



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DIMITRI LUZ FELIPE DA SILVA

Protocolo de informação ao paciente e instrumento de avaliação do conhecimento sobre  
psoríase em ambulatório especializado

CAMPINAS

2019

DIMITRI LUZ FELIPE DA SILVA

Protocolo de informação ao paciente e instrumento de avaliação do conhecimento sobre  
psoríase em ambulatório especializado

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do  
título de Mestre em Ciências, na área de Qualificação dos Processos  
Assistenciais

ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> RENATA FERREIRA MAGALHÃES

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO  
ALUNO DIMITRI LUZ FELIPE DA SILVA, E ORIENTADO PELA  
PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. RENATA FERREIRA MAGALHÃES.

CAMPINAS

2019



Ficha catalográfica Universidade Estadual  
de Campinas Biblioteca da Faculdade de  
Ciências Médicas Maristella Soares dos  
Santos - CRB 8/8402

Si38p Silva, Dimitri Luz Felipe da, 1991-  
Protocolo de informação ao paciente e instrumento de avaliação do  
conhecimento sobre psoríase em ambulatório especializado / Dimitri Luz  
Felipe da Silva. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Renata Ferreira Magalhães.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psoríase. 2. Educação em saúde. 3. Processo saúde-doença. I.  
Magalhães, Renata Ferreira, 1972-. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Patient information protocol and instrument to evaluate  
knowledge about psoriasis patients in a specialized outpatient clinic

**Palavras-chave em inglês:**

Psoriasis

Health education

Health-disease process

**Área de concentração:** Qualificação dos Processos Assistenciais

**Titulação:** Mestre em Ciências Médicas

**Banca examinadora:**

Renata Ferreira Magalhães

[Orientador] Maria Beatriz Puzzi

Emerson Henrique Padoveze

**Data de defesa:** 20-03-2019

**Programa de Pós-Graduação:** Ciência Aplicada à Qualificação Médica

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-0869-9330>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9717990359853258>

# BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

DIMITRI LUZ FELIPE DA SILVA

ORIENTADORA: RENATA FERREIRA MAGALHÃES

## MEMBROS:

1. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. RENATA FERREIRA MAGALHÃES

2. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARIA BEATRIZ PUZZI

3. PROF. DR. EMERSON HENRIQUE PADOVEZE

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Ciência Aplicada à Qualificação Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: DATA DA DEFESA [20/03/2019]

Tabacaria

Não sou nada.

Nunca serei nada.

Não posso querer ser nada.

À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo(...)

(Álvaro Campos – Fernando Pessoa)

## PÁGINA DE AGRADECIMENTOS

À minha família: mãe, pai, irmão e namorada, pelo suporte e apoio constantes;

À minha orientadora, Dra Renata, por me mostrar a medicina sob olhos diferentes e por ser fonte de inspiração diária;

A Dra Rebecca Tung, pelo presente da idéia e pela ajuda na confecção deste;

A Dra Andréa, pela torcida e incentivo diários;

Aos colegas e amigos residentes de clínica médica e dermatologia, por serem minha segunda família em Campinas;

À equipe da dermatologia Unicamp, que me ensina sobre comprometimento e dedicação;

Aos professores e mestres que tive durante toda a minha vida escolar e de faculdade, em especial aos bons professores encontrados na UFMA;

Aos pacientes, por tanto me ensinarem ao longo de toda a minha formação.

## RESUMO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica que pode acometer a pele e articulações, sendo a forma cutânea caracterizada classicamente por lesões eritemato-descamativas decorrentes de um aumento no *turn-over* celular. Trata-se de doença estigmatizante, pouco conhecida pela população, sendo papel do médico assistente fornecer informações e tratamentos individualizados, aumentando a adesão ao tratamento e bem-estar. Sabe-se que o tempo de consulta é curto e nem sempre o paciente grava todas as informações proferidas pelo médico, ou este não as passa completamente, por isso, buscou-se avaliar o grau de conhecimento dos pacientes sobre sua doença e a capacidade de entendimento e utilidade de um material complementar à consulta. Para tanto, lançou-se mão de um instrumento para promoção de educação em saúde através de material escrito ou em vídeo. De acordo com a intervenção educacional promovida, houve randomização em dois grupos: panfleto e vídeo, ambos contemplando o mesmo conteúdo teórico. Um questionário sobre conceitos básicos foi aplicado antes e depois do material a fim de mensurar o conhecimento acerca da doença. Foram selecionados 74 pacientes (idade média 50,5 anos), com 82% apresentando a forma em placas e 37% em uso de drogas imunobiológicas, sendo que deles 70% fizeram uso de metotrexate em um determinado momento de seu tratamento. Quanto aos conhecimentos, foi demonstrada boa compreensão da natureza não infecciosa da afecção (97%), porém pouca compreensão quanto à fisiopatologia básica da doença, 78% mostrou conhecimento sobre os sinais precoces de artrite. Participantes de nível médio e superior tiveram mais acertos que os de fundamental. Não houve diferença estatística na comparação das questões individualmente e entre os grupos, porém quando comparadas as médias de acertos, nota-se aumento significativo no grupo exposto ao panfleto. Os dados encontrados estão em consonância com os achados na literatura e mostram que algumas informações passadas nas consultas são fixadas pelos pacientes porém outras formas de abordagem educativa são recomendadas e podem ser alternativas complementares na educação do paciente, através da melhora do conhecimento e adesão. O produto final deste trabalho consiste no meio de disseminação sobre diversas dermatoses, no ambiente da sala de espera dos ambulatórios, a começar pela psoríase.

Palavras-chave: “psoríase”, “educação em saúde”, “processo saúde-doença”.

## ABSTRACT

Psoriasis is a chronic inflammatory disease that can affect the skin and joints, the cutaneous form being classically characterized by erythematous-squamous lesions resulting from an increase in cellular turnover. It is a stigmatizing disease due to the lack of knowledge by the great part of the population, being the role of the physician assistant the use of individualized information and treatments, thus increasing adherence to treatment and promoting well-being. It is known that the time of consultation is short and not always the patient records all the information given by the doctor, or it does not pass completely. Therefore, this paper presents an instrument for the promotion of health education through written or video material. According to the educational intervention promoted, there was randomization in two groups: pamphlet and video, both with the same theme and information. A questionnaire on basic concepts was applied before and after the material in order to measure knowledge about the disease. A total of 74 patients (mean age 50.5 years) were selected, with 82% having plaque form and 37% using immunobiological drugs, which 70% used methotrexate at a given time of treatment. The material was approved and considered useful by 66% of the individuals. As to the knowledge, a good understanding of the noninfectious nature of the disease (97%) was demonstrated, but understanding about the basic pathophysiology of the disease was little, 78% showed knowledge about the early signs of arthritis. Participants of middle and higher level had more correct answers than those of elementary. There was no statistical difference in the comparison of the questions individually and between the groups, however when the means of correct answers were compared, a significant increase was observed in the group exposed to the pamphlet. The findings are in line with those found in the literature and show that some information passed on the appointments are fixed by patients but other forms of educational approach are recommended and can be a complementary alternative in patient education by improving the knowledge and treatment adherence.

*Key-words: "psoriasis", "health education", "health-disease process"*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Resultados sociodemográficos e dos tratamentos;

Gráfico 1: Opinião sobre utilidade do material;

Gráfico 2: Opinião sobre facilidade de uso do material;

Gráfico 3: Opinião sobre tempo para apreciação do material;

Gráfico 4: Opinião sobre a utilização voluntária do material;

Gráfico 5: Psoríase se relaciona com uma formação demorada de pele nova?

Gráfico 6: A psoríase é infecto-contagiosa?

Gráfico 7: A artrite psoriásica é uma condição que pode acompanhar a psoríase e dura a vida toda?

Gráfico 8: Se eu perceber uma rigidez nas articulações, isto é um sinal de que estou ficando mais velho;

Gráfico 9: Para me ajudar no alívio dos sintomas da psoríase, posso usar hidratantes sem fragrância;

Gráfico 10: Se minha pele começar a coçar, eu devo continuar coçando-a?

