

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

Humberto Molinari

**DIMINUINDO DISTÂNCIAS: INOVAÇÕES ORIENTATIVAS NA
ABORDAGEM DOS PACIENTES AMBULATORIAIS VISANDO
MELHORAR A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DE PATOLOGIAS
GASTROENTEROLÓGICAS**

**São Caetano do Sul
2022**

HUMBERTO MOLINARI

**DIMINUINDO DISTÂNCIAS: INOVAÇÕES ORIENTATIVAS NA
ABORDAGEM DOS PACIENTES AMBULATORIAIS VISANDO
MELHORAR A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DE PATOLOGIAS
GASTROENTEROLÓGICAS**

**Trabalho Final de Curso apresentado ao
Programa de Pós-Graduação Mestrado
Profissional Inovação no Ensino Superior em
Saúde da Universidade Municipal de São
Caetano do Sul como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Ensino em
Saúde.**

**Área de concentração: Inovações
Educativas em Saúde Orientada pela
Integralidade do Cuidado.**

Orientadora: Profa. Dra. Amanda Costa Araujo

**São Caetano do Sul
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

MOLINARI, Humberto

Diminuindo distâncias: inovações orientativas na abordagem dos pacientes ambulatoriais visando melhorar a aderência ao tratamento de patologias gastroenterológicas / Humberto Molinari. – São Caetano do Sul: USCS, 2022.

80 p.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Amanda Costa Araujo.

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2022.

1. Aprendizagem. 2. Integralidade em saúde. 3. Aderência ao tratamento. 4. Dispepsia funcional. 5. Gastrite. I. Título. II. Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul
Prof. Dr. Leandro Campi Prearo**

**Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa
Profa. Dra. Maria do Carmo Romeiro**

**Gestor do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no
Ensino Superior em Saúde
Prof.^a Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia**

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 28/06/2022 pela Banca Examinadora constituída pelos(as) professores(as):

Profa. Dra. Amanda Costa Araujo (USCS)

Prof. Dr. Daniel Leite Portella (USCS)

Profa. Dra. Mariana Lucas da Rocha Cunha (Hospital Albert Einstein)

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, os primeiros a me ensinar que o caminho correto na vida passa obrigatoriamente por uma boa educação, repleta de aprendizagens; com vários parceiros nessa jornada, como o carinho, a dedicação e muito amor.

Aos meus filhos, maiores incentivadores nessa etapa. Vinícius, hoje já colega de profissão, e Maria Fernanda, futura colega médica, meus desejos de que sejam felizes ao longo dessa jornada chamada vida.

E também dedico esse Trabalho à minha digníssima mulher, minha Valéria. Esposa, mãe de nossos filhos e minha grande companheira, confidente, cúmplice e amiga em todas as horas. Não é fácil aguentar esse seu homem, eu sei, mas sem você não teria feito nada e tudo não teria sentido. Te amo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os Professores do Mestrado Profissional, que de certa maneira propiciaram o meu desenvolvimento na área de Ensino em Saúde.

Agradeço aos meus pacientes, que aceitaram participar do meu estudo e contribuíram diretamente na minha convicção da necessidade de ajudar sempre.

Agradeço aos meus colegas da T3 do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde por sempre manterem o moral alto em tempos de COVID.

E, por fim, agradeço imensamente à minha Orientadora, Profa. Dra. Amanda Costa Araújo, que teve uma paciência enorme comigo, entendendo minhas dificuldades num mundo diferente para mim e soube me transferir confiança para aprender coisas novas necessárias para percorrer o caminho do conhecimento.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”
(Albert Einstein)

“Aprendemos quando compartilhamos experiências.” (John Dewey)

RESUMO

Introdução: O ambulatório tem como função primordial dar continuidade aos atendimentos de casos encaminhados das unidades básicas de atendimento à população. Dentre as patologias mais frequentes na área de gastroenterologia destacam-se as dispepsias funcionais e as gastrites. Um problema observado na experiência do atendimento ambulatorial é que a aderência ao tratamento preconizado pelo médico ao paciente em muitas vezes pode ser comprometida pelo distanciamento temporal (delta T consulta) entre a primeira consulta e o retorno. **Objetivos:** Propor novas abordagens para melhorar a aderência dos pacientes ao tratamento preconizado para dispepsias funcionais e gastrites. **Método:** Estudo qualitativo, com envio de vídeos orientativos, para pacientes com dispepsia funcional e gastrite. Este estudo foi realizado nas dependências do ambulatório regional de especialidades de saúde. Foram direcionados 3 vídeos orientativos, por WhatsApp, um por semana, ao longo de 3 semanas após a primeira consulta de cada paciente. **Resultados:** A amostra abrangeu 50 pacientes, com dados coletados entre os meses de março a outubro de 2021. Foram 35 pacientes do sexo feminino (70%) e 15 do sexo masculino (30%). A média de idade foi de 55,7 anos ($\pm 15,3$). A predominância (48%) teve como nível de escolaridade o ensino médio. Todos obtiveram o diagnóstico inicial de dispepsia a esclarecer, sendo que a maior parte foi de algum tipo de gastrite (62%) no diagnóstico final. Também foi avaliado o Delta T consulta, com média de 10,6 semanas ($\pm 1,9$). O questionário pré-vídeos, de 4 perguntas, foi respondido, evidenciando que 30% dos pacientes ficam em dúvida sobre sua doença e em relação ao tratamento e aguardam o retorno a uma nova consulta para dirimir essas dúvidas com seu médico. No questionário pós-vídeos, de 9 perguntas, as respostas mostraram que 82% dos pacientes melhoraram com o tratamento, 44% reportaram mudança alimentar como importante para a melhora, 98% entenderam os vídeos, 74% acharam que o método poderia ser utilizado para outras especialidades e 90% indicariam esse método para outras pessoas. **Discussão:** Compararam-se os dados da caracterização dos pacientes com aspectos da prevalência nacional e estatísticas internacionais recentes, mostrando similaridade e compatibilidade. Na análise dos resultados das respostas ao questionário pré-vídeos foi observado que o grande espaçamento entre uma consulta e outra compromete o entendimento dos pacientes, dificultando sua aderência ao tratamento; no segundo questionário, pós-vídeos, ficou evidente que os pacientes se sentiram mais próximos do saber médico pelas informações recebidas nos vídeos. Procurou-se também discutir comparativamente com outros estudos na literatura, observando-se críticas construtivas e comparações favoráveis, assim como futuros encaminhamentos, como validação dos textos orientativos e dos vídeos orientativos. **Conclusão:** A orientação ao paciente é fundamental como estratégia para o melhor entendimento de sua doença e o tratamento proposto pelo médico. Uma abordagem inovadora para isso é apresentada através do produto resultante do estudo deste trabalho. Pôde ser observado que o produto estimulou uma melhor relação médico-paciente. Estudos com uma casuística maior que a utilizada poderá no futuro dar validação aos textos orientativos, vídeos orientativos e questionários utilizados.

Palavras-chave: aprendizagem; integralidade em saúde; aderência ao tratamento; dispepsia funcional; gastrite.

ABSTRACT

Introduction: The primary function of the outpatient clinic is to provide continuity to the care of cases referred from the basic units of care to the population. Among the most frequent pathologies in the field of gastroenterology, functional dyspepsia and gastritis stand out. A problem observed in the experience of outpatient care is that adherence to the treatment recommended by the doctor to the patient can often be compromised by the temporal distance (delta T consultation) between the first consultation and the return. **Objectives:** To propose new approaches to improve patients' adherence to the recommended treatment for functional dyspepsia and gastritis. **Method:** Qualitative study, with sending of guidance videos, for patients with functional dyspepsia and gastritis. This study was carried out on the premises of the regional health specialties outpatient clinic. Three guidance videos were directed by WhatsApp, one per week, for 3 weeks after each patient's first consultation. **Results:** The sample included 50 patients, with data collected between March and October 2021. There were 35 female patients (70%) and 15 male patients (30%). The mean age was 55.7 years (± 15.3). The predominance (48%) was high school. All had the initial diagnosis of dyspepsia to be clarified, and most were of some type of gastritis (62%) in the final diagnosis. Delta T consultation was also evaluated, with a mean of 10.6 weeks (± 1.9). The pre-video questionnaire, with 4 questions, was answered, showing that 30% of the patients are in doubt about their disease and regarding the treatment and wait for the return to a new appointment to resolve these doubts with their doctor. In the 9-question post-video questionnaire, the answers showed that 82% of patients improved with the treatment, 44% reported dietary changes as important for improvement, 98% understood the videos, 74% thought the method could be used for other specialties and 90% would recommend this method to other people. **Discussion:** Data from the characterization of patients were compared with aspects of national prevalence and recent international statistics, showing similarity and compatibility. In the analysis of the results of the responses to the pre-video questionnaire, it was observed that the large spacing between one appointment and another compromises the understanding of the patients, making it difficult for them to adhere to the treatment and in the second post-video questionnaire it was evident that the patients felt closer to the medical knowledge for the information received in the videos. We also sought to discuss comparatively with other studies in the literature, observing constructive criticisms and favorable comparisons, as well as future referrals such as validation of guidance texts and guidance videos. **Conclusion:** Patient orientation is fundamental as a strategy for a better understanding of their disease and the treatment proposed by the doctor. The initial objectives of bringing medical knowledge closer to the patient were achieved. It could be observed that the product stimulated a better doctor-patient relationship. Studies with a larger sample than the one used may, in the future, give validation to the guidance videos, guidance texts and questionnaires used.

Keywords: learning; comprehensiveness in health; adherence to treatment; functional dyspepsia; gastritis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas, marco temporal, evento e situação do estudo	26
Quadro 2 - Texto orientativo 1 – Dicas de Alimentação	37
Quadro 3 - Texto orientativo 2 – DICAS ANTIESTRESSE.....	38
Quadro 4 - Texto orientativo 3 – ORIENTAÇÕES DE MEDICAMENTOS E EXAMES	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Casos atendidos no ambulatório de gastroenterologia.....	18
Tabela 2 – Casos atendidos na área de estômago no ambulatório de gastroenterologia.....	18
Tabela 3 – Caracterização dos pacientes em relação a idade, sexo, escolaridade, diagnóstico inicial, diagnóstico final e delta T	28
Tabela 4 – Questionário pré-vídeos orientativos	29
Tabela 5 – Questionário pós-vídeos orientativos	31

LISTA DE SIGLAS

AMA - Assistência Médica Ambulatorial

ARES - Ambulatório Regional de Especialidades de Saúde

HRS - Hospital Regional Sul

OMS – Organização Mundial de Saúde

SMS – Service Messaging Short (Serviço de Mensagens Curtas)

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Contexto	15
1.2 O Ambulatório	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 Patologias Gastroenterológicas	17
2.2 “Diminuindo Distâncias”	19
2.3 O Delta T consulta.....	20
2.4 Problemas do Delta T consulta Longo	21
3 MÉTODO	23
3.1 Tipo de Estudo	23
3.2 Aspectos Éticos.....	23
3.3 Local e População do Estudo.....	23
3.4 Critérios de Elegibilidade.....	24
3.5 Questionários pré e pós vídeos orientativos	24
3.6 Delineamento do Estudo.....	24
3.7 Análise Estatística	27
4 RESULTADOS	28
5 DISCUSSÃO	33
6 PRODUTO	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE A	46
APÊNDICE B	47
APÊNDICE C	48
APÊNDICE D - PRODUTO	51
ANEXO A	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

Em um ambulatório do Sistema Único de Saúde – SUS – existem dois atores principais: o paciente e o médico. Os dois se encontram em um cenário: a consulta médica. E foi nesse palco que percorremos nosso caminho ao longo deste trabalho.

Nossa preocupação foi verificar se o distanciamento entre uma consulta e outra provocava dificuldades para os pacientes na condução do tratamento clínico de algumas patologias (também levando-se em conta todos os problemas de logística consequentes da pandemia do COVID-19) e no que isso influenciava. Essa situação levou ao entendimento de um ponto forte decorrente da consulta médica, que é a adesão ao tratamento pelos pacientes ambulatoriais, que tem importantes implicações clínicas e sociais. Vamos considerar nesse contexto a sinonímia existente entre as palavras adesão e aderência segundo Rocha (2005), no site Ciberdúvidas da língua portuguesa, pois ambas exprimem a ideia de ligação, apesar de entendermos que adesão seja um aceite a uma determinada situação, a curto prazo, e aderência pode ser relacionada a essa situação, porém a longo prazo.

Um trabalho interessante revelou, em 2006, serem poucos os estudos existentes sobre adesão ao tratamento medicamentoso em doenças gastrintestinais crônicas. Além disso, mostrou um baixo grau de adesão ao tratamento prescrito (DEWULF *et al.*, 2006). De lá para cá, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou que a não adesão aos tratamentos propostos a longo prazo pela população girava em torno de 50% (TAVARES *et al.*, 2013), uma vez que vários fatores podem ser relacionados a essa baixa adesão. No contexto educacional, as práticas direcionadas à mudança no dia a dia dos pacientes e o papel do autocuidado são fatores que têm grande importância (BORGES, PORTO, 2014). Outro fator bastante significativo em relação à adesão ao tratamento é que grande parte dos pacientes tem dificuldades no entendimento das informações médicas passadas em uma consulta. Nesses casos a adesão fica prejudicada, já que os pacientes não conseguem seguir o tratamento recomendado (NEEMAN *et al.*, 2012).

Na literatura encontramos outro relato interessante, como aponta Suárez (2017), mostrando as dificuldades dos pacientes em cumprirem o planejado por seu médico na terapia da enfermidade. Consequências dessas dificuldades, que

proporcionam uma não aderência ao tratamento proposto, podem ser vistas em Busnello *et al.* (2001), apontando prejuízos aos pacientes, em que relatam desde graves sequelas até mesmo a morte.

