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico envergonhado/a ao tomar medicamentos em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha medicação me provoca efeitos colaterais desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Minha medicação interfere muito com o meu
dia-a-dia

Seção 6

As perguntas seguintes se referem às atividades que podem ser afetadas pela sua doença respiratória. Assinale com "x" cada pergunta abaixo, indicando a resposta "concordo", se pelo menos uma parte da frase se aplica ao seu caso; se não, assinale "não concordo".

	Concordo	Não concordo
Levo muito tempo para me lavar ou me vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demoro muito tempo ou não consigo tomar banho de chuveiro ou na banheira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando mais devagar que as outras pessoas, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demoro muito tempo para realizar as tarefas como o trabalho de casa, ou tem que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando subo um lance de escada, vou muito devagar, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se estou apressado/a ou caminho mais depressa, tenho que parar para descansar ou ir mais devagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade para desenvolver atividades como: subir ladeiras, carregar objetos subindo escadas, dançar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória tenho dificuldades para desenvolver atividades como: carregar grandes pesos, fazer "cooper", andar rápido (8km/h) ou nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade para desenvolver atividades como: trabalho manual pesado, correr, nadar rápido, ou praticar esportes muito cansativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 7

Nós gostaríamos de saber como sua doença respiratória habitualmente afeta seu dia a dia. Assinale com um "x" a resposta "concordo" ou "não concordo": (Não se esqueça que "concordo" só se aplica ao seu caso quando não puder fazer esta atividade devido à sua doença respiratória).

	Concordo	Não concordo
Não sou capaz de praticar esportes ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de sair de casa para me divertir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de fazer o trabalho de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de sair da cama ou da cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A lista seguinte descreve uma série de outras atividades que o seu problema respiratório pode impedir você de realizar (Você não tem que assinalar nenhuma das atividades, pretendemos apenas lembrá-lo/la das atividades que podem ser afetadas pela sua falta de ar).

- Dar passeios a pé ou passear com o seu cachorro
- Fazer o trabalho doméstico ou jardinagem
- Ter relações sexuais
- Ir à igreja, bar ou a locais de diversão
- Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumaça de cigarro
- Visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Por favor, escreva qualquer outra atividade importante que sua doença respiratória pode impedir você de fazer:

Assinale com "x" somente a resposta que melhor define a forma como você é afetado/a pela sua doença respiratória:

Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	Me impede de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer	Me impede de fazer a maioria das coisas que eu gostaria de fazer	Me impede de fazer tudo o que eu gostaria de fazer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Total: _____

ANEXO E – Miniexame do Estado Mental

NOME:

DATA:

AVALIADOR:

Orientação temporal (5 pontos)	Em que dia da semana estamos?	
	Que dia é hoje?	
	Em que mês estamos?	
	Em que ano estamos?	
	Qual a hora aproximada?	
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local nós estamos?	
	Que lugar é este aqui?	
	Em que bairro nós estamos, ou qual o nome de uma rua próxima?	
	Em que cidade estamos?	
	Em que estado estamos?	
Memória imediata	CARRO, VASO TIJOLO	(3 pontos)
Atenção e cálculo	100-7 sucessivos (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65)	(5 pontos)
Evocação	Recordar as três palavras	(3 pontos)
Nomeação	RELÓGIO, CANETA	(2 pontos)
Repetição	“Nem aqui, nem ali, nem lá”	(1 ponto)
Comando	“Pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio. Coloque-o no chão”	(3 pontos)
Leitura	“Feche os olhos”	(1 ponto)
Frase	Escreva uma frase	(1 ponto)
Copiar um desenho (1 ponto)		

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Fisioterapia e Reabilitação

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
--

O presente termo tem por finalidade convidá-lo a participar voluntariamente de uma pesquisa com o objetivo de analisar as repercussões da fisioterapia na vida de pacientes com doença pulmonar. Este estudo se justifica pela importância de compreender como cada pessoa interpreta sua condição de saúde a partir do tratamento fisioterapêutico. Este projeto de pesquisa é intitulado **“Repercussões do tratamento fisioterapêutico na qualidade de vida de pneumopatas: a percepção do paciente”**. Será desenvolvido pela fisioterapeuta Raiana Ciscato Bressan, com supervisão da professora Dr^a. Marisa Pereira Gonçalves, do curso de Fisioterapia da UFSM.