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TNF: Fator de necrose tumoral;

IAM: Infarto agudo do miocárdio;

TEP: Tromboembolismo pulmonar;

AVE: Acidentes vasculares encefálicos;

HLA: *Human Leukocyte Antigen*;

IL: Interleucina;

PUVA: Psoralênicos Ultravioleta A;

UVB: Ultravioleta B;

UVB-nb: Ultravioleta *narrow band*;

PASI: *Psoriasis Area Severity Index*;

DLQI: *Dermatology Life Quality Index* ou Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia;

FR: Fator reumatóide;

HC: Hospital de Clínicas;

CEP: Comitê de ética em pesquisa;

AAD: *American Academy of Dermatology*

NPF: *National Psoriasis Foundation*;

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

EUA: Estados Unidos da América;

MHC: *Major histocompatibility complex* ou Complexo de histocompatibilidade principal;

Th: Linfócito T *helper*



## SUMÁRIO

Introdução .....	12
Psoríase .....	12
Artrite Psoriásica .....	15
Conhecimento sobre doença .....	15
Instrumentos de informação .....	17
Objetivos .....	19
Hipóteses .....	20
Sujeitos e Métodos .....	21
População do estudo .....	22
Procedimentos do estudo .....	22
Esquema do estudo .....	23
Coleta de dados .....	24
Avaliação da eficácia .....	24
Metodologia estatística .....	25
Resultados .....	26
Perfil demográfico .....	26
Impressão sobre o material .....	26
Conhecimento sobre a doença .....	29
Eficiência na transmissão da informação .....	32
Discussão .....	34
Perfil demográfico .....	34
Impressão sobre o material .....	34
Conhecimento sobre a doença .....	35
Eficiência na transmissão da informação .....	36
Conclusão .....	39
Referências .....	40
Anexos .....	45

## 1. INTRODUÇÃO

### 1. Psoríase

A psoríase é uma doença inflamatória crônica que pode acometer a pele e articulações, de curso variável, podendo se apresentar em surtos de melhora e piora, ou de forma contínua, às vezes remitindo espontaneamente por um período.

A forma cutânea caracteriza-se classicamente por lesões eritemato-descamativas decorrentes de um aumento no *turnover* celular. Tendo tronco, cotovelos, couro cabeludo, joelhos e pernas, como áreas de manifestação inicial e clássicas da doença, porém, à medida que a doença progride, pode se manifestar em outras áreas menos usuais. Atinge unhas também, cujo achado mais comum são as depressões cupuliformes (*pittings*), presentes em cerca de 50% nos quirodáctilos e 35% nos pododáctilos.

Esta condição pode acometer de 2 a 3% da população mundial<sup>1</sup>, com prevalência variável de acordo com a região e a raça acometida, podendo ir de 0,2% em japoneses até 1,5% no reino unido. Em países da América do Sul, dentre eles o Brasil, a incidência é em torno de 1%<sup>2</sup>.

Trata-se de doença que tem associação com a síndrome metabólica e seus componentes, sendo frequente uma associação da psoríase com hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade e dislipidemia, além de doenças mais graves ocorrerem com mais frequência nestes pacientes, como infarto agudo do miocárdio (IAM), tromboembolismo pulmonar (TEP) e acidentes vasculares encefálicos (AVE)<sup>3</sup>. Esteatose hepática e sua consequente fibrose, também constituem achados associados, motivados, em parte, pela síndrome metabólica, mas também pelo uso longo de drogas sabidamente hepatotóxicas como o metotrexate.

Afeta igualmente homens e mulheres, num pico bimodal de prevalência, podendo surgir em qualquer período da vida, preferencialmente entre os 20 e 30 anos, e entre os 50 e 60 anos de idade. Trabalhos mostram que antes dos 10 anos de idade o surgimento de lesões é menor que 10%, 35% antes dos 20 anos e 58% antecedendo os 30 anos<sup>4</sup>. Há uma teoria de que quando a doença surge mais cedo, esta é influenciada fortemente por fatores ambientais que promovem este início.

Psoríase é uma doença inflamatória crônica que pode atingir até 8,5% da população adulta e 2,1% da pediátrica<sup>28</sup>, sendo que uma considerável parcela destes doentes encontrou vários problemas tanto na descoberta da doença quanto na aceitação e entendimento desta, bem como dos cuidados necessários e tratamentos propostos. Na

população brasileira a incidência estimada é por volta de 1,31% da população, sendo esta ainda maior nos estados do sul e sudeste, devido a menor incidência solar<sup>29</sup>, tendo a variante em placas como mais comum, com formas graves em cerca de 18,2% desta população<sup>30</sup>.

Atualmente, o mecanismo epigenético responsável pela psoríase ainda não foi plenamente elucidado, porém sabe-se da predisposição genética associada à deflagração da cascata imunológica e fatores de risco, tais como tabagismo, obesidade, infecções, álcool e certas drogas<sup>3,4,5,6</sup>. Dentre as drogas mais implicadas estão lítio, betabloqueadores, antimaláricos e anti-TNF alfa (reação paradoxal).

O estresse também merece destaque, não só como desencadeador, mas também se relaciona com períodos de exacerbação e prejudicando, consideravelmente, a qualidade de vida. Traumas cutâneos (fenômeno isomórfico de Koebner) também parecem ter relação neste processo.

À histologia, vê-se hiperkeratose parakeratótica, acantose regular dos cones com adelgaçamento suprapapilar, correspondendo clinicamente à descamação e a conformação em placas. Na derme há infiltrado mononuclear superficial perivascular que se estende à epiderme, provocando espongiose, hiperplasia e ectasia vasculares e edema papilar, explicando o sinal de Auspitz ou orvalho sangrante. Há ainda agregados de neutrófilos nas áreas de células parakeratóticas, formando os microabscessos de Munro; que quando nas camadas mais superiores da epiderme, constitui-se na pústula espongiiforme de Kogoj<sup>1</sup>.

O alto *turnover* celular faz com que o queratinócito, que normalmente demoraria 26 dias até a chegada na camada córnea, o faça em 4 dias, fato comprovado através da expressão de marcadores da queratinização como involucrina, queratolinina e transglutaminase-1<sup>1</sup>.

Cerca de 40% dos pacientes com psoríase e/ou artrite psoriásica possuem parentesco de primeiro grau com portadores<sup>7</sup>, podendo existir parentesco de segundo e terceiro graus, porém não tão determinantes. Outros trabalhos relatam maior ocorrência em irmãos gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos<sup>8,9</sup> e, em análises genômicas, identificou-se múltiplos *loci* de suscetibilidade para psoríase que continham genes envolvidos na regulação do sistema imune<sup>9</sup>.

O gene de suscetibilidade PSORS1 é o principal determinante genético e está localizado no cromossomo 6p21<sup>10,11</sup>, responsável por até 50% da contribuição genética da psoríase e relacionados ao MHC (*Major Histocompatibility Complex*) de classe 1<sup>10</sup>.

Foram mapeados outros 7 *loci* de susceptibilidade, que são PSORS1, PSORS2, PSORS3, PSORS4, PSORS5, PSORS6, PSORS7, o que indica uma complexidade genômica e que um gene pode causar doença em pacientes com história familiar, ou a interação entre eles e fatores de risco supracitados, pode fazer com que a doença se manifeste<sup>11</sup>.

Cada haplótipo envolvido confere um fenótipo e manifestação de doença distintos, caso do alelo HLA-Cw6, maior indicador de suscetibilidade a psoríase de manifestação precoce ocorre, formas *gutatas*, fenômeno isomórfico de Koebner e piora após infecção estreptocócica e responde bem a tratamento com fototerapia<sup>12</sup>. Já o HLA-B17 – também relatado como HLA-B57 – é associado a manifestações mais graves da doença e apresentações palmoplantares (em conjunto com o HLA-B23)<sup>12,13</sup>. Forma pustulosa, axial artropática e de início precoce, se relacionam com a expressão do HLA-B27. O HLA-C é o responsável pelo gene de susceptibilidade contido no PSORS1. Quanto à artrite, o HLA-DR7 parece ter maior associação com oligo artrite, enquanto HLA-DR8 com poliartrite e o HLA-B27 com espondilite.

Outros genes ativam as vias imunológicas, produzindo, através de respostas Th1 e Th17, citocinas inflamatórias como fator de necrose tumoral (TNF- $\alpha$ ), interleucina 17 (IL-17) e IL-23, que são alvos terapêuticos de drogas imunobiológicas que modulam a resposta imune através do bloqueio destas vias. No Brasil, atualmente, estão disponíveis as drogas anti-TNF- $\alpha$  (adalimumab, infliximab e etanercept); anti-IL-12,23 (ustekinumab); anti-IL-23 (guselcumab) e anti-IL-17 (secukinumab e ixekizumab)<sup>14,15,16,17,18,19,20,21</sup>.