1.2 O Ambulatório

O ambulatório de gastroenterologia do Ambulatório Regional de Especialidades de Saúde (ARES), ligado ao Hospital Regional Sul (HRS), um hospital público estadual, situado na cidade de São Paulo, atende de 120 a 180 pacientes por mês, entre casos novos e retornos. São casos relacionados às mais diversas patologias da especialidade. Dentre as áreas presentes, as patologias do estômago são as mais frequentes. Nessas patologias destacam-se as dispepsias funcionais e as gastrites.

Na área assistencial em saúde no SUS, um ambulatório de especialidade costuma ser parte de um grande centro de referência em uma determinada região. Dele participam um ou mais médicos especialistas que possuem à sua disposição vários outros profissionais da Saúde (assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros e médicos de variadas especialidades). Esse ambulatório tem como função primordial dar continuidade aos atendimentos de casos encaminhados das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA), via sistema regulador de agendamento de consultas médicas. Daí sua importância na continuidade do atendimento aos pacientes encaminhados pelas unidades de saúde primárias, pois dispõe de especialistas que irão dar continuidade à abordagem diagnóstica e conduzir o tratamento especializado.

Dessa forma, este trabalho se propôs a apresentar inovações na abordagem dos pacientes para a melhoria do atendimento ambulatorial, fator esse previsto nas Diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). O objetivo foi ofertar aos pacientes textos e vídeos orientativos. Além disso, acreditou-se que após o fornecimento dessas ferramentas orientadoras aos pacientes os mesmos adquirissem informações suficientes para melhorarem a aderência ao tratamento das patologias gástricas elencadas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Patologias Gastroenterológicas

A palavra dispepsia tem origem na língua grega e significa “*dys* = difícil” e “*peptein* = digestão”, ou seja, é uma digestão difícil. De acordo com os critérios estabelecidos no último consenso mundial da especialidade de gastroenterologia, o Roma IV, realizado em maio de 2016, a dispepsia funcional pode ser definida como uma possibilidade da existência de duas situações: a dor epigástrica e o desconforto pós-prandial, sem sinais de exames de imagens ou endoscópicos de lesão orgânica presente (SCHMULSON; DROSSMAN, 2017). Pertence a um grupo de sintomas gastrointestinais superiores e que não possuem causa orgânica evidenciada, apresentando uma endoscopia digestiva alta normal (SUZUKI, 2021).

Já a gastrite (inflamação da mucosa gástrica) e seus diversos tipos possuem várias causas, dentre as quais destaca-se a presença da bactéria *Helicobacter Pylori* (BRASIL, 2019). As gastrites, aguda ou crônica, possuem classificações anátomo-patológicas, que são feitas baseadas nos exames endoscópicos (DIXON *et al.*, 1996). Classificações atuais também englobam conceitos clínicos, endoscópicos e anátomo-patológicos, com presença ou não da bactéria *H. Pylori* (SCHMULSON; DROSSMAN, 2017). As gastrites foram consideradas a quarta patologia mais frequente na população em geral, respondendo por 31% das patologias gastroenterológicas (ADAMI *et al.*, 1984). Mais recentemente, a prevalência e frequência das gastrites de uma maneira geral têm diminuído, em virtude de melhora diagnóstica e tratamentos (SIPPONEN; MAAROOS, 2015).

A inclusão da dispepsia funcional dentro da área de doenças considerada por vezes crônicas baseia-se no fato de que dois terços das pessoas com distúrbios gastrintestinais funcionais (e a dispepsia funcional se encaixa aqui) apresentam sintomas flutuantes e crônicos (BLACK *et al.*, 2020). Nesse mesmo trabalho, os autores mostraram a importância do impacto dessa doença nos sistemas de saúde e na sociedade como um todo.

Na casuística de pacientes atendidos no ambulatório de gastroenterologia do ARES, entre 25/11/2019 e 19/03/2020, ocorreu um total de 422 casos (Tabela 1).

Tabela 1 – Casos atendidos no ambulatório de gastroenterologia

Patologias	Casos	Percentual (%)
Cavidade Oral	02	0,47
Esôfago	60	14,22
Estômago	254	60,20
Intestino Delgado	18	4,26
Intestino Grosso	30	7,11
Orificiais	04	0,95
Fígado	26	6,17
Vesícula Biliar	06	1,42
Pâncreas	02	0,47
Baço	01	0,23
Outras Áreas	16	3,79
Sem Patologias	03	0,71
Total	422	100,00

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Pode ser observado que o maior percentual de casos atendidos se refere às patologias do estômago, com 60,20%. Entre as patologias do estômago atendidas nesse mesmo período foi possível verificar que, dentre as doenças vistas, a dispepsia funcional e as gastrites têm percentual destacado (Tabela 2).

Tabela 2 – Casos atendidos na área de estômago no ambulatório de gastroenterologia

Patologias	Casos	% Estômago	% Amb. Gastro
Dispepsia Funcional	85	33,47	20,14
Gastrites	128	50,40	30,33
Úlceras Pépticas Gástricas	08	3,15	1,90
Tumores Gástricos Benignos	23	9,05	5,45
Tumores Gástricos Malignos	02	0,78	0,47
Outras	08	3,15	1,90
Total	254	100,00	60,19

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Esses percentuais observados encontram respaldo na literatura. Em estudos populacionais a prevalência de dispepsia funcional foi observada entre 11% e 29,2% da população global (MAHADEVA; KHEAN-LEE, 2006). Mais recentemente, essa prevalência global da dispepsia funcional mostrou-se entre 5% e 11% (FORD *et al.*, 2015).

2.2 “Diminuindo Distâncias”

Quando se fala em “Diminuindo Distâncias”, a ideia é de facilitar a aproximação entre os pacientes e o saber médico (nas figuras do paciente e do próprio médico) e, nesse caso, utilizar novas abordagens no sentido educacional, com a finalidade de proporcionar um maior entendimento aos pacientes quanto ao que precisam saber para terem melhor aderência ao tratamento proposto pelo médico para as suas doenças.

Na área da educação, o uso de certas tecnologias, como por exemplo vídeos orientativos (PLANTE *et al.*, 2016) e metodologias inovadoras de ensino, não mais deverão ser postergadas, mas sim incentivadas. É imperiosa a necessidade de propiciar ao paciente do SUS uma situação semelhante a que o pacientes do sistema de saúde suplementar e particular já dispõem: a atenção e respaldo frequentes de seu médico (STEINHUBL; MUSE; TOPOL, 2013). Além disso, melhorar a adesão ao tratamento trata-se de um novo paradigma a ser alcançado (MEIRA, 2004).

Estudos em que são implementados certos instrumentos ou programas de interação médico-paciente apontam para uma maior satisfação, compreensão e confiança do paciente em seu médico (NEEMAN *et al.*, 2012). O envio de material orientativo com objetivos de estimular o ensino e a aprendizagem dos pacientes já era conhecido, através do uso de mensagens por celular para orientá-los em cuidados preventivos (VODOPIVEC-JAMSEK *et al.*, 2012). Mais recentemente, e especificamente na área do estudo, lembretes diários por SMS podem melhorar a aderência e a eficácia do tratamento naqueles com dispepsia funcional (WANG *et al.*, 2020); também a abordagem de pacientes diabéticos por mensagens de texto foi relatada em outros países (BASU *et al.*, 2021).

Este trabalho inspirou-se em uma situação-exemplo. Em uma consulta, um médico pede exames, orienta, explica e prescreve um tratamento para um paciente com dispepsia (BRAGA *et al.*, 2013). O referido paciente, nos primeiros dias após essa consulta, fica preocupado por não conseguir marcar uma endoscopia e não se atenta em ter tempo para exercer atividades físicas orientadas pelo médico. Não pôde adquirir o medicamento prescrito pelo fato de que a entrega deste foi suspensa no posto de saúde. Seu estado se agrava, pioram suas dores, não consegue antecipar seu retorno ao médico e acaba indo na emergência do Hospital, com úlcera perfurada e precisando ser operado.

Também a efeito de observação, é importante comentar a indisponibilidade de ferramentas diárias, na maioria dos casos de atendimento ambulatorial do SUS ou até mesmo institucionalizados, para que pacientes e médicos possam interagir objetivando dirimir dúvidas e equacionar problemas de maneira mais rápida. Essa preocupação tem sido constante entre os profissionais de saúde e até mesmo no Sistema de Saúde? Talvez o aumento do sofrimento e do risco de morte do paciente operado, assim como dos gastos na situação apresentada, possam ajudar nessas observações (ROCHA, 2003). Afinal, uma simples mudança de medicação e algumas palavras de reorientação de conduta dadas pelo médico poderiam ter evitado a evolução desfavorável da situação daquele paciente (CROITOR, 2010).

Aliás, outra situação observada na experiência do atendimento ambulatorial é que a aderência ao tratamento preconizado pelo médico ao paciente melhora com um retorno mais próximo e frequente (BERGEL; GOUVEIA, 2005). Logo, se pressupõe que essa aderência pode estar comprometida pelo distanciamento temporal entre a primeira consulta e o retorno, aqui chamado Delta T consulta.

2.3 O Delta T consulta

Tomemos emprestado da Física um conceito em Cinemática para denominar nosso distanciamento temporal. O Delta T consulta representa a variação do tempo final (aqui nomeado retorno da primeira consulta), subtraído do tempo inicial (primeira consulta). Essa variação do tempo é o intervalo (PASSEIWEB, 2020). Esse intervalo alargado de tempo entre uma consulta e o retorno, com suas devidas consequências negativas, já vinha sendo observado, tanto que foi objeto de análise e tomada de decisão por parte da Prefeitura Municipal de São Paulo em disponibilizar a possibilidade de agendamento de retorno imediatamente após a saída do paciente de uma consulta ambulatorial (SÃO PAULO, 2016).

Atualmente, em tempos de pandemia pelo COVID-19, no âmbito do SUS, esse distanciamento temporal ficou mais evidente pois, com a quarentena, muitos pacientes ficaram sem retorno em virtude da suspensão das consultas eletivas em vários ambulatórios, sem previsão de marcação ou remarcação de uma nova consulta. Em virtude disso, uma gama enorme de pacientes não tem tido oportunidade de reencontrar seu médico e transmitir essas informações. As consequências disso veremos em um futuro que, todos esperam, esteja próximo.

Na dinâmica dos atendimentos ambulatoriais do SUS são observados dois aspectos importantes:

- a) Após a primeira consulta, os retornos acontecem geralmente entre 30 e 60 dias. Esse intervalo, entre a primeira consulta e o retorno, pode ser chamado de distanciamento temporal ou “Delta T consulta”;
- b) Muitas vezes são observados na consulta de retorno vários problemas de aderência ao tratamento, preconizados pelo médico, por parte dos pacientes. Aliado a isso foi visto, em um estudo realizado no Canadá, que 54% das queixas e 45% de preocupações passam despercebidas pelos médicos durante uma consulta. Também, a percepção do paciente muitas vezes é a de que não conseguiram em uma consulta transmitir ao médico os seus problemas (SIMPSON *et al.*, 1991).

2.4 Problemas do Delta T consulta Longo

Em determinadas especialidades, esse Delta T consulta é muito longo para poder ter certeza de que o paciente está se tratando corretamente, realizando as tarefas a ele destinadas pelo médico, ou mesmo se entendeu todas as orientações de maneira acertada e está efetivamente fazendo o preconizado. Em muitos casos, só se fica sabendo muito tempo depois, no primeiro retorno, e então descobre-se que algo de errado aconteceu. É visto que o paciente não fez o básico, acha que o tratamento não prestou para ele, quer trocar medicação e/ou quer novos exames (LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011). Nesse momento, frente às dúvidas e questionamentos do paciente, nos damos conta de que uma simples explicação ou orientação poderia ter corrigido o rumo do tratamento (TAVARES *et al.*, 2016).

Essa situação, de uma certa maneira, já vinha sendo observada no ARES. Há um intervalo grande de “tempo perdido” no qual o médico fica sem saber o que está acontecendo com o paciente e sem poder intervir mais precocemente caso algo não esteja a contento. O paciente também não tem outra oportunidade, a não ser no retorno distante, de interpelar seu médico para o necessário ajuste de tratamento, fato esse que somente poderá ser considerado na consulta de retorno. Essas nuances pertinentes de nosso sistema de atendimento corroboram para vários problemas, destacando-se a falta de aderência ao tratamento (LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011).

O acesso facilitado às informações, visando um entendimento por parte do paciente às nuances e especificidades de sua doença, tem sido alvo a ser atingido nas estratégias abordadas para melhorar o tratamento dos pacientes. Temos observado nesse campo o avanço das consultas eletrônicas, a e-consulta (VENKATESH *et al.*, 2019). Trata-se uma nova abordagem do paciente por telemedicina, onde conceitos e mensagens são passados para melhor entendimento do paciente em determinada área, no caso, a gastroenterologia. Também têm sido enviadas mensagens de texto aos pacientes ambulatoriais, no intuito de ajudá-los no preparo de exames específicos, como uma colonoscopia (MAHMUD *et al.*, 2021).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Esse estudo é quali-quantitativo. A parte do estudo quantitativo foi realizada com os dados de caracterização da amostra por meio de número absoluto (porcentagem) ou média (desvio padrão). A parte do estudo qualitativo foi desenvolvida com dois questionários pré e pós-vídeos orientativos desenvolvidos pelos próprios autores com possibilidades de respostas abertas. Além disso, foram oferecidos aos pacientes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), textos e vídeos orientativos. Os pacientes que se submeteram ao estudo foram diagnosticados com dispepsia funcional ou gastrites. As etapas desse estudo seguem explicadas na tabela 3.