Inicialmente será aplicado o teste Miniexame do Estado Mental, que é composto por 19 questões e serve para avaliar sua memória, atenção, coordenação motora e habilidade de entender e responder à algumas perguntas. Na sequência iremos anotar alguns de seus dados pessoais como nome, idade, escolaridade, profissão, local de residência, diagnóstico, se fumou durante a vida e se houve internações hospitalares no último ano. Após isso, será feito um questionário para avaliar como está a sua qualidade de vida, chamado de *Saint George's*, onde há itens que avaliam seus sintomas respiratórios, se tem alguma atividade que fica limitada por seus sintomas, como isso interfere no seu dia-a-dia e nos relacionamentos com as pessoas.

Na sequência será realizada uma entrevista, na forma de uma conversa, onde você poderá falar sobre questões de seu problema pulmonar, sobre o tratamento fisioterapêutico que realiza no ambulatório de fisioterapia, e como isto repercute na sua vida diária através de sua qualidade de vida. As entrevistas serão gravadas com um gravador de voz, para que as frases sejam passadas para o computador e analisadas. Na pesquisa você não será identificado pelo nome, e sim por um nome fictício, para preservar o anonimato e observar a conduta ética.

Durante a pesquisa, você poderá sentir algum constrangimento emocional por alguma pergunta ou pela gravação de voz, mas caso isso aconteça, você terá a liberdade de não responder e sair da pesquisa. Você poderá ser beneficiado com o estudo por poder falar sobre sua vida e relacioná-la com o tratamento de fisioterapia que está recebendo, assim também os

terapeutas poderão melhor atendê-lo, e contribuir cada vez mais com a melhoria na sua qualidade de vida.

O Sr (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, mesmo após ter começado as entrevistas, e isso não vai lhe trazer nenhum prejuízo. A sua participação neste estudo é voluntária e as informações obtidas sobre os seus dados pessoais são de caráter sigiloso, não acarretando nenhum risco moral ou físico para você. Os dados coletados servirão apenas para os fins propostos neste estudo e o seu arquivamento será durante cinco anos, no arquivo pessoal da professora responsável pela pesquisa, sendo que após este período, os mesmos serão destruídos. Você terá o direito de manter-se atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa e posteriormente, sobre os resultados finais do estudo.

O Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail da pesquisadora e de sua supervisora, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Profª. Drª. Marisa Pereira Gonçalves
Pesquisador Principal (UFSM)
Cel: (55)99356371
e-mail: masapg61@yahoo.com.br

Raiana Ciscato Bressan
Fisioterapeuta
Cel: (55)91815543
e-mail: raiana_sb@hotmail.com

Declaro estar ciente e de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____
(assinatura)

Santa Maria, _____ de _____ de 2014

Qualquer dúvida, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, pelo endereço:
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética.
Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria/RS.
Tel.: (55)32209362 - Fax: (55)32208009.

APÊNDICE B – Matriz da entrevista narrativa semi-estruturada individual

- **Patologia**

- Tempo de diagnóstico
- Sintomas apresentados no descobrimento da doença
- Sintomas atuais
- Tratamentos realizados

- **Fisioterapia**

- Encaminhamento
- Tempo em que realiza tratamento fisioterapêutico
- Frequência
- Motivações para o tratamento fisioterapêutico
- Relação fisioterapia-saúde funcional
 - Sinais e sintomas (tosse, expectoração, dispneia, dor torácica)
 - Atividades de vida diária (higiene pessoal, atividades domésticas, vestir-se, alimentar-se, levantar-se da cama/cadeira, agachar-se)
 - Atividades de lazer
 - Relação conjugal (sexual)
 - Subir escadas; caminhar longas/médias distâncias, prática de atividade física
 - Qualidade do sono
 - Atividade laboral
 - Relações sociais/atividades comunitárias
 - Convivência familiar