A principal forma de apresentação é a em placas, porém outras formas como ungueal, pustulosa, eritrodérmica, inversa e *gutata* podem ocorrer em diferentes perfis de doentes. Estão disponíveis várias opções terapêuticas desde formulações tópicas, passando por retinoides sistêmicos, imunossupressores e imunobiológicos, devendo o tratamento ser individualizado, levando em conta suas comorbidades e gravidade da doença num processo de decisão conjunta com o paciente.

Dentre as medicações sistêmicas disponíveis no mercado, há a isotretinoína e acitretina, retinoides derivados da vitamina A que auxiliam no componente de queratinização da doença; metotrexate é um antiproliferativo e inibidor do metabolismo do ácido fólico, agindo como potente anti-inflamatório e promovendo, ainda, melhora importante de doença articular. Entre as drogas tópicas mais utilizadas, destaca-se o calcipotriol, análogo da vitamina D3 e os corticoides tópicos, geralmente sendo optados

pelos de alta potência. Fototerapia também é um tratamento bastante utilizado e que pode ser feito tanto na forma PUVA quanto na forma UVB *narrow band*<sup>22, 23,24</sup>.

A definição da psoríase em função da gravidade da doença não está plenamente estabelecida e, portanto, existem vários tipos de classificação. Destaca-se o índice de gravidade e área da psoríase (PASI – *Psoriasis Area Severity Index*) é o utilizado para avaliar a gravidade da doença em ensaios clínicos considerando-se o eritema, a espessura, o grau de descamação das lesões, bem como a área da superfície corporal envolvida. Outros índices são utilizados para mensurar a qualidade de vida, caso do DLQI (*Dermatology Life Quality Index* ou Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia), que engloba várias doenças dermatológicas.

## **1.2. Artrite psoriásica**

A Artrite psoriásica ou psoriática (AP) é considerada como uma das diversas formas de apresentação clínica da psoríase, caracterizada por inflamação crônica das articulações e negativa para o fator reumatoide (FR) na maioria dos casos. Tem forte predisposição genética, e pode estar associada a diversos haplótipos, como os citados anteriormente. Em cerca de 75% dos casos a artrite surge posteriormente ao aparecimento das lesões cutâneas. Pode anteceder-las em cerca de 15% dos casos, ou iniciar simultaneamente em 10% destes<sup>1,7</sup>.

A artropatia provoca artralgia, rigidez matinal que melhora ao longo do dia, traduzindo um ritmo inflamatório, e deformação das articulações afetadas. A forma de artrite bilateral e assimétrica das articulações das mãos e dos pés é observada em 80% dos casos. Havendo também as formas simétricas, mono e oligo articulares, espondilite ou axial e suas apresentações mutilantes. O acometimento ungueal pode ser um dos auxiliares no diagnóstico diferencial com artrite reumatoide, pois este pode ocorrer em até 87% dos pacientes. Ela deve ser precocemente diagnosticada e controlada, uma vez que a sua evolução é variável e imprevisível, podendo ir de ligeira até formas graves, debilitantes e erosivas, deixando sequelas para seus portadores<sup>1,7</sup>.

## **1.3. Conhecimento sobre a doença**

Estudos mostram que a psoríase ainda é uma doença pouco conhecida por grande parte da população e, portanto, pode acarretar situações de estigmatização nos mais diversos ambientes, gerando impactos biopsicossociais significativos<sup>25,26</sup>. Estima-se que 42 a 79% dos pacientes com psoríase moderada a grave relataram impactos importantes na qualidade de vida<sup>27</sup>. É papel do dermatologista, em conjunto com o

paciente, avaliar o impacto psicossocial da doença na vida do indivíduo, tratando-a e tornando-o participante deste processo saúde-doença<sup>28</sup>, tirando-o esse estigma e tornando-o um canal de difusão deste conhecimento.

Um dos maiores desafios para estes pacientes, é entender a natureza crônica e incurável da doença, o que gera bastante desconforto e dúvidas no convívio social.

Estes aspectos podem levar a uma diminuição da adesão ao tratamento, o que explicaria o controle e prevenção de complicações da psoríase através da sua melhor aceitação. Alguns estudos mostram que as decisões de pacientes em não aderir a determinados regimes de tratamento está, pelo menos, influenciada pela falta de conhecimento de suas doenças bem como do funcionamento do tratamento<sup>34</sup>.

É sabido que a qualidade de vida nestes pacientes é uma questão subjetiva e que não está diretamente relacionada com a gravidade da doença apontada, podendo ter formas leves mas que a comprometem substancialmente, com médias de 15,5 no DLQI<sup>31</sup> na população brasileira. É visto, também, um aumento do absenteísmo no trabalho, busca de serviços de saúde e saúde mental, além da piora de disposição e saúde física com o aumento da gravidade da afecção<sup>32,33</sup>.

A psoríase tende a se comportar em ciclos, alternando períodos de piora com períodos de melhora clínica, muitas vezes levando o paciente a acreditar que está curado. Impacto na qualidade de vida pode estar associado com doenças psiquiátricas, incluindo ideações suicidas. Metade dos pacientes apresentam sentimentos de depressão e de ansiedade. Alguns fatores podem influenciar nesse processo, como a localização das lesões em áreas expostas, e a atitude do paciente frente ao diagnóstico<sup>33</sup>.

Um estudo realizado com população de pacientes transplantados dos Estados Unidos buscava conscientizá-los sobre a importância do autoexame da pele a fim de motivar diagnóstico precoce em lesões sugestivas de câncer de pele, dada a maior propensão nesta população. Para tanto, lançaram mão de material escrito e em vídeo contendo as mesmas informações e aferiram o conhecimento dos participantes sobre câncer de pele, antes e depois deste material. Os autores demonstraram maior compreensão dos indivíduos quando utilizavam o vídeo, refletindo em maior acerto de perguntas<sup>34</sup>.

Poucos estudos foram realizados neste molde e, a maioria se dedica a pesquisar e promover conhecimento sobre câncer de pele, não contemplando outras dermatoses.

O envolvimento do paciente no conhecimento de sua doença é cada vez mais necessário, e deve ser realizado por compartilhamento de informações que sejam validadas cientificamente, mas que possam ser de fácil acesso e compreensão para todos os níveis educacionais, inclusive com recomendações de que o texto utilize uma linguagem compreensível para pessoas de escolaridade do ensino fundamental (ou correspondente à sexta série americana)<sup>35,36</sup>.

#### **1.4. Instrumentos de informação**

Intervenções educacionais são realizadas há bastante tempo, porém em sua maioria através de panfletos e informações escritas<sup>34</sup>, o que se opõe à situação atual de globalização onde o uso de mídias eletrônicas através de computadores, *tablets* e *smartphones* conectados à internet se impõem enquanto material de uso da população<sup>35,36</sup>. Estes resultados corroboram o que é visto em estudos, que demonstram a preferência maciça por conhecimentos transmitidos em vídeo em detrimento dos escritos, não apenas em assuntos relacionados a dermatologia, mas como outras especialidades também<sup>37,38,39</sup>.

Para confecção de tais materiais deve-se levar em consideração uma linguagem e abordagem que proporcione compreensão ampla, visto que muitos materiais atualmente disponíveis, seja de forma impressa ou *online*, são considerados compreensíveis e aplicáveis, porém com complexidade acima da preconizada<sup>40,41</sup>. A aceitação por parte dos psoriáticos para este tipo de abordagem educacional é geralmente boa e ajuda a promover melhor entendimento e controle da doença, sem provocar grande ansiedade ou estresse.<sup>41,42</sup>

Estudos mostram uma demanda maior do paciente sobre informações validadas e em linguagem de fácil compreensão sobre sua doença, para que possa programar o início de uma terapia ou compreender, melhor, fenômenos diários. Cabe ao dermatologista observar se as informações passadas são ou não plenamente absorvidas, tendo em vista a falta de um canal de conversa informal extraconsultório. O médico pode, então, utilizar o advento da internet e mídias sociais para promoção da educação em saúde<sup>43</sup>.

Apesar do conhecimento que os pacientes têm, seja por informações dadas nas consultas médicas, ou pelas pesquisas em materiais leigos e conversas informais com outros portadores, informações validadas e voltadas para o público específico sempre

pode acrescentar novos conhecimentos e desmistificar ideias errôneas que são repassadas<sup>43</sup>.

Sabe-se que a propagação de informação de alta qualidade, de embasamento teórico em estudos científicos validados e recentes, desde que postos numa perspectiva de fácil compreensão, são bem aceitos pelos pacientes e podem promover entendimento e maior senso de controle sem gerar ansiedade sobre o diagnóstico<sup>44</sup>.