3.2 Aspectos Éticos

O presente estudo foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética local, aprovado pelo número 4.569.121, de acordo com as normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos (ANEXO A). Todos os participantes foram convenientemente informados sobre a proposta do estudo e procedimentos aos quais foram submetidos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

3.3 Local e População do Estudo

Este estudo foi realizado nas dependências do ARES. O TCLE foi assinado pelos pacientes elencados. Os textos orientativos foram explicados e entregues pelo médico aos pacientes na consulta inicial. Os questionários foram fornecidos aos pacientes e por eles respondidos, em momentos diferentes do estudo (pré e pós-vídeos orientativos).

Levando-se em conta a extensão da pandemia do COVID-19 e de todos os efeitos negativos dela (suspensão de assistência ambulatorial, dificuldades para marcação de consultas e retornos, etc.), mesmo assim contou-se com uma amostra de 50 (cinquenta) pacientes. Foram 3 vídeos orientativos (APÊNDICE A) disparados semanalmente, ao longo de 3 semanas após a primeira consulta de cada paciente. Mais uma vez ressaltamos que foram aplicados questionários pré e pós-vídeos orientativos (APÊNDICE B).

3.4 Critérios de Elegibilidade

Critérios de inclusão: fizeram parte do estudo todos os pacientes atendidos no ambulatório no período predeterminado, que tiveram diagnósticos de dispepsia funcional ou gastrite (qualquer tipo), com história clínica e acompanhamento ambulatorial de pelo menos 02 (dois) meses.

Critérios de exclusão: pacientes que se negaram a responder ao questionário ou que apresentaram outras patologias gastroenterológicas associadas.

3.5 Questionários pré e pós vídeos orientativos

Devido ausência de questionários na literatura que avaliassem a proposta deste estudo, os questionários pré e pós-vídeos orientativos foram formulados pelos próprios autores deste estudo. A possibilidade de respostas dos questionários é aberta para explorar ao máximo as respostas e aperfeiçoar o produto do estudo com as necessidades dos entrevistados.

O questionário pré vídeos orientativos é composto por 4 perguntas: 1. Quais informações você gostaria de receber para conseguir entender melhor seu problema de saúde e de como tratá-lo? 2. Quais suas maiores dificuldades que normalmente o levam a não aderir totalmente ao tratamento preconizado pelo seu médico? 3. O que você faz quando tem dúvidas no seu tratamento? 4. Em que lhe atrapalha o tempo entre uma primeira consulta sua e o seu retorno com o mesmo médico ser demorado (30 dias, por exemplo)? (APÊNDICE A).

O questionário pós vídeos orientativos é composto por 9 perguntas: 1. Você se sente melhor ou pior em relação a última consulta? 2. Por que você acha que melhorou ou piorou? 3. Você conseguiu assistir aos vídeos? Quantos vídeos você conseguiu assistir? 4. Você conseguiu seguir as orientações dos vídeos? O que conseguiu e que não conseguiu seguir? 5. Você entendeu os conteúdos e orientações dos vídeos? 6. Você ainda tem alguma dúvida relacionada a sua patologia? 7. Você se sentiu mais próximo do seu médico por meio dos vídeos? 8. Você acha que outras especialidades poderiam orientar por meio de vídeos? 9. Você indicaria esse método para outras pessoas? (APÊNDICE B).

3.6 Delineamento do Estudo

Em um primeiro momento (Momento 1) projetou-se um período de pouco mais de três meses para obter-se um número de pacientes a serem atendidos, visando

constituir material suficiente de casos necessários para o estudo. Para a etapa de levantamento de dados foram atendidos 422 pacientes no ambulatório de gastroenterologia; destes separaram-se os casos com diagnóstico de dispepsia a esclarecer (213 casos na área do estômago). Nessa etapa os diagnósticos foram feitos baseados no exame clínico e solicitados então os exames subsidiários (exames laboratoriais, endoscopia digestiva alta e ultrassonografia abdominal total).

No segundo momento (Momento 2) iniciou-se o estudo (Consulta 1 – contagem inicial do tempo para o Delta T consulta) no período de 01/06/2021 a 01/12/2021; nessa oportunidade explicou-se aos pacientes elencados com diagnósticos de dispepsia funcional e gastrites (obtidos pelos resultados dos exames) o estudo. Os pacientes responderam a dados sociodemográficos e ao questionário 1 (APÊNDICE A), pré-vídeos orientativos. Os dados coletados e a aplicação desse questionário foram efetuados por uma assistente social, em uma sala apropriada, que procurou se manter o mais neutra possível. Antes disso, os pacientes assinaram o TCLE, foram entregues a eles os textos orientativos pelo médico, bem como explicados detalhadamente durante a consulta. O tratamento proposto para as patologias relatadas baseou-se em orientações e medicações prescritas.

Após isso, no Momento 3, o paciente se ausentava do consultório por um período mínimo de 3 semanas. Enquanto isso, os vídeos orientativos foram enviados ao paciente por WhatsApp, sendo um por semana, nesta ordem: o primeiro foi de orientações alimentares; o segundo, na semana seguinte, sobre orientações antiestresse; o terceiro, sobre orientações de medicamentos e exames. Esses vídeos foram enviados aos pacientes por uma profissional de *marketing*, através das listas de telefones para contato.

Os vídeos foram previamente feitos, baseados na experiência médica do autor desta dissertação. Seus conteúdos, da mesma maneira que os textos orientativos, privilegiaram aquilo que mais se comenta nas consultas da área específica. Houve uma preocupação com explicações didáticas, de fácil linguajar, para um bom entendimento, bem como apresentados por outra pessoa e não o próprio médico, para evitar possíveis constrangimentos ao paciente. Essa pessoa também tinha uma boa dicção, era isenta e simpática, objetivando ser agradável ao paciente; foram confeccionados por profissionais das áreas de produção de vídeos, *marketing* e psicologia. O conteúdo programático dos vídeos orientativos consta no subitem produto desse projeto.

O período de tempo contado para a definição do Delta T consulta foi do Momento 2 ao Momento 4. Após a finalização do envio dos vídeos orientativos, os pacientes aguardaram a consulta de retorno.

Em sequência, no Momento 4, houve a consulta de retorno com o médico. Aqui ocorreu o feedback do tratamento proposto e, após a consulta, as respostas ao questionário pós-vídeos orientativos (questionário 2, APÊNDICE B), da mesma maneira que no primeiro questionário, com a participação novamente da assistente social. O Delta T consulta foi estabelecido e encerrou-se o estudo.

No quadro a seguir é possível ver o resumo de todas as etapas.

Quadro 1 – Etapas, marco temporal, evento e situação do estudo

ETAPAS	MARCO TEMPORAL	EVENTO	SITUAÇÃO
MOMENTO 1	- Amostragem selecionada de 213 pacientes dos 422 atendidos); - Exame clínico; - Solicitados exames diagnósticos (laboratoriais, EDA e USG abdominal total)	DIAGNÓSTICO INICIAL: Dispepsia a/e	Levantamento de casos
MOMENTO 2	<u>CONSULTA 1</u> - Explicação do estudo ao paciente; - Assinado TCLE, T.O. - Questionário pré V.O.	DIAGNÓSTICO FINAL: Dispepsia funcional / Gastrites	Iniciados o tratamento e o estudo propriamente dito. Contagem inicial do tempo para o Delta T consulta
MOMENTO 3	Envio dos V.O. aos pacientes	- 1ª. Semana: vídeo 1 (Dicas de Alimentação); - 2ª. Semana: vídeo 2 (Dicas Antiestresse); - 3ª. Semana: vídeo 3 (Orientações de Medicamentos e Exames).	Visualização dos vídeos orientativos pelos pacientes; Feito tratamento pelos pacientes.
MOMENTO 4	<u>CONSULTA 2</u> - Retorno do paciente;	- Feedback do tratamento; - Resposta ao Questionário pós V.O.	Finalizado estudo: contagem final do tempo para o Delta T consulta

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Dispepsia a/e = Dispepsia a esclarecer; EDA = Endoscopia Digestiva Alta; USG = Ultrassonografia; TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; T.O. = Textos Orientativos; V.O. = Vídeos Orientativos.

3.7 Análise Estatística

Por se tratar de um estudo quali-quantitativo os métodos de análise foram distintos. Para a parte do estudo quantitativo foi realizada a análise descritiva com auxílio do software SPSS versão 25. Os dados de caracterização da amostra foram apresentados por número absoluto, porcentagem, média e desvio padrão. Para a parte do estudo qualitativo foi realizada a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2011) para os questionários pré e pós-vídeos orientativos. Posteriormente, cada resposta foi analisada e categorizada em temas reportados pelos próprios entrevistados.

4 RESULTADOS

A amostra abrangeu 50 pacientes, com dados coletados entre os meses de março a outubro de 2021. Foram 35 pacientes do sexo feminino (70%) e 15 do sexo masculino (30%). A média de idade foi de 55,7 anos ($\pm 15,3$). A predominância (48%) possui como nível de escolaridade o ensino médio. Todos obtiveram o diagnóstico inicial de dispepsia a esclarecer, sendo que a maior parte foi de gastrite (62%) no diagnóstico final. Também foi avaliado o Delta T consulta, resultando na média de 10,6 semanas ($\pm 1,9$).

Tabela 3 – Caracterização dos pacientes em relação a idade, sexo, escolaridade, diagnóstico inicial, diagnóstico final e delta T

Pacientes (N=50)		
Idade, em anos (média, \pm)	55,7	($\pm 15,3$)
Sexo (frequência, %)		
Feminino	35,0	(70,0%)
Masculino	15,0	(30,0%)
Escolaridade (frequência, %)		
Ensino fundamental	21,0	(42,0%)
Ensino médio	24,0	(48,0%)
Ensino superior	5,0	(10,0%)
Diagnóstico inicial (frequência, %)		
Dispepsia a/e	50,0	(100,0%)
Diagnóstico final (frequência, %)		
Gastrite	31,0	(62,0%)
Dispepsia	19,0	(38,0%)
Delta T consulta, em semanas (média, \pm)	10,6	($\pm 1,9$)

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

As variáveis categóricas foram expressas em número e porcentagem (%). Os dados contínuos foram expressos em média e desvio padrão (\pm). Dispepsia a/e= Dispepsia a esclarecer; Delta T consulta = Intervalo de tempo entre a primeira consulta e o retorno.

A Tabela 4 representa as respostas do questionário pré-vídeos orientativos. A análise de conteúdo propôs a categorização das respostas representadas por número absoluto (porcentagem). A primeira pergunta refere-se à coleta de quais informações os pacientes gostariam de receber. Os percentuais maiores foram relacionados a dúvidas em relação à medicação (26%), seguidos da possibilidade de haver cura para sua doença (22%); informações sobre a alimentação (18%) e o tratamento (14%) também foram citadas. Em percentuais menores também apareceram interesse sobre

gastos, atividades físicas, existência de psicóloga, exame, existência de livros e revistas sobre o assunto. Duas respostas foram indiferentes.

Na segunda questão pode ser observado que as dificuldades em relação à aderência ao tratamento, falta de tempo (26%), compra de remédios caros (20%), falta de entendimento do que o médico falou (20%) e esquecimento de tomar remédio (18%) foram os mais citados. Também deve ser feita menção ao fato de o paciente melhorar e parar o tratamento (6%), falta de apoio familiar (4%), além de 1 paciente (2%) não ter conseguido parar de fumar.

Já na terceira pergunta, as dúvidas sobre o tratamento, 30% dos pacientes aguardam a consulta de retorno para perguntarem para o seu médico; já 28% procuram os amigos, vizinhos ou familiares para dirimirem suas dúvidas e 28% procuram na internet suas respostas. Já 8% não sabem e 2% leem a bula do medicamento.

Com relação à quarta pergunta, o problema do Delta T entre a primeira consulta e o retorno, o maior percentual refere-se ao paciente não saber se estaria fazendo as coisas certas durante o tratamento até a consulta de retorno (30%). Também foram relatados ansiedade (18%), desânimo (16%) e dificuldades para tirar dúvidas (16%).

Tabela 4 – Questionário pré-vídeos orientativos

Pacientes (N=50)	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Pergunta 1- Informações que gostaria de receber		
Dúvidas em relação à medicação	13,0	(26,0)
Possibilidade de haver cura	11,0	(22,0)
Dúvidas em relação à alimentação	9,0	(18,0)
Dúvidas em relação a informações de tratamento	7,0	(14,0)
Dúvidas em relação a gastos	3,0	(6,0)
Dúvidas em relação a atividades físicas	2,0	(4,0)
Indiferente	2,0	(4,0)
Dúvidas em relação a exames	1,0	(2,0)
Tratamento com Psicóloga	1,0	(2,0)
Livros e Revistas	1,0	(2,0)
Pergunta 2- Dificuldade para aderência ao tratamento		
Falta de tempo	13,0	(26,0)
Remédios caros	10,0	(20,0)

Falta de entendimento	10,0	(20,0)
Esquecer de tomar remédio	9,0	(18,0)
Melhor e paro o tratamento	3,0	(6,0)
Falta de apoio familiar	3,0	(6,0)
Cigarro	1,0	(2,0)
Não tenho dificuldades	1,0	(2,0)
Pergunta 3- Dúvidas sobre o tratamento		
Pergunto ao médico no retorno	15,0	(30,0)
Pergunto aos amigos, vizinhos ou familiares	14,0	(28,0)
Procuo na Internet	14,0	(28,0)
Não sei	4,0	(8,0)
Pergunto no posto (UBS)	2,0	(4,0)
Leio a bula do medicamento	1,0	(2,0)
Pergunta 4- Delta T entre consultas		
Não saber se está fazendo o certo	15,0	(30,0)
Fico ansioso pelos resultados dos exames	9,0	(18,0)
Dificuldades para tirar dúvidas	8,0	(16,0)
Desânimo sobre o tratamento	8,0	(16,0)
Os remédios acabam / Perda de receita	4,0	(8,0)
Esqueço o que foi dito	3,0	(6,0)
Não sei	2,0	(4,0)
Não tenho problemas	1,0	(2,0)

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

UBS = Unidade Básica de Saúde; Delta T consulta = Intervalo de tempo entre a primeira consulta e a consulta de retorno.