Estes materiais devem ser incorporados à visita ambulatorial, com o intuito de complementar a consulta, a fim de contemplar e suscitar dúvidas nos pacientes, tornando-os parte efetiva do processo saúde-doença<sup>45</sup>. Este trabalho surge no cerne de investigar a praticidade e efetividade de vídeos educacionais no tratamento multidisciplinar da psoríase em pacientes ambulatoriais, bem como avaliar sua satisfação com este material e a fixação das informações num momento posterior à consulta.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal:**

Avaliar o grau de conhecimento sobre a doença dos pacientes com psoríase, acompanhados em ambulatório especializado, e avaliar a eficácia de dois instrumentos diferentes de informação.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Avaliar o conhecimento dos pacientes sobre a doença pela qual já são acompanhados e recebem informações nas consultas;
- Avaliar o conhecimento dos pacientes sobre a doença após exposição de material de educação em saúde, tanto em vídeo quanto impresso;
- Avaliar o potencial de apreensão do conhecimento dos pacientes expostos ao vídeo em relação aos expostos ao impresso e comparar a efetividade dos dois métodos;

### **3. HIPÓTESES**

- As orientações verbais fornecidas pelos médicos nas consultas são ineficazes ou pouco compreendidas pelos pacientes;
- A utilização de um material suplementar ajuda na compreensão do paciente;
- O material em vídeo surte mais efeito que o material impresso;
- Estas medidas terão impacto a longo prazo.

#### 4. SUJEITOS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, intervencionista, randomizado de pacientes acompanhados por psoríase na rotina de um ambulatório especializado de dermatologia do HC Unicamp. O estudo foi desenvolvido entre os meses de julho 2017 a julho de 2018. Todos os participantes foram abordados em suas consultas usuais e indagados sobre o interesse em participar do estudo ao final de cada consulta. Foi avaliada sua elegibilidade para a participação por um dos pesquisadores envolvidos no protocolo de pesquisa e, foi aplicada e fornecida uma via do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1), com leitura e explanação a fim de que o participante assinasse demonstrando concordar, antes da realização de qualquer procedimento. O projeto foi aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Unicamp, sob o parecer de número 2.014.058 (anexo 2).

Os pacientes foram, então, randomizados para grupo A (grupo do panfleto educacional) e grupo B (grupo do vídeo educacional), de acordo com o dia da consulta, sendo alternada a abordagem a cada semana. Foi aplicado, então, um questionário baseado em um instrumento (anexo 3) e retornado ao investigador, que revisou e garantiu o preenchimento completo. O investigador, então, forneceu ao paciente um dos materiais complementares de acordo com o grupo em que o paciente se encontra, quais sejam panfleto ou vídeo educacional. No caso do panfleto, este era devolvido ao pesquisador ao final de sua utilização pelo paciente, e foi preparado pelos pesquisadores envolvidos e baseados nos panfletos já utilizados pela *American Academy of Dermatology* (AAD) e *National Psoriasis Foundation*.

O grupo A teve três minutos para realizar a leitura do panfleto (anexo 4), enquanto o grupo B assistiu a um vídeo de 3 minutos, produzido por um dos pesquisadores em parceria com o Departamento de Dermatologia da *Stritch School of Medicine* da Universidade Loyola em Chicago, contendo basicamente o mesmo conteúdo que o panfleto<sup>34</sup>.

Depois do panfleto ou do vídeo educacional, os participantes responderam novamente ao questionário, além de preencherem um outro questionário com dados demográficos, da evolução da doença e de satisfação (anexo 5), baseado em instrumentos publicados previamente. Após completados os dois questionários, o paciente retorna para o investigador para que este possa revisá-los.

Cada participante foi identificado por um número (ex. 01, 02, 03) e utilizou-se uma lista matriz que relaciona o número do sujeito do estudo com o número do prontuário do paciente, mantendo a identidade do paciente anônima.

#### **4.1 População do estudo**

##### **4.1.1 Critérios de inclusão:**

- Idade de 18 anos ou mais;
- Possuir o diagnóstico de psoríase;
- Ser apto a ler e escrever;
- Ser apto a entender o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Ser apto a enxergar, com ou sem o uso de lentes corretivas;
- Ser apto a ouvir, com ou sem uso de aparelhos auditivos;

##### **4.1.2 Critérios de exclusão:**

- Idade menor de 18 anos;
- Não possuir o diagnóstico de psoríase;
- Não ser apto a ler e escrever;
- Não ser apto a entender o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Não ser apto a enxergar, com ou sem o uso de lentes corretivas;
- Não ser apto a ouvir, com ou sem uso de aparelhos auditivos;

#### **4.2 Procedimentos do estudo**

##### **4.2.1 Recrutamento:**

Os pacientes acompanhados no ambulatório de Dermatologia do HC Unicamp que estiveram em consulta para cuidado em psoríase foram abordados quanto ao interesse em participar do estudo e dados uma breve explicação verbal.

##### **4.2.2 Visita inicial: panfleto ou vídeo educacional**

Setenta e quatro pacientes acompanhados por psoríase e que preencheram os critérios de inclusão no estudo foram convidados a participar.

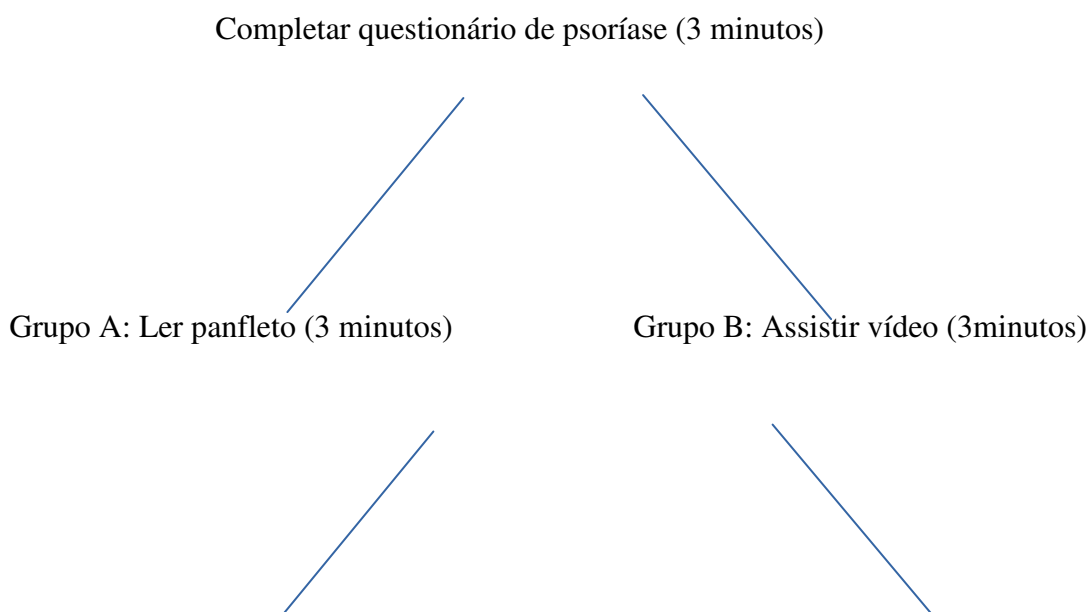
- Todos os pacientes foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Todos os pacientes completaram um questionário de 10 itens sobre o conhecimento prévio em psoríase antes da intervenção educacional;
- Randomização: o sujeito foi agrupado em um dos dois grupos de acordo com a alternância que se dava a cada recrutamento
  - **Grupo A:** leitura do panfleto educacional em psoríase;
  - **Grupo B:** assistir a um breve vídeo educacional em psoríase.
- Todos os pacientes completaram um questionário de 10 itens e depois um questionário de satisfação.

#### 4.2.3 Critérios para saída do estudo

- Desejo em parar de participar;
- O investigador julgar inadequada a continuação da participação do sujeito no estudo.

#### 4.3 Esquema de estudo

O projeto busca verificar qual forma de abordagem educacional (impressa ou em vídeo) tem maior potencial na compreensão do paciente com psoríase. A fim de obter dados quantificáveis, os questionários foram aplicados antes e após a exposição do material. Os pacientes foram divididos em dois grupos.



Completar questionário sobre psoríase e pesquisa de satisfação (5 minutos)

#### **4.4 Coleta de Dados**

##### **4.4.1 Aferição dos primeiros resultados:**

Os pacientes completaram o instrumento do questionário de 10 itens composto por questões múltipla escolha, que avaliaram o conhecimento dos participantes acerca de informações já ratificadas por publicações em psoríase e adaptada de instrumentos validados previamente. A mudança no conhecimento será avaliada.

##### **4.4.2 Aferição dos resultados secundários:**

Os pacientes completaram a pesquisa de satisfação, composta por 5 itens que avaliavam a opinião em relação a efetividade do vídeo como meio de propagação de conhecimento quando comparado à orientação verbal ou escrita de pacientes, à utilidade do vídeo para propagação de informação e, a viabilidade da implementação de intervenções breves na atual prática clínica.

#### **4.5 Avaliação da eficácia**

O acréscimo do advento do vídeo ao processo de educação em saúde somado à tradicional orientação verbal e escrita para pacientes com psoríase será considerada eficaz, quando comparado com sujeitos que não receberam as orientações por vídeo se:

- Participantes estiverem satisfeitos com vídeo e aptos a compreender as informações dadas;
- Participantes tiverem aumento considerável no aprendizado sobre a doença.

#### **4.6 Metodologia estatística**

Foi realizada análise exploratória de dados através de média, desvio padrão, mínimo, mediana, máximo, frequência e porcentagem. Os grupos foram comparados através do teste de Mann-Whitney, Qui-Quadrado ou exato de Fisher. A comparação entre acertos e erros e a relação do tratamento atual e escolaridade com os acertos foram realizadas através de ANOVA para medidas repetidas com as variáveis respostas transformadas em postos. O teste de McNemar foi usado para comparar os acertos entre pré e pós para cada questão<sup>46,47,48,49</sup>. O nível de significância adotado foi de 5%.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Perfil demográfico dos pacientes estudados

Foram selecionados 90 pacientes, destes 16 não contemplaram os critérios de inclusão ou não quiseram participar. Totalizando 74 pacientes cuja idade média foi 50,5 anos, com 42 pacientes destinados ao grupo panfleto e 32 ao grupo vídeo. Uma população composta por 60% mulheres e 40% homens.

**Quadro 1: Resultados sociodemográficos e dos tratamentos**

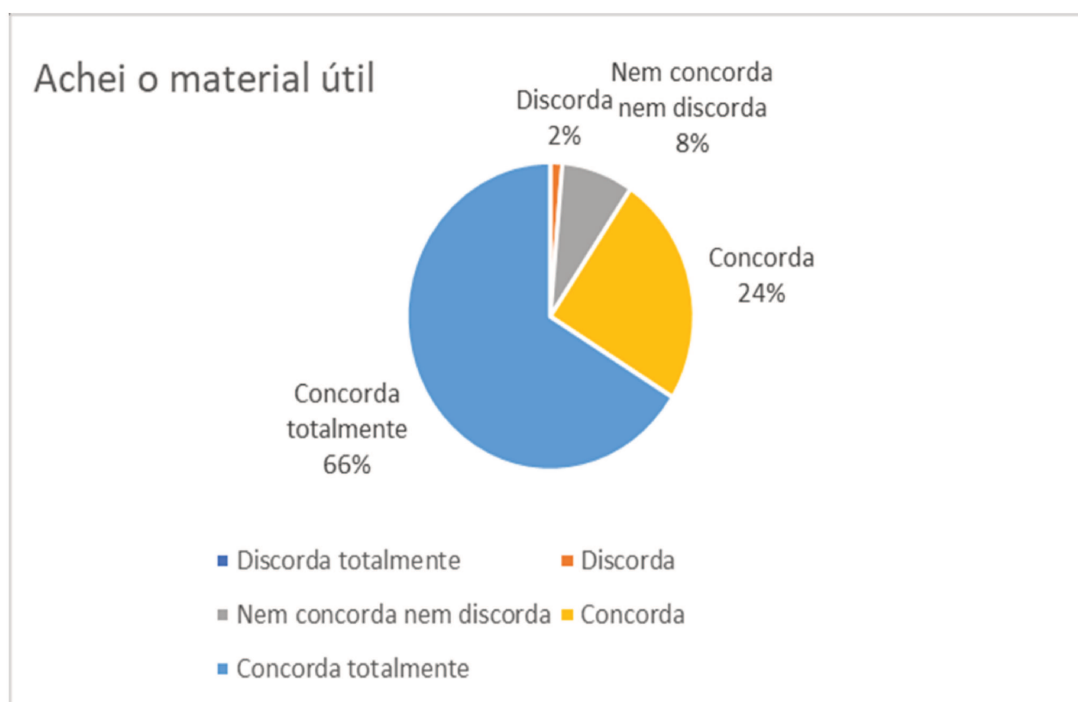
	Resultados
Gênero	F = 44; M = 30
Idade	50,5 anos $\pm$ 16,5
Escolaridade	36% Fundamental; 40% Médio; 23% Superior
Forma clínica	Placas 82% Pustulosa 6% Eritrodérmica 2% Ungueal 1% Palmo-plantar 6%
Tratamento feito	Tópico 75% Metotrexate 70% Acitretina 52% Biológico 9%

Com relação à escolaridade, 36% cursaram o ensino fundamental, 40% nível médio e 23% superior. A forma em placas foi responsável por 82% da população estudada. Cerca de 70% fez uso de metotrexato em um determinado momento de seu tratamento. Mais de 75% utilizou medicações tópicas como corticoides de alta potência ou análogos de vitamina D. Atualmente, cerca de 37% dos pacientes está em vigência de drogas imunobiológicas.