A Tabela 5 representa as respostas do questionário pós-vídeos orientativos. A análise de conteúdo propôs a categorização das respostas representadas por número absoluto (porcentagem). Observou-se que um grande percentual (82%) relatou se sentir melhor ou muito melhor; como fator de melhora, o item mais relatado (44%) foi alimentação. A maior parte dos pacientes, 72%, assistiu a todos os vídeos. Já 52% relataram ter seguido algumas orientações e 46% seguiram todas as orientações. O entendimento dos assuntos nos vídeos foi presente em 98% dos pacientes.

Os vídeos foram importantes para aplacar as dúvidas, fato relatado por 84% dos pacientes e a sensação de proximidade com o médico foi apontada por 82% dos mesmos. O interesse na possibilidade de receber materiais (vídeos orientativos) em

outras especialidades foi considerada por 74% dos pacientes. Além disso, 90% deles indicariam para outras pessoas esse método orientativo (Tabela 5).

Tabela 5 – Questionário pós-vídeos orientativos

Pacientes (N=50)	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Pergunta 1- Melhora ou piora clínica		
Melhor	37,0	(74,0)
Muito melhor	4,0	(8,0)
Mesma coisa	4,0	(8,0)
Um pouco melhor	3,0	(6,0)
Pior	2,0	(4,0)
Pergunta 2- Por que melhorou ou piorou		
Melhorei a alimentação	22,0	(44,0)
Sei que não é grave e fico mais tranquilo(a)	8,0	(16,0)
Estou me tratando melhor	6,0	(12,0)
Diminui a medicação	4,0	(8,0)
As dores diminuíram	2,0	(4,0)
Estou mais confiante	2,0	(4,0)
Comecei atividade física	1,0	(2,0)
Entendi o que o médico disse	1,0	(2,0)
Piorei porque não fiz o que deveria	2,0	(4,0)
Piorei pela ansiedade	1,0	(2,0)
Piorei pela falta de tempo	1,0	(2,0)
Pergunta 3- Assistiu aos vídeos orientativos		
Assisti 3 vídeos	36,0	(72,0)
Assisti 2 vídeos	8,0	(16,0)
Assisti 1 vídeo	6,0	(12,0)
Pergunta 4- Aderência aos vídeos orientativos		
Sigo algumas orientações	26,0	(52,0)
Sigo todas as orientações	23,0	(46,0)
Não consegui	1,0	(2,0)
Pergunta 5- Entendimentos dos vídeos orientativos		
Sim	49,0	(98,0)
Dúvidas	1,0	(2,0)
Pergunta 6- Dúvidas sobre a doença		
Não tenho dúvidas	42,0	(84,0)
Não sei	5,0	(10,0)
Tenho dúvidas	3,0	(6,0)
Pergunta 7- Aumentou a proximidade com o médico		
Sim	41,0	(82,0)
Não sei	7,0	(14,0)

Mais ou menos	2,0	(4,0)
Pergunta 8- Vídeos orientativos em outras áreas		
Sim	37,0	(74,0)
Não sei	13,0	(26,0)
Pergunta 9- Indicação do método		
Sim	45,0	(90,0)
Não sei	5,0	(10,0)

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

5 DISCUSSÃO

Para poder iniciar essa discussão é importante rever os objetivos deste trabalho, dentre os quais o principal é a “diminuição da distância temporal” entre uma consulta e outra, sendo que aqui essa distância poderia ser interpretada como uma aproximação do saber médico com paciente, fator imprescindível para o entendimento deste sobre sua doença e as formas de tratá-la. Outro objetivo da pesquisa é estabelecer uma abordagem inovadora orientativa, a fim de melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento proposto pelo médico na área de gastroenterologia ambulatorial, mais propriamente relacionada às patologias de dispepsia funcional e gastrites, o que levaria impreterivelmente ao sucesso do proposto. Faz-se mister analisar alguns resultados do estudo para saber se o esperado ocorreu.

É importante começar pela amostra, composta por 50 pacientes, que foi o possível dentro do universo que abrangeu 422 pacientes, atendidos em período pré-estipulado, em plena pandemia, com todos os problemas decorrentes da fase (tempo aumentado de retorno, períodos de suspensão de agendamentos, faltas acima do esperado). Cabe também destacar que esse número tecnicamente menor ocorreu devido, em grande parte, aos critérios de elegibilidade que admitiram pacientes com diagnóstico exclusivo de dispepsia funcional ou gastrites.

Com isso, o objetivo inicial foi focar em um tratamento direcionado, sem algumas possibilidades de viés ou influências nos resultados. O número maior de mulheres, a média de idade, assim como escolaridade, são compatíveis com a prevalência em dados nacionais (BRASIL, 2019). Com relação ao Delta T consulta, calculado em 10,6 semanas, podemos observar que foi um tempo longo. De acordo com a Resolução 1.958/2011, do Conselho Federal de Medicina, a prerrogativa de fixar prazos para retorno de consulta é do médico (CREMESP, 2022). Na prática, no entanto, sabemos que existem aspectos sociais e administrativos que são empregados para equacionar as demandas. No âmbito do SUS isso não é diferente e o prazo estipulado para retorno é de normalmente 30 dias.

Caracterizados os pacientes, passa-se às respostas do questionário pré-vídeos. Na primeira pergunta foi observado que mais de 22% dos pacientes gostariam de ver respondido o questionamento sobre a possibilidade de cura, fato esse não abordado nos vídeos; uma preocupação que se mostrou importante na percepção do

autor e que poderia ter sido melhor esclarecida, caso fosse levada em conta antes da preparação dos vídeos, já que os mesmos foram feitos previamente aos questionários.

Com relação à segunda pergunta, dificuldades para aderência ao tratamento, as respostas dadas vão de encontro ao observado em amplo estudo nacional (BRASIL, 2016). Neste estudo, destacar que para 20% dos pacientes houve falta de entendimento do que o médico falou (aqui evidenciada a carência de conhecimento do paciente e a não percepção disso pelo médico, bem como não explicação mais adequada do pretendido por parte deste). Além disso, um acesso facilitado às informações para propiciar melhor entendimento pelo paciente sobre sua doença e maneira de tratá-la deve estar no radar do médico (VENKASTESH *et al.*, 2019).

Aliás, ainda dentro da segunda pergunta, podemos observar várias respostas que nos mostram problemas levantados pelos pacientes como explicações para uma baixa aderência ao tratamento de sua doença; a falta de tempo para dedicação ao tratamento; remédios caros e não compatíveis com a capacidade econômica de alguns pacientes (quando não há similares em uma UBS); esquecimento de tomar remédios (fator esse quase nunca comentado em outros questionários); falta de apoio familiar (também de difícil relato nos questionários).

Já a falta de entendimento por parte dos pacientes (30%) geralmente tem a ajuda postergada até o próximo encontro com o médico, ou seja, durante um período de tempo considerável, o paciente não tenta outra maneira de ter acesso a certas informações importantes para ajustar seu tratamento. A maioria (56%), juntando as duas respostas, procura essa alternativa de melhor entendimento e informações junto aos amigos, vizinhos e familiares (28%), além da internet (28%). Não saber se está fazendo o certo em seu tratamento foi apontado por 30% dos pacientes como problema relacionado ao grande tempo entre uma consulta e outra (Delta T consulta longo). Essa demora também pode gerar ansiedade e desânimo, respostas dadas à quarta pergunta.

Já as respostas ao questionário pós-vídeos orientativos mostram, de uma maneira geral, a avaliação dos seguintes temas: percepção do paciente de sua situação relacionada à doença; aderência aos vídeos como parte do tratamento da doença; avaliação do produto (textos e vídeos); dúvidas sobre sua doença; diminuição da distância (maior aproximação com o médico – saber médico). Somando as respostas, uma melhora clínica substancial foi relatada por 82% dos pacientes tratados, sendo que a mudança dos hábitos alimentares foi a resposta dada por 44%

deles como responsável por essa melhora. Já 88% dos pacientes assistiram ao menos 2 vídeos e 98% procuraram seguir as orientações dos mesmos. Um grande entendimento desses vídeos foi observado, não deixando dúvidas para 84% das pessoas. Isso demonstrou que os vídeos foram fáceis, acessíveis e esclarecedores, um passo importante para demonstrarem sua efetividade como ferramenta educacional.

A percepção de uma maior proximidade com o médico foi relatada por 82% dos pacientes e isso também foi fator positivo no intuito de diminuir o distanciamento entre o saber médico e o conhecimento para entendimento da doença e do tratamento pelo paciente. Quando falamos de aderência aos vídeos ou aderência ao tratamento, temos que levar em conta parâmetros educacionais regionais, pois pode haver diferenças significativas. Comparações com parte da população americana, por exemplo, podem ser difíceis. O Departamento de Saúde dos Estados Unidos indica a importância da necessidade de os pacientes compreenderem e processarem informações médicas em saúde básica, e que o nível de escolaridade é muito importante para que isso ocorra (BAKER, 2018). Por fim, na indicação dos vídeos para outras áreas (74%) e do método (textos e vídeos) 90% das respostas foram consideradas como fortes indícios de aprovação do produto por parte dos pacientes.

Outro aspecto importante na discussão é realizar comparações que corroboram com a literatura. Existem fatores que podem ser relacionados como significantes na aderência ao tratamento proposto pelo médico, sendo eles: relação médico-paciente; educação em saúde; participação dos Órgãos de Saúde; formação do profissional da saúde; a própria doença (LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011). A propositura de criação de um produto direcionado dentro de uma abordagem orientativa inovadora no contexto de um ambulatório do SUS, para proporcionar maior interação médico-paciente, e ainda educação para entendimento de autoações para ajuda no tratamento pelos pacientes é condizente com uma linha adotada em várias partes do mundo, na área de educação dos pacientes em saúde (PROBERT; FRISBY; MAYBERRY, 1991; VENKATESH *et al.*, 2019).

O tratamento proposto para dispepsia funcional e gastrites encontra respaldo em artigos recentes que nos mostram formas de gerenciamento das diversas situações relacionadas a essas patologias (MOAYYEDI *et al.*, 2017; MOSSO *et al.*, 2020; SUZUKI, 2021). No entanto, a ausência de artigos científicos que utilizaram

essa metodologia de educação para pacientes com gastrites e dispepsias funcionais dificulta a comparação com a literatura.

Algumas críticas construtivas devem ser consideradas frente a certas limitações do estudo. Foi observada uma situação que poderia ter sido melhor contemplada no conteúdo dos vídeos: a preocupação dos pacientes em saber se suas doenças poderiam ser curadas. Esse tema não foi abordado nos vídeos, o que levou a perceber que teria sido melhor se os vídeos fossem feitos somente após as respostas ao primeiro questionário. Outro aspecto importante diz respeito ao número reduzido de pacientes elencados (já explicado pelas condições da pandemia) que, de certa maneira, não foi suficiente para poder extrapolar os dados do estudo para outras populações. Uma credibilidade maior poderia advir disso, bem como um padrão de referência ser criado. Em dispepsia funcional não foram levados em conta alguns tratamentos observados na literatura, como por exemplo o uso de antidepressivos, e seu impacto na aderência medicamentosa (XIU-JUAN Y *et al.*, 2021).

Alguns futuros encaminhamentos deverão ser pontuados, como a atualização na construção e validação dos vídeos orientativos, conforme orientações observadas em recomendação recente (LIMA *et al.*, 2017). Também não devemos esquecer da necessidade da abordagem sobre a cura dessas doenças, fator importante ressaltado nas respostas ao questionário pré-vídeos.

Em virtude da observação de que entre textos oferecidos e vídeos encaminhados aos pacientes os que mais obtiveram aceitação foram aqueles relacionados aos conhecimentos e informações alimentares, a proposta de elaboração de um questionário dietético que poderia ser agregado ao produto seria interessante. Isso poderá ser feito com o auxílio e participação do serviço de nutrição. Um motivador com relação a isso foi o encontro na literatura de um artigo em que um questionário dietético com a participação formal de uma nutricionista consegue identificar intervenções clínicas específicas importantes em uma alta parcela de pacientes gastroenterológicos (DUBIN *et al.*, 2016).

6 PRODUTO

Este trabalho teve a oportunidade de utilizar algumas ferramentas orientativas que possibilitaram uma abordagem junto aos pacientes do ambulatório de gastroenterologia elencados para a pesquisa. O material proposto se trata de um manual instrucional como produto para o Mestrado Profissional na área de ensino em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

O manual instrucional é composto de 03 (três) textos orientativos e 03 (três) vídeos orientativos com os temas dicas de alimentação, dicas antiestresse e orientações sobre exames e medicamentos. A confecção dos textos orientativos foi fruto de respaldo científico, da experiência adquirida pelo autor ao longo dos 33 anos de exercício como médico formado e de muitos anos dedicados ao atendimento ambulatorial. Desta atividade surgiram várias situações que foram acumuladas como achados interessantes, dúvidas dos pacientes, diferentes abordagens individuais e que serviram também de base na construção dos vídeos orientativos.

Seguem abaixo os textos orientativos entregues aos pacientes.

Quadro 2 - Texto orientativo 1 – Dicas de Alimentação

<p>ALIMENTOS PERMITIDOS E INDICADOS (FACILITAM A DIGESTÃO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vegetais em geral (verduras e legumes, de preferência cozidos); • Frutas: maçã, mamão, pera, manga, etc.; • Carnes sem gordura, frango e peixes (assados, grelhados ou cozidos); • Grãos integrais; • Chás (camomila, erva-doce, erva cidreira); • Café descafeinado;
<p>EVITAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Café e chá preto; • Leite e queijos amarelos; • Refrigerantes; • Bebidas alcoólicas; • Sucos de frutas ácidas (limão, laranja, abacaxi); • Molho de tomate; • Embutidos; • Frituras; • Alimentos condimentados (com pimenta).
<p>COMER COM MODERAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz, feijão; • Ovo cozido; • Massas ou alimentos farináceos; • Queijos brancos (ricota, minas); • Doces, chocolates, guloseimas (balas) – CUIDADO COM O DIABETES!!
<p>OUTRAS DICAS ÚTEIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comer entre refeições uma fruta (3 em 3 horas); • Evite ingerir líquidos durante as refeições; • Evite deitar logo após se alimentar. <p>BOM APETITE!!</p>

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Quadro 3 - Texto orientativo 2 – DICAS ANTIESTRESSE

1 – Dê um tempo	Relaxe. Procure estabelecer prioridades em sua vida, sendo que a primeira sempre deverá ser a sua saúde!
2 – Equilibre-se	Nos tempos atuais devemos olhar com uma atenção maior também outras áreas de nossas vidas, como por exemplo nossa alimentação e fatores em torno dela. Ambiente tranquilo, tempo para comer sossegadamente; evitar ambiente barulhento ou comer vendo televisão, que gera estresse. Ter horas de sono adequado também contribui para nos equilibrarmos. Com um corpo em equilíbrio fica mais fácil lidar com o estresse.
3 – Respire fundo	Tente contar até 10 lentamente. Isso ajuda em determinados momentos de ansiedade que geram estresse.
4 – Pense positivamente	Quando estamos com estresse temos uma tendência a pensar negativamente. No entanto, é importante afastar esses tipos de pensamento imaginando situações positivas nas quais teremos maior facilidade de encontrar soluções inovadoras para os problemas.
5 – Peça ajuda	Atente, NÃO ESTAMOS SÓS! Sempre tem alguém disposto a nos ajudar. Deixe o orgulho de lado e peça ajuda sempre que precisar.
<p>SOLTE A MUSCULATURA (EXERCÍCIOS FÍSICOS DE ALONGAMENTO); PRATIQUE MEDITAÇÃO; DEDIQUE-SE A TRABALHOS MANUAIS; SEMPRE QUE PUDER, TIRE UMA SONECA; OUÇA MÚSICA, DANCE!!</p>	

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Quadro 4 - Texto orientativo 3 – ORIENTAÇÕES DE MEDICAMENTOS E EXAMES

<p>A utilização de medicamentos prescritos pelo médico normalmente acontece, caso haja necessidade, após ser estabelecido um diagnóstico preciso ou de acordo com a intensidade dos sintomas.</p>	
<p>DICAS DE MEDICAMENTOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evite a ingestão de bebidas alcoólicas com medicações; • Mantenha seus medicamentos em local protegido; • Procure mantê-los sempre em suas próprias embalagens e com a bula; • Acostume-se a tomar seus medicamentos nos horários corretos e prescritos.
<p>DICAS DE EXAMES</p>	<p><u>Laboratoriais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar a necessidade do jejum prévio ao exame; • Atenção ao uso dos medicamentos. Alguns podem alterar os resultados, como por exemplo os remédios para evitar coagulação; • Evitar atividades físicas intensas no dia anterior à coleta dos exames; • Evitar fumar. <p><u>Endoscopia Digestiva Alta</u></p> <p>A endoscopia é um exame capaz de diagnosticar várias doenças ao analisar por dentro do indivíduo a mucosa do esôfago, estômago e duodeno. É feita através de um umbo flexível (conhecido por endoscópio), sob sedação (anestesia). O procedimento é simples e dura poucos minutos. Eis algumas DICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observe o tempo de jejum necessário para o exame; • Leve sempre um acompanhante consigo, pois você poderá estar sonolento após o exame; • Em alguns casos, médicos podem pedir para suspender algum medicamento que possa alterar a coagulação do sangue. <p><u>Ultrassom do Abdome Total</u></p> <p>Exame importante para diagnosticar várias doenças.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observe o preparo orientado na marcação do exame; • Se você tiver, leve exames feitos anteriormente para que o examinador possa observá-los e fazer uma análise comparativa.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Os vídeos orientativos foram entregues aos pacientes, individualmente, um por semana, via WhatsApp:

1. Dicas Alimentares:

Primeiro vídeo, de um minuto, mostrando alimentos básicos permitidos e aqueles que deverão ser evitados no dia a dia pelo paciente.

Link: <https://youtu.be/h6EvT1YSHlw>

2. Dicas Antiestresse:

Segundo vídeo, de um minuto, dando dicas de atividades desestressantes. Vídeo animado e prazeroso para o paciente gostar e dar a devida importância.

Link: https://youtu.be/ZQi8_bsdJf0

3. Orientações de Medicamentos e Exames:

Terceiro vídeo, de um minuto e meio, reforçando os exames solicitados em protocolo e explicando detalhes importantes da terapia medicamentosa, úteis no dia a dia.

Link: <https://youtu.be/9ujtMWHRU0U>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro das estratégias adotadas pelo médico em uma consulta médica para melhor atingir o objetivo do entendimento da doença pelo paciente e sua forma de tratá-la, a orientação do paciente é fundamental. Esse estudo mostrou que a maioria dos pacientes relataram melhora clínica, entenderam e seguiram as orientações dos vídeos e textos orientativos, assistiram aos 3 vídeos orientativos e indicariam o método para outras áreas. Nesse contexto, uma abordagem inovadora por meio de vídeos e textos orientativos é recomendada através do produto resultante deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, H. O *et al.* The clinical diagnosis of “gastritis”. Aspects of demographic epidemiology and health care consumption based on a nationwide sample survey. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v. 19 n. 2, p. 216-219, 1984.
- BAKER, J. **Improving chronic constipation health literacy proficiency: animation versus traditional written pamphlets**. Walden University. College of Health Sciences. Walden Dissertations and Doctoral Studies, 2018. Disponível em: <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertation/5448>. Acesso em: 10 dez. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p., 2011.
- BASU, S. *et al.* Text messaging improves diabetes-related knowledge of patients in India: a quasi-experimental study. **National Medical Journal of India**. v. 34, n. 1, p. 4-9, Jan-Feb. 2021.
- BERGEL, F. S.; GOUVEIA, N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento da tuberculose. **Revista Saúde Pública**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 39, n. 6, p 898-95, dez. 2005.
- BLACK, C. J. *et al.* Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. **The Lancet**. v. 396, n. 10263, p. 1664-1674, Oct. 2020.
- BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p.338-346, abr./jun. 2014.
- BRAGA, D. C. *et al.* Sintomas dispépticos na atenção primária – perfil dos pacientes. **Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**. v. 32 n. 3, p. 66-69, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Gastrite**. 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2976-gastrite>. Acesso em: 15 dez. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Desenvolvimento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 28 p., 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_do_encas_cronicas.pdf. Acesso em: 18 mar. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **EVIPNET – Rede para políticas informadas por evidências**. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília, DF, 54 p., 2016.

BUSNELLO, R. G. *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Porto Alegre, v. 76, n.5, p. 349-351, 2001.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Retorno de consulta**. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=livro&pg=34>. Acesso em: 26 mar. 2022.

CROITOR, L. M. N. **Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida**. Dissertação (Mestrado em Neurociência) Repositório da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

DEWULF, N. L. S. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v. 42 n. 4, p. 575-584, out./ dez. 2006.

DIXON, M. F. *et al.* Classification and grading of gastritis. The update Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. **The American Journal of Surgical Pathology**. v. 20, n. 10, p. 1161-1181, Oct 1996.

DUBIN, S. M. *et al.* A simple dietary questionnaire correlates with formal dietitian evaluation and frequently identifies specific clinical interventions in an outpatient gastroenterology clinic. **Journal of Clinical Gastroenterology**. v. 50, n. 8, p. 71-76, Sep. 2016.

FORD, A. C. *et al.* Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. **Bmj Journals - Gut**. v. 64, n. 7, p. 1049-1057, Jul. 2015.

LIMA, M. B. de *et al.* Construção e validação de vídeo educativo para orientação de pais de crianças em cateterismo intermitente limpo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 51, e03273, p. 1-7, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016005603273>. Acesso em: 04 ago. 2021.

LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 27-49, dez. 2011.

MAHADEVA, S.; KHEAN-LEE, G. Epidemiology of functional dyspepsia: A global perspective. **World Journal of Gastroenterology**. v. 12, n. 17, p. 2661-2666, May 2006.

MAHMUD, N. *et al.* Effect of Text Messaging on Bowel Preparation and Appointment Attendance for Outpatient Colonoscopy: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Network Open**. v. 4, n. 1, p. 1-10, e2034553, Jan. 2021.

MEIRA, A. R. Bioética e vulnerabilidade: o médico e o paciente. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 50, n. 3, p. 249-251, jul/set. 2004.

MOAYYEDI, P. *et al.* ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. **The American Journal of Gastroenterology**. v. 112, n. 7, p. 988-1013, Jul. 2017.

MOSSO, E. *et al.* Management of functional dyspepsia in 2020: a clinical point of view. **Minerva Gastroenterologica e Dietologica**. v. 66, n. 4, p. 331-342, Dec. 2020.

NEEMAN, N. *et al.* Improving doctor-patient communication in the outpatient setting using a facilitation tool: a preliminary study. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 24, n. 4, p. 357-364, Aug. 2012.

PLANTE, T. B. *et al.* Validation of the instant blood pressure smartphone app. **JAMA International Medicine**. v. 176, n. 5, p. 700-702, 2016.

SÃO PAULO. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Unidades Básicas de Saúde. **Diretrizes Operacionais**. Fortalecendo a Atenção Básica no município de São Paulo. Versão 01, janeiro, 41 p., 2016.

PROBERT, C. S.; FRISBY, S.; MAYBERRY, J. F. The role of educational videos in gastroenterology. **Journal of Clinical Gastroenterology**. v.13, n. 6, p. 620-621, Dec. 1991.

ROCHA, M. R. **Adesão e Aderência**. Ciberdúvidas da Língua Portuguesa. 2005. <https://ciberduvidas.iscte-iul.pt/consultorio/perguntas/adesao-e-aderencia/13837>. Acesso em: 12 ago. 2022.

ROCHA, P. E. **Avaliação dos fatores de risco de mortalidade no tratamento cirúrgico das úlceras gástrica e duodenal perfuradas**. Dissertação (Mestrado em Cirurgia do Aparelho Digestivo) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SCHMULSON, M. J.; DROSSMAN, D. A. What is new in Rome IV? **Journal of Neurogastroenterology and Motility**, v. 23, n. 2 p. 151-163, 2017.

SIMPSON, M. *et al.* Doctor-patient communication: the Toronto Consensus Statement. **British Medical Journal**, v. 303, n. 6814, p. 1385-1387, nov. 1991.

SIPPONEN, P.; MAAROOS, H. I. Chronic gastritis. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**. v. 50, n. 6, p. 657-667, Jun. 2015.

STEINHUBL, S. R.; MUSE, E. D.; TOPOL, E. J. Can mobile health Technologies transform health care? **JAMA**, v. 310, n. 22, p. 2395-2396, 2013.

SUÁREZ, Y. S. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Portfólio. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2017.

SUZUKI, H. Recent Advances in the Definition and Management of Functional Dyspepsia. **The Keio Journal of Medicine**, v. 70, n. 1, p. 7-18, Mar. 2021.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 50 (supl. 2), 10s, p. 1-11, 2016.

VENKATESH, R. D. *et al.* E-Consults in gastroenterology: An opportunity for innovative care. **Journal of Telemedicine and Telecare**. v. 25, n. 8, p. 499-505, Sep. 2019.

VODOPIVEC-JAMSEK, V. *et al.* Mobile phone messaging for preventive health care. **Cochrane Database Systematic Reviews**. v. 12, n.12, CD007457, Dec. 2012.

XIU-JUAN Y. *et al.* Improving clinician-patient communication alleviates stigma in patients with functional dyspepsia receiving antidepressant treatment. **Journal of Neurogastroenterology and Motility**. v. 28, n. 1, p. 95-103, jan. 2022. Disponível em: <https://www.jnmjournal.org/journal/view.html?doi=10.5056/jnm20239>. Acesso em: 20 mar. 2022.

WANG, B. *et al.* Daily short message service reminders increase treatment compliance and efficacy in outpatients with functional dyspepsia: a prospective randomized controlled trial. **Journal of General Internal Medicine**. v. 35, n. 10, p. 2925-2931, Oct. 2020.

PASSEIWEB. **Cinemática 3**: trajetória e interval de tempo. 2010. Disponível em: https://www.passeiweb.com/mecanica3_trajetoria_intervalo_de_tempo/. Acesso em: nov. 2020.

ZANATTA, B. A. O legado de Pestalozzi, Herbart e Dewey para as práticas pedagógicas escolares. **Revista Teoria e Prática da Educação**, v. 15, n. 1, p. 105-112, jan./abr. 2012.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO PRÉ VÍDEOS ORIENTATIVOS

- 1- Quais informações você gostaria de receber para conseguir entender melhor seu problema de saúde e de como tratá-lo?
- 2- Quais suas maiores dificuldades que normalmente o levam a não aderir totalmente ao tratamento preconizado pelo seu médico?
- 3- O que você faz quando tem dúvidas no seu tratamento?
- 4- Em que lhe atrapalha o tempo entre uma primeira consulta sua e o seu retorno com o mesmo médico ser demorado (30 dias, por exemplo)?

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO PÓS VÍDEOS ORIENTATIVOS

- 1- Você se sente melhor ou pior em relação a última consulta?
- 2- Por que você acha que melhorou ou piorou?
- 3- Você conseguiu assistir aos vídeos? Quantos vídeos você conseguiu assistir?
- 4- Você conseguiu seguir as orientações dos vídeos? O que conseguiu e que não conseguiu seguir?
- 5- Você entendeu os conteúdos e orientações dos vídeos?
- 6- Você ainda tem alguma dúvida relacionada a sua patologia?
- 7- Você se sentiu mais próximo do seu médico por meio dos vídeos?
- 8- Você acha que outras especialidades poderiam orientar por meio de vídeos?
- 9- Você indicaria esse método para outras pessoas?