### 5.2 Impressão sobre o material

**Gráfico 1: Opinião sobre utilidade do material**





**Gráfico 2: Opinião sobre facilidade de uso do material**

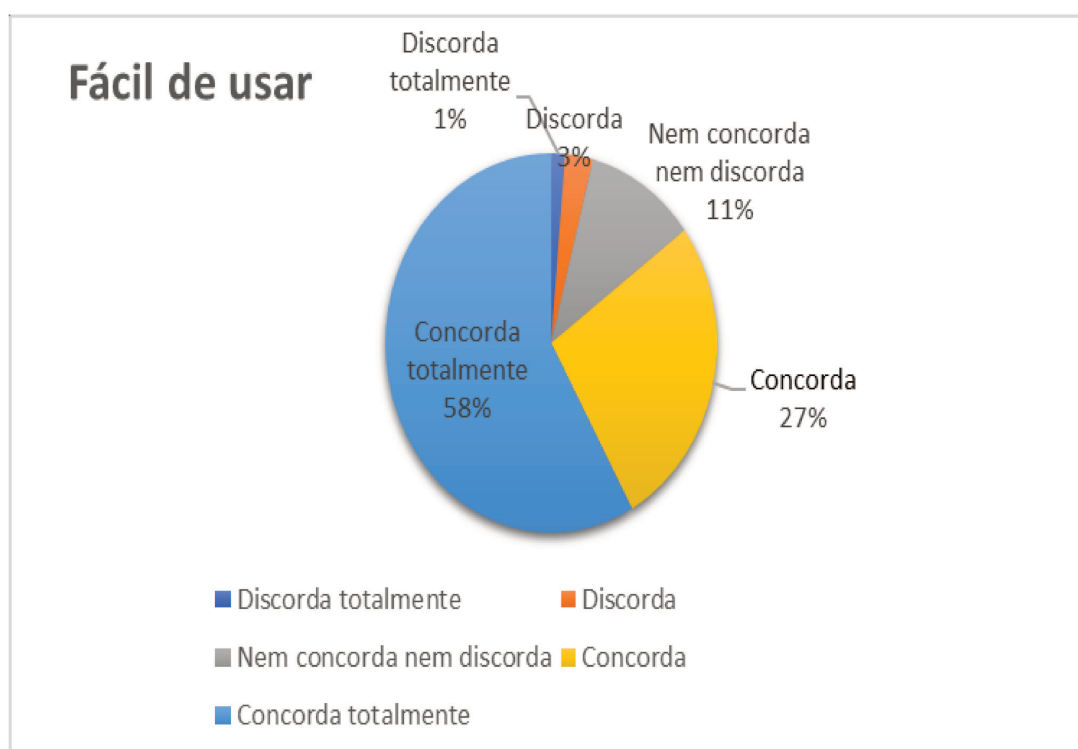


Gráfico 3: Opinião sobre tempo para apreciação do material

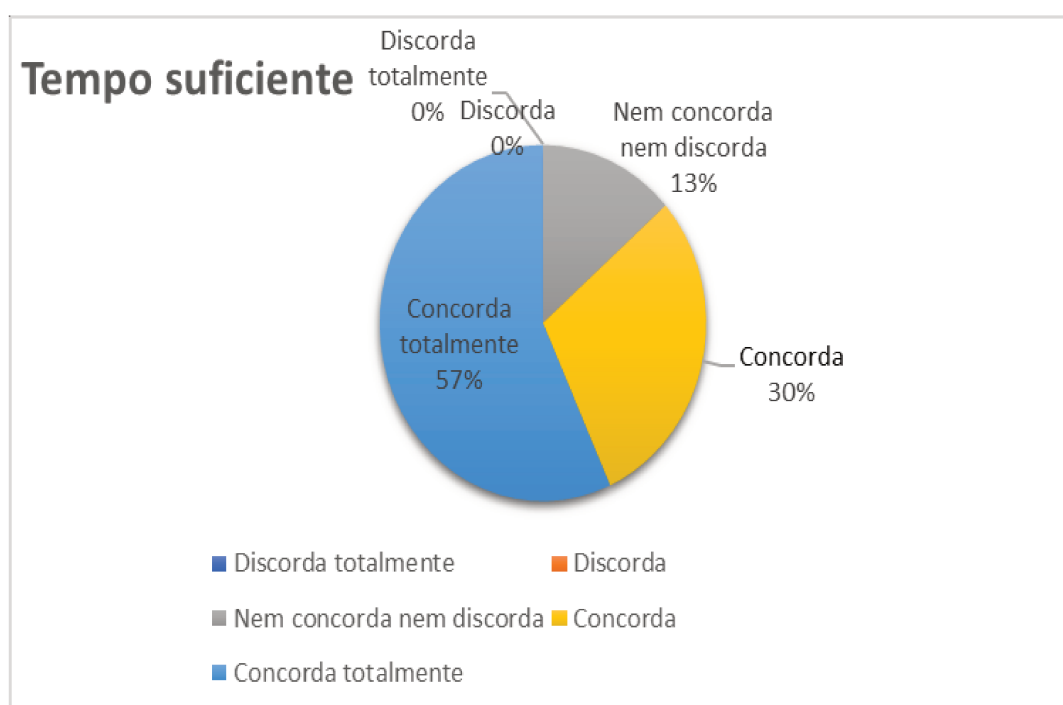
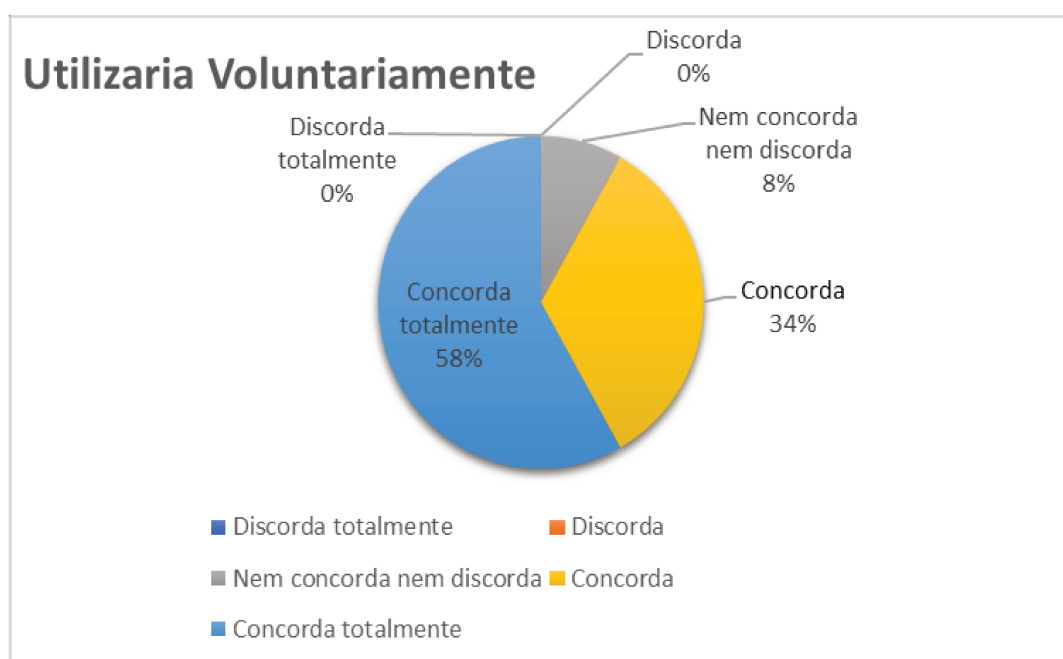


Gráfico 4: Opinião sobre a utilização voluntária do material



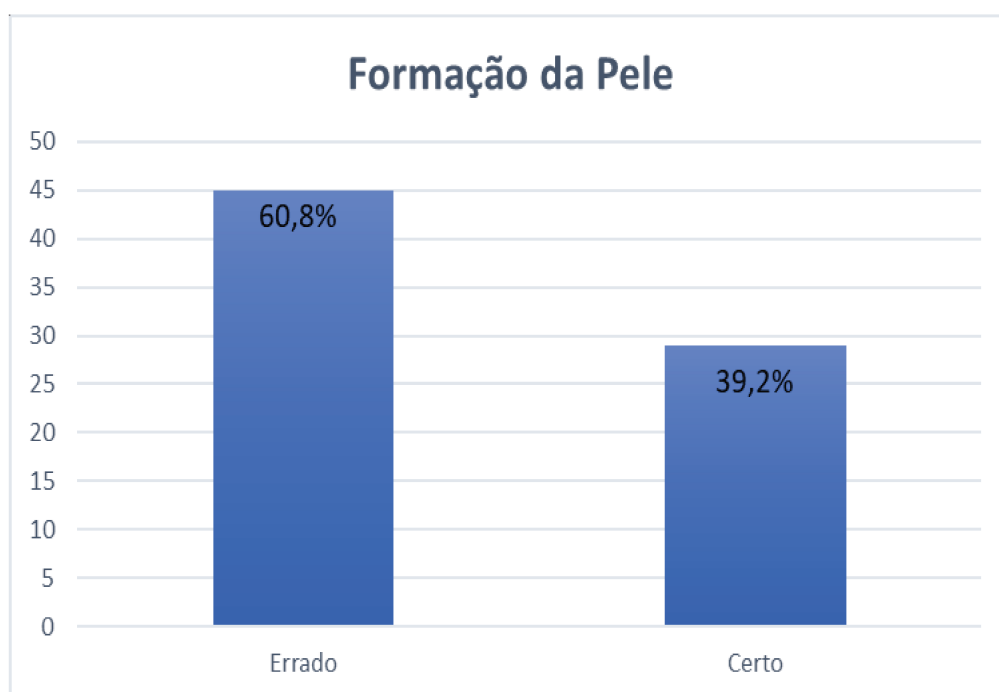
Entre 56 a 66% dos indivíduos concordaram fortemente que o material era útil, de fácil uso e o tempo suficiente para a apreciação. Enquanto 44% apontaram concordar totalmente que as informações passadas em vídeo seriam mais adequadas.

Quanto à utilidade do material, soma-se 90% dos que concordam que o material seria útil e 85% concordou que era fácil de usar. O tempo foi suficiente para 87% e seria utilizado voluntariamente por 92% dos participantes. Cerca de 70% afirmou preferir receber as informações em vídeo.

Quando comparando os dois grupos, os indivíduos expostos ao vídeo responderam que as informações em vídeo são mais adequadas e o tempo suficiente, apresentando diferença significativa estatística em relação ao grupo panfleto.