APÊNDICE C

Convite para participação em pesquisa

Eu, Humberto Molinari, aluno de mestrado do Programa de Pós Graduação de Educação em Saúde, orientado pela profa. Dra. Amanda Costa Araujo, viemos convidá-lo(a) a participar do projeto intitulado: Diminuindo distâncias: Inovações educativas na abordagem dos pacientes ambulatoriais visando melhorar a adesão ao tratamento de patologias gastroenterológicas, que tem como finalidade a elaboração de um trabalho de dissertação para obtenção do título de mestre da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

O tema desta pesquisa versa sobre propor novas abordagens para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento proposto para dispepsias e gastrites. Além disso, ofertar 3 vídeos educativos disparados semanalmente ao longo de 3 semanas após a primeira consulta de cada paciente. Sua participação será muito importante para esse estudo. Ao aceitar este convite, pedimos que leia o termo de consentimento livre e esclarecido, apresentado a seguir.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Diminuindo distâncias: Inovações educativas na abordagem dos pacientes ambulatoriais visando melhorar a adesão ao tratamento de patologias gastroenterológicas.

Nome do(a) pesquisador(a) responsável: Amanda Costa Araujo.

O Objetivo da pesquisa é propor novas abordagens para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento proposto para dispepsias e gastrites. A sua participação implica em responder dois questionário com perguntas abertas antes e depois dos vídeos educativos. O tempo estimado é de 10 minutos para as respostas de cada questionário e um total de 3 minutos para os 3 vídeos educativos (1 vídeo de 30 segundos, 1 vídeo de 1 minuto, 1 vídeo de 1 minuto e 30 segundos). Para os pacientes que tiverem celular com acesso a internet os vídeos serão enviados via *WhatsApp*. Para os pacientes sem esse tipo de acesso, os vídeos ficarão disponíveis em um celular específico do estudo que ficará no próprio ambulatório para visualização dos vídeos pelos pacientes do estudo.



Esta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. A Resolução CNS no. 466 de 2012 Capítulo IV, Art. 21, que diz: “O risco previsto no protocolo será graduado nos níveis mínimo, baixo, moderado ou elevado, considerando sua magnitude em função das características e circunstâncias do projeto, conforme definição de Resolução específica sobre tipificação e gradação de risco e sobre tramitação de protocolos.” Esse estudo tem risco mínimo. No entanto, entendemos que os participantes podem se sentir desconfortáveis e/ou constrangidos para responder ao questionário, tomar o tempo dos participantes e/ou cansaço ao responderem ao questionário e ao assistirem aos vídeos **educativos**. Sendo assim, para diminuir os possíveis riscos, será garantido sigilo dos dados e caso o voluntário se sinta desconfortável e/ou constrangido em responder alguma questão poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento. Essa pesquisa espera que os pacientes adquiram informações suficientes para melhorarem a adesão ao tratamento das dispepsias e gastrites. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios de ética em pesquisa conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para você. Sempre que quiser você poderá pedir informações sobre a pesquisa através do telefone do(a) pesquisador(a) do projeto que consta no final deste documento e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da USCS que é (11) 42393282, de segunda a sexta das 8h às 12h, situado na Rua Santo Antônio, 50, Centro de São Caetano do Sul, CEP 09521-160.

As informações desta pesquisa são confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, exceto para os responsáveis pelo estudo. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.

Não haverá nenhum custo ou benefício financeiro para você. Você terá direito a buscar indenização ou ressarcimento caso você se sinta prejudicado em decorrência desta pesquisa.

Estando de acordo com este termo pedimos o seu consentimento para participar da pesquisa.

Nesse sentido, por favor, assinale em “concordo” e depois em “continuar” para que o formulário apareça na página seguinte.



Concordo com tudo o que foi escrito acima e me declaro maior de idade (idade igual ou superior a 18 anos)

Nome do(a) Pesquisador(a): Humberto Molinari	
Telefone de contato: (11) 99316-6451	
Email: huva.molinari@uol.com.br	
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa	Profª Drª Celi de Paula Silva
Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa	Prof. Dr. Arquimedes Pessoni
Telefone do Comitê: (11) 42393282	
Endereço do Comitê: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul	
Email do Comitê de Ética em pesquisa: cep.uscs@adm.uscs.edu.br	

APÊNDICE D - PRODUTO

Humberto Molinari

GUIA PRÁTICO: VÍDEOS E TEXTOS ORIENTATIVOS NA ABORDAGEM DE PACIENTES COM PATOLOGIAS GASTROENTEROLÓGICAS

**São Caetano do Sul
2022**

GUIA PRÁTICO: VÍDEOS E TEXTOS ORIENTATIVOS NA ABORDAGEM DE PACIENTES COM PATOLOGIAS GASTROENTEROLÓGICAS

Humberto Molinari

Produto do trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Amanda Costa Araujo.

**São Caetano do Sul
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

Molinari, Humberto

Diminuindo distâncias: inovações orientativas na abordagem dos pacientes ambulatoriais visando melhorar a aderência ao tratamento de patologias gastroenterológicas / Humberto Molinari. – São Caetano do Sul: Do Autor, 2022.

23 f.

Guia orientativo apresentado como produto da dissertação do Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2022.

ISBN:

1. Aprendizagem. 2. Integralidade em saúde. 3. Aderência ao tratamento. 4. Dispepsia funcional. 5. Gastrite. I. Título.

CDU

RESUMO

Introdução: Em um mestrado profissional, a dissertação deve contribuir com a proposição de um produto. Este deverá expressar conhecimentos amparados no rigor metodológico e nos fundamentos científicos, tendo como base de sustentação a pesquisa aplicada com estímulo inovador para a resolução de situações problemáticas concretas. No estudo realizado dentro da dissertação “Diminuindo distâncias: inovações orientativas na abordagem dos pacientes ambulatoriais visando melhorar a aderência ao tratamento de patologias gastroenterológicas” foram apresentadas aos pacientes algumas ferramentas educacionais como textos orientativos, questionários pré-vídeos orientativos, os vídeos orientativos e questionários pós-vídeos orientativos. A aderência do paciente ao tratamento preconizado pelo médico é um problema observado na experiência do atendimento ambulatorial. As distâncias existentes entre o saber médico por parte do paciente e do tempo entre uma consulta e o retorno contribuem para situações que dificultam o tratamento adequado. **Produto:** Como proposta de melhorar essa aderência foi criado esse produto composto de três textos orientativos (T.O.) e três vídeos orientativos (V.O.). Fundamentalmente, os T.O. baseiam-se na experiência profissional do autor e os V.O. foram criados a partir dos textos e com a presunção de serem fáceis, didáticos e rápidos para serem bem aceitos e entendidos pelos pacientes. **Considerações Finais e Recomendações:** O ensino do paciente é fundamental como estratégia para o melhor entendimento de sua doença e o tratamento proposto pelo médico. Uma abordagem inovadora para isso é apresentada através do produto resultante do estudo apresentado na dissertação. Pôde ser observado que o produto estimulou uma melhor relação médico-paciente, contribuindo para a melhora da aderência do paciente ao tratamento proposto pelo médico.

Palavras-chave: aprendizagem; integralidade em saúde; aderência ao tratamento; dispepsia funcional; gastrite.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas, marco temporal, evento e situação do estudo.....	9
Quadro 2 - Texto orientativo 1 – Dicas de Alimentação	13
Quadro 3 - Texto orientativo 2 – DICAS ANTIESTRESSE.....	14
Quadro 4 - Texto orientativo 3 – ORIENTAÇÕES DE MEDICAMENTOS E EXAMES	15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Casos atendidos no ambulatório de gastroenterologia.....	11
Tabela 2 – Casos atendidos na área de estômago no ambulatório de gastroenterologia.....	11

LISTA DE SIGLAS

AMA - Assistência Médica Ambulatorial

ARES - Ambulatório Regional de Especialidades de Saúde

HRS - Hospital Regional Sul

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	PRODUTO.....	13
3	ANÁLISE DO PRODUTO.....	17
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	20
	REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

Em um mestrado profissional, a dissertação deve contribuir com a proposição de um produto. Este deverá expressar conhecimentos amparados no rigor metodológico e nos fundamentos científicos, tendo como base de sustentação a pesquisa aplicada com estímulo inovador para a resolução de situações problemáticas concretas (BRASIL, 2009). O produto a ser mostrado aqui e que integra a dissertação de mestrado “Diminuindo distâncias: inovações orientativas na abordagem dos pacientes ambulatoriais visando melhorar a aderência ao tratamento de patologias gastroenterológicas” foi idealizado pelo médico Dr. Humberto Molinari sob a orientação da professora Dra. Amanda Costa Araujo, no domínio do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS.

Trata-se de um guia prático com material orientativo presente em um estudo realizado nas dependências do ARES do Hospital Regional Sul (HRS), do SUS, na cidade de São Paulo e que foi incorporado ao esquema de tratamento, conforme mostrado no Quadro 1 abaixo. Surge após consulta inicial, solicitação dos exames e diagnóstico estabelecido de patologia gástrica (dispepsia funcional ou gastrites), junto com o aceite na participação do estudo (TCLE assinado) e acompanhamento ambulatorial por no mínimo dois meses (Quadro 1).

Quadro 1 – Etapas, marco temporal, evento e situação do estudo

ETAPAS	MARCO TEMPORAL	EVENTO	SITUAÇÃO
MOMENTO 1	- Amostragem selecionada de 213 pacientes dos 422 atendidos); - Exame clínico; - Solicitados exames diagnósticos (laboratoriais, EDA e USG abdominal total)	DIAGNÓSTICO INICIAL: Dispepsia a/e	Levantamento de casos
MOMENTO 2	<u>CONSULTA 1</u> - Explicação do estudo ao paciente; - Assinado TCLE, ofertados os T.O.	DIAGNÓSTICO FINAL: Dispepsia funcional / Gastrites	Iniciados o tratamento e o estudo propriamente dito. Contagem inicial do tempo para o Delta T consulta

	- Questionário pré V.E.		
MOMENTO 3	Envio dos V.O. aos pacientes	- 1ª. Semana: V.O. 1 (Dicas de Alimentação); - 2ª. Semana: V.O. 2 (Dicas Antiestresse); - 3ª. Semana: V.O. 3 (Orientações de Medicamentos e Exames).	Visualização dos V.O. pelos pacientes; Feito tratamento pelos pacientes.
MOMENTO 4	<u>CONSULTA 2</u> - Retorno do paciente;	- Feedback do tratamento; - Resposta ao Questionário pós V.E.	Finalizado estudo: contagem final do tempo para o Delta T consulta

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Dispepsia a/e = Dispepsia a esclarecer; EDA = Endoscopia Digestiva Alta; USG = Ultrassonografia; TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; T.O. = Textos Orientativos; V.E. = Vídeos Educativos.

O produto dessa dissertação tem como objetivo maior o de servir o paciente com informações e conhecimentos sobre sua patologia e de propiciar um melhor entendimento para poder ser coparticipativo de seu tratamento. Nesse contexto, esse produto tem o propósito de aumentar a aderência ao tratamento proposto.

Um trabalho interessante revelou, em 2006, serem poucos os estudos existentes sobre adesão ao tratamento medicamentoso em doenças gastrintestinais crônicas. Além disso, mostrou um baixo grau de adesão ao tratamento prescrito (DEWULF *et al.*, 2006). De lá para cá, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou que a não adesão aos tratamentos propostos a longo prazo pela população girava em torno de 50% (TAVARES *et al.*, 2013), uma vez que vários fatores podem ser relacionados a essa baixa adesão. Na esfera educacional, as práticas direcionadas à mudança no dia a dia dos pacientes e o papel do autocuidado são fatores que têm grande importância (PORTO; BORGES, 2014). Outro fator bastante significativo em relação à adesão ao tratamento é que grande parte dos pacientes tem dificuldades no entendimento das informações médicas passadas em uma consulta. Nesses casos a adesão fica prejudicada, já que os pacientes não conseguem seguir o tratamento recomendado (NEEMAN *et al.*, 2012).

Na literatura encontramos ainda outro relato interessante, como aponta Suárez (2017), mostrando as dificuldades dos pacientes em cumprirem o planejado por seu médico na terapia da enfermidade. Consequências dessas dificuldades, que

proporcionam uma não adesão ao tratamento proposto, podem ser vistas em Busnello *et al.* (2001), apontando prejuízos aos pacientes, em que relatam desde graves sequelas até mesmo a morte.

No contexto de um Ambulatório de Especialidade, local da realização desse estudo, a função primordial é dar continuidade aos atendimentos de casos encaminhados das unidades básicas de atendimento, os AMA e as UBS, à população. Dentre as patologias mais frequentes atendidas no ambulatório de Gastroenterologia destacam-se as do Estômago (Tabela 1) e, dentre essas, as mais frequentes são as dispepsias funcionais e as gastrites (Tabela 2).

Tabela 1 – Casos atendidos no ambulatório de gastroenterologia

Patologias	Casos	Percentual (%)
Cavidade Oral	02	0,47
Esôfago	60	14,22
Estômago	254	60,20
Intestino Delgado	18	4,26
Intestino Grosso	30	7,11
Orificiais	04	0,95
Fígado	26	6,17
Vesícula Biliar	06	1,42
Pâncreas	02	0,47
Baço	01	0,23
Outras Áreas	16	3,79
Sem Patologias	03	0,71
Total	422	100,00

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Tabela 2 – Casos atendidos na área de estômago no ambulatório de gastroenterologia

Patologias	Casos	% Estômago	% Amb. Gastro
Dispepsia Funcional	85	33,47	20,14
Gastrites	128	50,40	30,33
Úlceras Pépticas Gástricas	08	3,15	1,90
Tumores Gástricos Benignos	23	9,05	5,45
Tumores Gástricos Malignos	02	0,78	0,47
Outras	08	3,15	1,90
Total	254	100,00	60,19

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Esses percentuais observados encontram respaldo na literatura. Em estudos populacionais a prevalência de dispepsia funcional foi observada entre 11% e 29,2% da população global (MAHADEVA; KHEAN-LEE, 2006). Mais recentemente, essa prevalência global da dispepsia funcional mostrou-se entre 5% e 11% (FORD *et al.*, 2015).