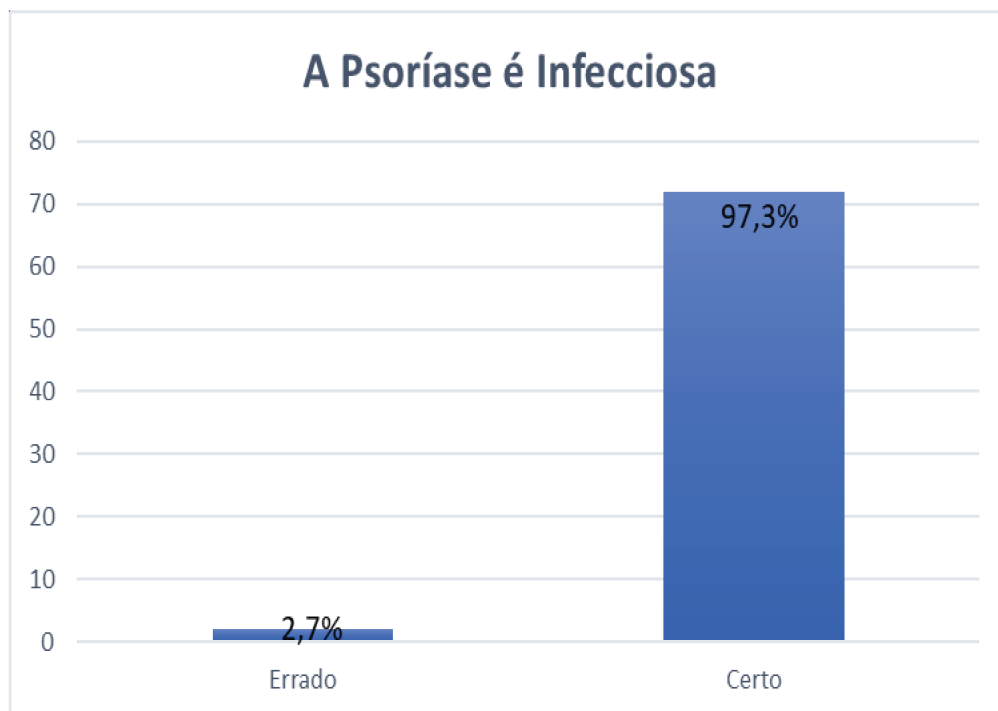
### 5.3 Conhecimento sobre a doença

**Gráfico 5: Conhecimento básico sobre velocidade da formação da pele**



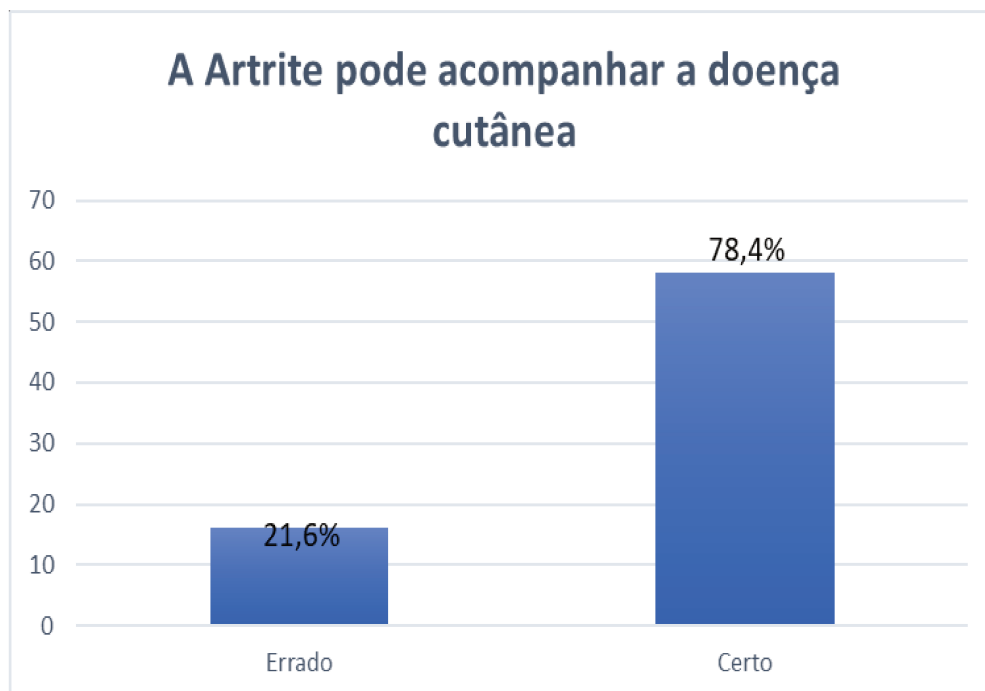
**Psoríase se relaciona com uma formação demorada de pele nova?**

**Gráfico 6: Conhecimento sobre etiologia da doença.**



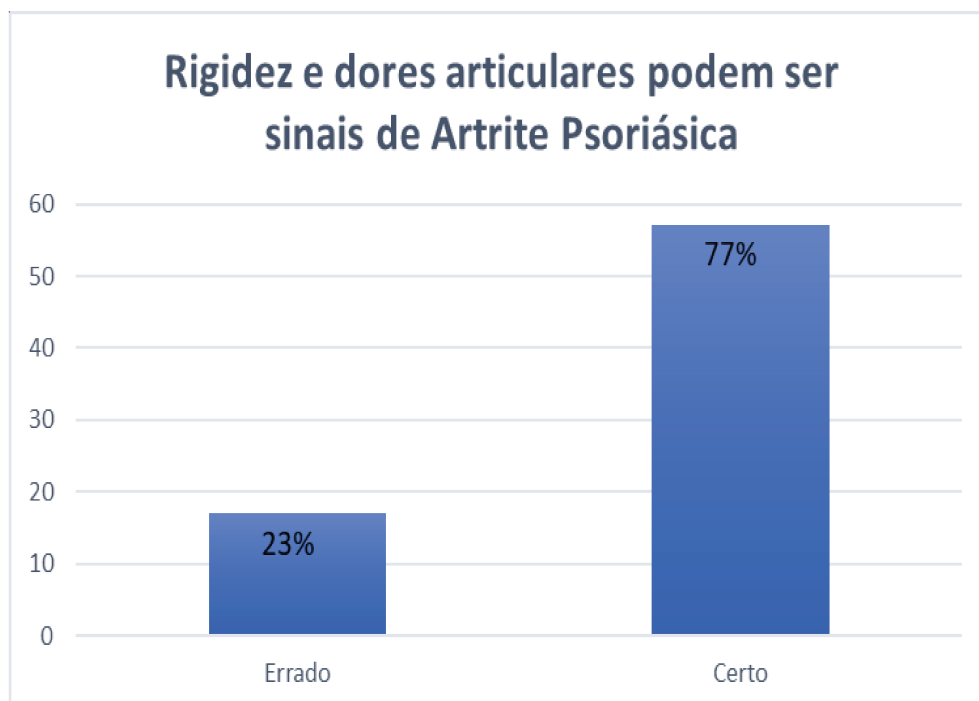
A psoríase é infecto-contagiosa?

Gráfico 7: Conhecimento sobre duração da AP



A artrite psoriásica é uma condição que pode acompanhar a psoríase e dura a vida toda?

**Gráfico 8: Conhecimento sobre sinais precoces da AP.**



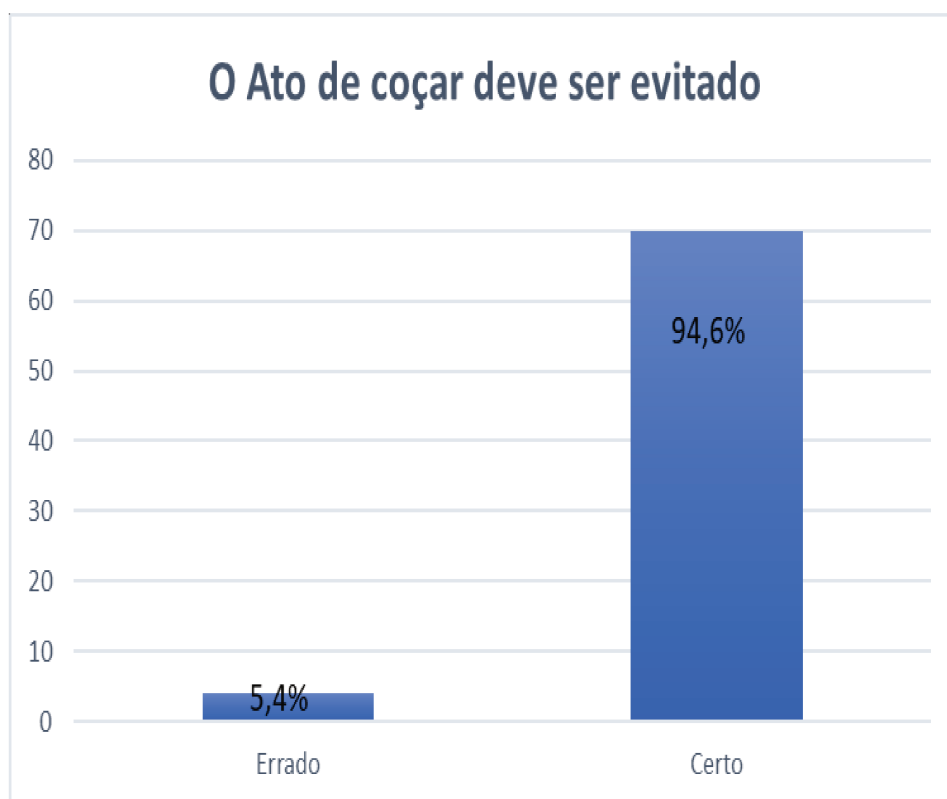
Se eu perceber uma rigidez nas articulações, isto é um sinal de que estou ficando mais velho;

**Gráfico 9: Conhecimento sobre importância da umectação da pele.**



Para me ajudar no alívio dos sintomas da psoríase, posso usar hidratantes sem fragrância

**Gráfico 10: Conhecimento sobre riscos de trauma cutâneo.**



**Se minha pele começar a coçar, eu devo continuar coçando-a?**

Antes mesmo de serem expostos ao material, cerca de 97% dos pacientes afirmavam a psoríase não ser de natureza infecto-contagiosa e 78% sabiam dever atentar a sinais precoces de artrite devido à associação com a doença cutânea. De 87 a 94% estavam bem orientados quanto a cuidados com umectação e orientações sobre banho.