2 PRODUTO

O produto é composto por: três textos orientativos (T.O.) e três vídeos orientativos (V.O.). O estudo apresentado na dissertação teve a oportunidade de utilizar algumas ferramentas orientativas, com propósito educacional, que possibilitaram uma abordagem junto aos pacientes do ambulatório de gastroenterologia elencados para o estudo. A confecção dos textos orientativos foi fruto de respaldo científico, da experiência adquirida pelo autor ao longo dos 33 anos de exercício como médico formado e de muitos anos dedicados ao atendimento ambulatorial. Desta atividade surgiram várias situações que foram acumuladas como achados interessantes, dúvidas dos pacientes, diferentes abordagens individuais e que serviram também de base na construção dos vídeos orientativos, conforme abaixo.

Quadro 2 - Texto orientativo 1 – Dicas de Alimentação

ALIMENTOS PERMITIDOS E INDICADOS (FACILITAM A DIGESTÃO)	<ul style="list-style-type: none"> • Vegetais em geral (verduras e legumes, de preferência cozidos); • Frutas: maçã, mamão, pera, manga, etc.; • Carnes sem gordura, frango e peixes (assados, grelhados ou cozidos); • Grãos integrais; • Chás (camomila, erva-doce, erva cidreira); • Café descafeinado;
EVITAR	<ul style="list-style-type: none"> • Café e chá preto; • Leite e queijos amarelos; • Refrigerantes; • Bebidas alcoólicas; • Sucos de frutas ácidas (limão, laranja, abacaxi); • Molho de tomate; • Embutidos; • Frituras; • Alimentos condimentados (com pimenta).
COMER COM MODERAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz, feijão; • Ovo cozido; • Massas ou alimentos farináceos; • Queijos brancos (ricota, minas); • Doces, chocolates, guloseimas (balas) – CUIDADO COM O DIABETES!!
OUTRAS DICAS ÚTEIS	<ul style="list-style-type: none"> • Comer entre refeições uma fruta (3 em 3 horas); • Evite ingerir líquidos durante as refeições; • Evite deitar logo após se alimentar. <p>BOM APETITE!!</p>

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Quadro 3 - Texto orientativo 2 – DICAS ANTIESTRESSE

1 – Dê um tempo	Relaxe. Procure estabelecer prioridades em sua vida, sendo que a primeira sempre deverá ser a sua saúde!
2 – Equilibre-se	Nos tempos atuais devemos olhar com uma atenção maior também outras áreas de nossas vidas, como por exemplo nossa alimentação e fatores em torno dela. Ambiente tranquilo, tempo para comer sossegadamente; evitar ambiente barulhento ou comer vendo televisão, que gera estresse. Ter horas de sono adequado também contribui para nos equilibrarmos. Com um corpo em equilíbrio fica mais fácil lidar com o estresse.
3 – Respire fundo	Tente contar até 10 lentamente. Isso ajuda em determinados momentos de ansiedade que geram estresse.
4 – Pense positivamente	Quando estamos com estresse temos uma tendência a pensar negativamente. No entanto, é importante afastar esses tipos de pensamento imaginando situações positivas nas quais teremos maior facilidade de encontrar soluções inovadoras para os problemas.
5 – Peça ajuda	Atente, NÃO ESTAMOS SÓS! Sempre tem alguém disposto a nos ajudar. Deixe o orgulho de lado e peça ajuda sempre que precisar.
<p>SOLTE A MUSCULATURA (EXERCÍCIOS FÍSICOS DE ALONGAMENTO); PRATIQUE MEDITAÇÃO; DEDIQUE-SE A TRABALHOS MANUAIS; SEMPRE QUE PUDER, TIRE UMA SONECA; OUÇA MÚSICA, DANCE!!</p>	

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Quadro 4 - Texto orientativo 3 – ORIENTAÇÕES DE MEDICAMENTOS E EXAMES

<p>A utilização de medicamentos prescritos pelo médico normalmente acontece, caso haja necessidade, após ser estabelecido um diagnóstico preciso ou de acordo com a intensidade dos sintomas.</p>	
<p>DICAS DE MEDICAMENTOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evite a ingestão de bebidas alcoólicas com medicações; • Mantenha seus medicamentos em local protegido; • Procure mantê-los sempre em suas próprias embalagens e com a bula; • Acostume-se a tomar seus medicamentos nos horários corretos e prescritos.
<p>DICAS DE EXAMES</p>	<p><u>Laboratoriais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar a necessidade do jejum prévio ao exame; • Atenção ao uso dos medicamentos. Alguns podem alterar os resultados, como por exemplo os remédios para evitar coagulação; • Evitar atividades físicas intensas no dia anterior à coleta dos exames; • Evitar fumar. <p><u>Endoscopia Digestiva Alta</u></p> <p>A endoscopia é um exame capaz de diagnosticar várias doenças ao analisar por dentro do indivíduo a mucosa do esôfago, estômago e duodeno. É feita através de um umbo flexível (conhecido por endoscópio), sob sedação (anestesia). O procedimento é simples e dura poucos minutos. Eis algumas DICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observe o tempo de jejum necessário para o exame; • Leve sempre um acompanhante consigo, pois você poderá estar sonolento após o exame; • Em alguns casos, médicos podem pedir para suspender algum medicamento que possa alterar a coagulação do sangue. <p><u>Ultrassom do Abdome Total</u></p> <p>Exame importante para diagnosticar várias doenças.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observe o preparo orientado na marcação do exame; • Se você tiver, leve exames feitos anteriormente para que o examinador possa observá-los e fazer uma análise comparativa.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Como parte integrante do Produto, aparecem os vídeos orientativos. Esses vídeos foram entregues aos pacientes, individualmente, um por semana, via WhatsApp:

1. Vídeo Orientativo (V.O.) 1 – Dicas Alimentares:

Primeiro vídeo, de um minuto, mostrando alimentos básicos permitidos e aqueles que deverão ser evitados no dia a dia pelo paciente.

Link: <https://youtu.be/h6EvT1YSHlw>

2. Vídeo Orientativo (V.O.) 2 – Dicas Antiestresse:

Segundo vídeo, de um minuto, dando dicas de atividades desestressantes. Vídeo animado e prazeroso para o paciente gostar e dar a devida importância.

Link: https://youtu.be/ZQi8_bsdJf0

3. Vídeo Orientativo (V.O.) – Orientações de Medicamentos e Exames:

Terceiro vídeo, de um minuto e meio, reforçando os exames solicitados em protocolo e explicando detalhes importantes da terapia medicamentosa, úteis no dia a dia.

Link: <https://youtu.be/9ujtMWHRU0U>

Os vídeos foram previamente feitos, baseados na experiência médica do autor da dissertação. Seus conteúdos, da mesma maneira que os textos orientativos, privilegiaram aquilo que mais se comenta nas consultas da área específica. Houve uma preocupação com explicações didáticas, de fácil linguagem, para um bom entendimento, bem como apresentados por outra pessoa e não o próprio médico, para evitar possíveis constrangimentos ao paciente. Essa pessoa também tinha uma boa dicção, era isenta e simpática, objetivando ser agradável ao paciente; foram confeccionados por profissionais das áreas de produção de vídeos, marketing e psicologia.

3 ANÁLISE DO PRODUTO

O produto pôde ser avaliado pelos questionários aplicados pré e pós-textos e vídeos orientativos. Na primeira pergunta foi observado que mais de 22% dos pacientes gostariam de ver respondido o questionamento sobre a possibilidade de cura, fato esse não abordado nos vídeos; uma preocupação que se mostrou importante na percepção do autor e que poderia ter sido melhor esclarecida, caso fosse levada em conta antes da preparação dos vídeos, já que os mesmos foram feitos previamente aos questionários.

Com relação à segunda pergunta, dificuldades para aderência ao tratamento, as respostas dadas vão de encontro ao observado em amplo estudo nacional (BRASIL, 2016). Cabe destacar que para 20% dos pacientes houve falta de entendimento do que o médico falou (aqui evidenciada a carência de conhecimento do paciente e a não percepção disso pelo médico, bem como não explicação mais adequada do pretendido por parte deste). Aqui também cabe a observação de que um acesso facilitado às informações para propiciar melhor entendimento pelo paciente sobre sua doença e maneira de tratá-la deve estar no radar do médico (VENKASTESH *et al.*, 2019). Aliás, ainda dentro da segunda pergunta, podemos observar várias respostas que nos mostram problemas levantados pelos pacientes, como explicações para uma baixa aderência ao tratamento de sua doença; a falta de tempo para dedicação ao tratamento; remédios caros e não compatíveis com a capacidade econômica de alguns pacientes (quando não há similares em uma UBS); esquecimento de tomar remédios (fator esse quase nunca comentado em outros questionários); falta de apoio familiar (também de difícil relato nos questionários).

Já a falta de entendimento por parte dos pacientes (30%) geralmente tem a ajuda postergada até o próximo encontro com o médico, ou seja, durante um período de tempo considerável o paciente não tenta outra maneira de ter acesso a certas informações importantes para ajustar seu tratamento. A maioria (56%), juntando as duas respostas, procura essa alternativa de melhor entendimento e informações junto aos amigos, vizinhos e familiares (28%), além da internet (28%). Não saber se está fazendo o certo em seu tratamento foi apontado por 30% dos pacientes como problema relacionado ao grande tempo entre uma consulta e outra (Delta T consulta

longo). Essa demora também pode gerar ansiedade e desânimo, respostas dadas à quarta pergunta.

Já as respostas ao questionário pós-vídeos orientativos mostram, de uma maneira geral, a avaliação dos seguintes temas: percepção do paciente de sua situação relacionada à doença; aderência aos vídeos como parte do tratamento da doença; avaliação do produto (textos e vídeos); dúvidas sobre sua doença; diminuição da distância (maior aproximação com o médico – saber médico). Somando as respostas, uma melhora clínica substancial foi relatada por 82% dos pacientes tratados, sendo que a mudança dos hábitos alimentares foi a resposta dada por 44% deles como responsável por essa melhora. Já 88% dos pacientes assistiram ao menos 2 vídeos e 98% procuraram seguir as orientações dos mesmos. Um grande entendimento desses vídeos foi observado, não deixando dúvidas para 84% das pessoas. Isso demonstrou que os vídeos foram fáceis, acessíveis e esclarecedores, um passo importante para demonstrarem sua efetividade como ferramenta educacional.

A percepção de uma maior proximidade com o médico foi relatada por 82% dos pacientes e isso também foi fator positivo no intuito de diminuir o distanciamento entre o saber médico e o conhecimento para entendimento da doença e do tratamento pelo paciente. Quando falamos de aderência aos vídeos ou aderência ao tratamento, temos que levar em conta parâmetros educacionais regionais, pois pode haver diferenças significativas. Comparações com parte da população americana, por exemplo, podem ser difíceis. O Departamento de Saúde dos Estados Unidos indica a importância da necessidade de os pacientes compreenderem e processarem informações médicas em saúde básica, e que o nível de escolaridade é muito importante para que isso ocorra (BAKER, 2018). Por fim, na indicação dos vídeos para outras áreas (74%) e do método (textos e vídeos) 90% das respostas foram consideradas como fortes indícios de aprovação do produto por parte dos pacientes.

Outro aspecto importante na discussão é realizar comparações que corroboram com a literatura. Existem fatores que podem ser relacionados como significantes na aderência ao tratamento proposto pelo médico, sendo eles: relação médico-paciente; educação em saúde; participação dos Órgãos de Saúde; formação do profissional da saúde; a própria doença (LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011). A propositura de criação de um produto direcionado dentro de uma abordagem educativa inovadora no contexto de um ambulatório do SUS, para proporcionar maior interação médico-

paciente, e ainda educação para entendimento de autoações para ajuda no tratamento pelos pacientes é condizente com uma linha adotada em várias partes do mundo, na área de educação dos pacientes em saúde (PROBERT; FRISBY; MAYBERRY, 1991; VENKATESH *et al.*, 2019).

O tratamento proposto para dispepsia funcional e gastrites encontra respaldo em artigos recentes que nos mostram formas de gerenciamento das diversas situações relacionadas a essas patologias (MOAYYEDI *et al.*, 2017; MOSSO *et al.*, 2020; SUZUKI, 2021). No entanto, a ausência de artigos científicos que utilizaram essa metodologia de educação para pacientes com gastrites e dispepsias funcionais dificulta a comparação com a literatura.

Algumas críticas construtivas devem ser consideradas frente a certas limitações encontradas no estudo. Foi observada uma situação que poderia ter sido melhor contemplada no conteúdo dos vídeos: a preocupação dos pacientes em saber se suas doenças poderiam ser curadas. Esse tema não foi abordado nos vídeos, o que levou a perceber que teria sido melhor se os vídeos fossem feitos somente após as respostas ao primeiro questionário. Outro aspecto importante diz respeito ao número reduzido de pacientes elencados (estudo realizado em época de pandemia do COVID-19) que, de certa maneira, não foi suficiente para poder extrapolar os dados do estudo para outras populações. Uma credibilidade maior poderia advir disso, bem como um padrão de referência ser criado. Em dispepsia funcional não foram levados em conta alguns tratamentos observados na literatura, como por exemplo o uso de antidepressivos, e seu impacto na aderência medicamentosa (XIU-JUAN *et al.*, 2021).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Alguns futuros encaminhamentos deverão ser pontuados, como a atualização na construção e validação dos vídeos orientativos, conforme orientações observadas em recomendação recente (LIMA *et al.*, 2017). Também não devemos esquecer da necessidade da abordagem sobre a cura dessas doenças, fator importante ressaltado nas respostas ao questionário pré-vídeos.

Em virtude da observação de que entre textos oferecidos e vídeos encaminhados aos pacientes os que mais obtiveram aceitação foram aqueles relacionados aos conhecimentos e informações alimentares, a proposta de elaboração de um questionário dietético que poderia ser agregado ao produto seria interessante. Isso poderá ser feito com o auxílio e participação do serviço de nutrição. Um motivador com relação a isso foi o encontro na literatura de um artigo em que um questionário dietético com a participação formal de uma nutricionista consegue identificar intervenções clínicas específicas importantes em uma alta parcela de pacientes gastroenterológicos (DUBIN *et al.*, 2016). Dentre as estratégias adotadas pelo médico em uma consulta médica para melhor atingir o objetivo do entendimento da doença pelo paciente e sua forma de tratá-la, o ensino do paciente é fundamental.

Uma abordagem inovadora para isso é apresentada através do produto resultante do estudo mostrado na dissertação. Os objetivos iniciais de aproximação do saber médico com o paciente foram atingidos.

REFERÊNCIAS

- BAKER, J. Improving chronic constipation health literacy proficiency: animation versus traditional written pamphlets. **Walden University**. Walden Dissertations and Doctoral Studies, 5448. Disponível em: <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertation/5448>, 2018. Acesso em: 10 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Nova portaria corrige normas sobre mestrado profissional**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/busca-geral/217-noticias/1207656570/14851-nova-portaria-corrige-normas-sobre-mestrado-profissional>. Acesso em: 03 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. EVIPNET. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília, 51p. 2016.
- BUSNELLO, R. G. *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Porto Alegre, v. 76, n.5, p. 349-351, 2001.
- DEWULF, N. L. S. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v. 42, n.4, p. 575-584, out./ dez. 2006.
- DUBIN, S. M. *et al.* A simple dietary questionnaire correlates with formal dietitian evaluation and frequently identifies specific clinical interventions in an outpatient gastroenterology clinic. **J Clin Gastroenterol**. [S.l.], v. 50, n. 8, e-71-6, Sep. 2016.
- FORD, A. C. *et al.* Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. **Gut**. v. 64, n. 7, p. 1049-57, Jul. 2015.
- LIMA, M. B. *et al.* Construção e validação de vídeo educativo para orientação de pais de crianças em cateterismo intermitente limpo. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 51, p. 1-7, 2017: e03273. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/HG8bYYMx5JP3qWfr5hh8zhD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021.
- LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 27-49, dez. 2011.
- MAHADEVA, S.; KHEAN-LEE, G. Epidemiology of functional dyspepsia: A global perspective. **World J Gastroenterol**. [S.l.], v. 12, n. 17, p. 2661-2666, May 2006.
- MOAYYEDI, P. *et al.* ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. **Am J Gastroenterol**. [S.l.], v. 112, n. 7, p. 988-1013, Jul. 2017.

MOSSO, E. *et al.* Management of functional dyspepsia in 2020: a clinical point of view. **Minerva Gastroenterol Dietol.** [S.l.], v. 66, n. 4, p. 331-342, Dec. 2020.

NEEMAN, N. *et al.* Improving doctor–patient communication in the outpatient setting using a facilitation tool: a preliminary study. **Int J Qual Health Care.** [S.l.], v. 24, n. 4, p. 357-64, Aug. 2012.

PORTO, P. N.; BORGES, S. A. C. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 338-346, 2014.

PROBERT, C. S.; FRISBY, S.; MAYBERRY, J. F. The role of educational videos in gastroenterology. **Journal of Clinical Gastroenterology.** [S.l.], v. 13, n. 6, p. 620-621, Dec.1991.

SUÁREZ, Y. S. **Trabalho de Conclusão de Curso.** Portifólio. Universidade aberta do SUS. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Amazonas – Parintins, 2017, 45p.

SUZUKI, H. Recent Advances in the Definition and Management of Functional Dyspepsia. **Keio J Med.** [S.l.], v. 70, n. 1, p. 7-18, Mar. 2021.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** Brasília, v. 50 (supl. 2), p. 1-10, 2016.

VENKATESH, R. D. *et al.* E-Consults in gastroenterology: An opportunity for innovative care. **J Telemed Telecare.** [S.l.] v. 25, n. 8, p. 499-505, Sep. 2019.

XIU-JUAN, Y. *et al.* Improving clinician-patient communication alleviates stigma in patients with functional dyspepsia receiving antidepressant treatment. **J Neurogastroenterol Motil.** [S.l.], v. 28, n. 1, p. 95-103. Disponível em: <https://www.jnmjournal.org/journal/view.html?doi=10.5056/jnm20239>. Acesso em: 20 mar. 2022.

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE
SÃO CAETANO DO SUL -



ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIMINUINDO DISTÂNCIAS: INOVAÇÕES EDUCATIVAS NA ABORDAGEM DOS PACIENTES AMBULATORIAIS VISANDO MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE PATOLOGIAS GASTROENTEROLÓGICAS

Pesquisador: Amanda Costa Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40695920.6.0000.5510

Instituição Proponente: Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.569.121

Apresentação do Projeto:

A apresentação, os objetivos, riscos e benefícios deste projeto foram obtidos das Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1674881.pdf) postado em 14/12/20.

Introdução.

Um Ambulatório de Especialidade costuma ser parte de um grande centro de referência em um determinada região. Esse Ambulatório tem como função primordial dar continuidade aos atendimentos de ao tratamento preconizado para dispepsias e gastrites. Materiais e

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE
SÃO CAETANO DO SUL -



métodos. Pesquisa-ação educacional com aplicação de questionário pré e pós a realização de vídeos educativos para pacientes com dispepsias e gastrites. Este estudo será realizado nas dependências do Ambulatório Regional de Especialidades de Saúde (ARES). O número amostral estimado será de 200 pacientes. Serão 3 vídeos educativos disparados semanalmente ao longo de 3 semanas após a primeira consulta de cada paciente. Resultados Esperados. Espera-se que, com as informações oferecidas via vídeo educativo, os pacientes tenham maior aderência ao tratamento proposto, bem como conseqüentemente melhorem as condições clínicas das dispepsias e gastrites. casos encaminhados das unidades básicas de atendimento à população como, por exemplo, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Assistência Médica Ambulatorial (AMA). O Ambulatório de Gastroenterologia do Ambulatório Regional de Especialidades de Saúde (ARES), em São Paulo atende de 120 a 180 pacientes por mês, entre casos novos e retornos. Dentre as patologias mais frequentes na área de Gastroenterologia destacam-se as Dispepsias e as Gastrites. Um problema observado na experiência do atendimento ambulatorial é que a aderência ao tratamento preconizado pelo médico ao paciente em muitas vezes pode ser comprometida pelo distanciamento temporal (Delta T) entre a primeira consulta e o retorno.

Hipótese:

1.4. Hipótese

Espera-se que esse projeto apresente inovações para a melhoria do atendimento ambulatorial, fator esse previsto nas Diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A proposição será munir os pacientes com vídeos educativos orientadores. Além disso, acredita-se que após a realização dos vídeos educativos e fornecimento dos mesmos, os pacientes adquiram informações suficientes para melhorarem a adesão ao tratamento das patologias gástricas em questão.

Metodologia Proposta:

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

Município: SAO CAETANO DO SUL

UF: SP

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE
SÃO CAETANO DO SUL -



3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudo

Pesquisa-ação educacional com aplicação de questionário pré e pós realização de vídeos educativos para pacientes com dispepsias e gastrites.

3.2. Aspectos Éticos

O presente estudo será iniciado após a aprovação do Comitê de Ética local, de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes, após serem convenientemente informados sobre a proposta do estudo e procedimentos aos quais serão submetidos, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3. Local e População do Estudo

Este estudo será realizado nas dependências do Ambulatório Regional de Especialidades de Saúde (ARES). O TCLE e os questionários serão fornecidos aos pacientes e por eles respondidos. O número amostral estimado será de 200 pacientes. Serão 3 vídeos educativos disparados semanalmente (1 por semana) ao longo de 3 semanas após a primeira consulta de cada paciente.

3.4. Delineamento do Estudo

Esse projeto seguirá as seguintes etapas:

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

Município: SAO CAETANO DO SUL

UF: SP

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE
SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 4.569.121

- a) Os pacientes que frequentam o Ambulatório Regional de Especialidades de Saúde (ARES) serão convidados a participar desse estudo e aqueles que concordarem deverão assinar o TCLE;
- b) Os pacientes deverão responder a dados sócio demográficos e ao questionário 1 (APÊNDICE 2) pré vídeos educativos;
- c) Serão ofertados 3 vídeos educativos para os pacientes que aceitarem participar do estudo. O conteúdo programático dos vídeos educativos consta no APÊNDICE 1 desse projeto.
- d) Após a finalização do conteúdo programático dos vídeos educativos, será aplicado o questionário 2 (APÊNDICE 2), a fim de verificar o entendimento dos vídeos, bem como a condição de saúde dos pacientes.

Critério de Inclusão:

3.5. Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão: farão parte desse estudo todos os pacientes atendidos no Ambulatório no período pré-determinado que tiveram diagnóstico de Dispepsia ou de Gastrite (qualquer tipo), com história clínica e acompanhamento ambulatorial de pelo menos 03 (três) meses.

Critérios de exclusão: pacientes que se negarem a responder o questionário ou que apresentarem outras patologias gastroenterológicas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Propor novas abordagens para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento proposto para dispepsias e gastrites.

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE
SÃO CAETANO DO SUL -



Objetivo Secundário:

- Diminuir custos indiretos relacionados a novas consultas, pedidos de exames, mudanças de medições e possíveis cirurgias.
- Diminuir o tempo de espera para consultas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos: A metodologia desse estudo consiste na aplicação de um questionário e realização de 3 vídeos educacionais para os pacientes, tendo objetivo educativos. A Resolução CNS no. 466 de 2012 Capítulo IV, Art. 21, que diz: “O risco previsto no protocolo será graduado nos níveis mínimo, baixo, moderado ou elevado, considerando sua magnitude em função das características e circunstâncias do projeto, conforme definição de Resolução específica sobre tipificação e gradação de risco e sobre tramitação de protocolos.” Esse estudo tem risco mínimo. No entanto, todo estudo, mesmo que mínimo, oferece riscos aos participantes. Como por exemplo, invasão de privacidade, desconforto e/ou constrangimento para responder ao questionário, tomar o tempo dos participantes e/ou cansaço ao responderem ao questionário. Sendo assim, para diminuir os possíveis riscos, será garantido sigilo dos dados e caso o voluntário se sinta desconfortável e/ou constrangido em responder alguma questão poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento.

Benefícios: A realização e conclusão desse estudo proporcionará inovações para a melhoria do atendimento ambulatorial. Além disso, acredita-se que após a realização dos vídeos educativos e fornecimento dos mesmos, os pacientes adquiram informações suficientes para melhorarem a adesão ao tratamento das patologias gástricas em questão.

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE
SÃO CAETANO DO SUL -



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa-ação educacional com aplicação de questionário pré e pós a realização de vídeos educativos para pacientes com dispepsias funcionais e gastrites.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto CAAE no.: 40695920.6.0000.5510 teve parecer anterior emitido com as seguintes pendências:

TCLE:

- Solicita-se esclarecer, neste documento, como os (as) participantes desta pesquisa acessarão ao vídeo para responderem ao questionário. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**
- Solicita-se especificar que os riscos serão mínimos (Resolução CNS no. 466 de 2012 - Capítulo IV, Art. 21, que diz: "O risco previsto no protocolo será graduado nos níveis mínimo, baixo, moderado ou elevado, considerando sua magnitude em função das características e circunstâncias do projeto, conforme definição de Resolução específica sobre tipificação e gradação de risco e sobre tramitação de protocolos."). **PENDÊNCIA ATENDIDA.**
- Substituir o logo da USCS pelo atual. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE
SÃO CAETANO DO SUL -



Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP ressalta a importância do envio dos relatórios parciais e final, sendo uma responsabilidade assumida pelo pesquisador ao submeter o seu projeto para apreciação. De acordo com a Resolução CNS No 510 de 2016, consta no capítulo VI, Art. 28, incisos I a V, que: “A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais cabendo-lhe:

- I – apresentar o protocolo devidamente instruído ao sistema CEP/CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética antes de iniciar a pesquisa.
- II – conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III – apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- IV – manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- V – apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo deverão ser apresentadas ao CEP-USCS de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - CEP USCS, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS no. 510 de 2016 e na Norma Operacional no. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1674881.pdf	14/12/2020 10:12:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_HUMBERTO_comite_de_etica.docx	14/12/2020 10:11:28	Amanda Costa Araujo	Aceito
Parecer Anterior	Pendencias_acatadas.docx	14/12/2020 10:09:47	Amanda Costa Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_eletronico_pendencias_acatadas.docx	14/12/2020 10:09:17	Amanda Costa Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_eletronico.docx	03/12/2020 10:03:11	Amanda Costa Araujo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto.pdf	02/12/2020 13:27:31	Amanda Costa Araujo	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_anuencia.pdf	02/12/2020 13:27:14	Amanda Costa Araujo	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	02/12/2020 11:05:26	Amanda Costa Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CAETANO DO SUL, 02 de Março de 2021

Assinado por: Celi de Paula Silva (Coordenador(a))

Endereço: Rua Santo Antonio, 50

Bairro: Centro

CEP: 09.521-160

UF: SP

Município: SAO CAETANO DO SUL

Telefone: (11)4239-3282

Fax: (11)4221-9888

E-mail: cep.uscs@adm.uscs.edu.br