Porém 45 pacientes não sabiam que a psoríase trata-se de formação acelerada da pele. A população de nível médio e superior teve nível de acerto mais elevado quando comparadas à de nível fundamental.

#### **5.4 Eficiência na transmissão da informação**

Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação de perguntas pré ou pós intervenção entre os indivíduos dos dois grupos, nem quando comparados individualmente. Porém quando comparadas as médias de acertos entre os grupos, o que equivaleria ao aprendizado com o material, vê-se que os indivíduos que leram o panfleto tiveram aumento de média significativo em relação ao vídeo ( $p < 0,05$ ) (Anexo 6).

Ambos os materiais contribuíram num aumento significativo ( $p < 0,05$ ) sobre o entendimento de que a psoríase é uma doença crônica e que não tem tratamento curativo estabelecido, compreendendo a importância de um tratamento contínuo.

Ao comparar os acertos dentro de grupos etários, compreendendo jovens, adultos e idosos ( $\leq 30$ , 31-55,  $\geq 56$ ), não houve diferença estatística no nível de acertos tanto no grupo vídeo quanto no grupo panfleto.

## **6. DISCUSSÃO**

### **6.1 Perfil demográfico dos pacientes do estudo**

Uma população composta por 60% mulheres foi encontrada, discordante da realidade brasileira, em que a maioria acometida é de homens (53%) com média de idade semelhante a encontrada por Friedman e Hoffman<sup>30</sup>, esta parece refletir a realidade encontrada no ambulatório.

Com relação à escolaridade, 36% cursaram o ensino fundamental, 40% nível médio e 23% superior, próximo ao registrado nacionalmente (40%, 37% e 20% respectivamente)<sup>29,30</sup>.

A forma em placas correspondeu a 82% da população estudada, que se aproxima ao relatado na literatura mundial<sup>1</sup>. As demais formas são mais raras e tendem a ser acompanhadas em serviços de maior complexidade, como o caso deste em que o trabalho foi executado.

Cerca de 37% dos 74 pacientes encontra-se sob tratamento atual com drogas imunobiológicas, demonstrando a gravidade dos casos seguidos neste ambulatório, provavelmente devido ao longo tempo de doença da maioria dos pacientes e da complexidade terciária do serviço. Isto retrata uma mudança de paradigma no tratamento atual da psoríase.

O metotrexate foi usado por 70% dos participantes em um determinado momento de seu tratamento, medicação esta responsável pelos melhores resultados no PASI na era pré-biológicos. A alta utilização de medicações tópicas pela população, também demonstra a importância destes como tratamentos complementares para psoríase em placas que são refratárias ou em casos leves.

Fatores como dificuldades visuais decorrentes da idade e baixa compreensão diante do nível de conhecimento declarado, foram aspectos notados pelo pesquisador ao longo da aplicação do trabalho, refletindo um analfabetismo funcional tão discutido e presente na população brasileira.

### **6.2 Impressão sobre o material**

A aceitação dos materiais propostos foi alta (variando de 85 a 92%) demonstrando serem úteis, fáceis de usar e que poderiam ser utilizados num tempo



adequado; neste trabalho foi observada carência de materiais informativos validados, sendo esta uma demanda reprimida dos pacientes, que se veem sem um canal direto para sanar dúvidas. Também, uma dificuldade para os médicos por não saberem ao certo qual tipo de informação está sendo consumida por seu paciente, deste modo este material passaria a colaborar neste sentido<sup>42</sup>.

A preferência pelo material em vídeo foi relatada mesmo pelos que utilizaram o panfleto, na opinião do autor, isto se deve a uma certa dificuldade de leitura e por achar que a transmissão passiva do conhecimento de forma televisionada seria mais prática e fácil, por mais que não tenha sido revertida em maiores resultados, como discutiremos adiante. É importante ressaltar que os participantes foram informados sobre o caráter de avaliação do estudo, o que pode ter gerado uma maior atenção quando da exibição dos materiais.

Um estudo com prevenção de câncer de pele em população transplantada dos EUA, utilizou a mesma abordagem impressa e em vídeo, servindo de inspiração para a realização do presente trabalho. Como resultados tiveram um aumento significativo no nível de acertos os pacientes que foram expostos às informações em vídeo e referem que o apelo áudio-visual parece ser maior que o escrito no tocante a passagem de informação<sup>34</sup>. Estes resultados não foram observados neste trabalho, e isto pode ser devido à diferença da população americana e brasileira, tanto social quanto cultural, demonstrando uma importância na forma como o conteúdo é apresentado, e como aspectos da cultura local devem ser valorizados a fim de se aproximar da realidade da população, para se fazer entender melhor.

### **6.3 Conhecimento sobre a doença**

Os pacientes apresentavam, antes da aplicação do material, conhecimento sobre: natureza inflamatória da doença, sinais e sintomas precoces da artrite psoriásica e cuidados básicos com a pele. Sugere a compreensão sobre a doença não ser contagiosa, o que melhora as suas relações sociais pois o permite explicar que sua condição não representa um risco a outrem. Quanto aos cuidados básicos, nota-se uma compreensão do que seria o fenômeno de Koebner presente na psoríase e como fazer para evitá-lo.

De acordo com o analisado a partir das respostas aos questionários, a maioria dos participantes não apresentava conhecimento básico sobre a fisiopatologia da doença, não sabendo que a psoríase trata-se de formação acelerada da pele. Nota-se,

também, uma dificuldade de entendimento e/ou aceitação da natureza crônica da doença em parte da população estudada, o que influencia na falta de compreensão que a doença deva ser controlada com as medicações e que estas devem ser tomadas de acordo com a prescrição médica, levando a queda na adesão ao tratamento.

O conhecimento sobre a artrite se mostrou efetivo e isto se deve a constantes questionamentos na anamnese e conscientização sobre a sua existência durante as consultas. As informações demonstram um conhecimento que o paciente já trazia consigo, provavelmente devido informação do médico em consultas prévias, percepção de perguntas frequentes na anamnese, conversa com colegas na sala de espera e leitura de materiais voltados para leigos pela internet. Durante a revisão de literatura feita para este trabalho, não foram encontrados artigos que avaliassem o conhecimento dos pacientes de psoríase em questões específicas como as aqui relatadas.

Os usuários de medicações imunobiológicas não diferiram com os demais em relação a um conhecimento maior sobre a doença. Esperava-se que, por se trata de um ambulatório específico e com pacientes com maior curso de doença, deveriam ter sido mais informados. Porém, percebe-se que o conhecimento dos pacientes era equivalente, independentemente da medicação utilizada, demonstrando que as informações na consulta não são super ou subestimadas de acordo com a gravidade.

A população de nível médio e superior teve nível de acerto mais elevado quando comparada à de nível fundamental, o que se torna compreensível devido ao material, por mais simplificado que fosse, conter informações técnicas. Alia-se a isso uma dificuldade de interpretação de texto e assimilação de conteúdo que pode ter sido enfrentada pela população menos esclarecida.

#### **6.4 Eficiência na transmissão da informação**

A estatística mostrou que o panfleto foi mais eficiente do que vídeo na assimilação de informação. Isto parece estar relacionado com o panfleto ter um apelo visual melhor, estando mais ilustrado e colorido, além de poder servir como material de consulta durante a resposta das questões<sup>34</sup>, o que pode configurar um viés de aferição.

Como vantagens do panfleto tem-se a possibilidade de levá-lo para casa ou outros ambientes e este ser replicado para o contato com amigos e familiares, aumentando o alcance deste material na comunidade. Dentre as desvantagens destaca-se

o fato de sua confecção ser mais cara devido ao número de cópias e gasto de papel, contribuindo para agressão ecológica.

O vídeo realiza uma transmissão passiva da informação, e menos formação cognitiva e demandando menor esforço, o que o torna mais prático. Além de maior impacto nas salas de espera do ambulatório, onde poderia ser exposto para um grande número de pessoas sob um custo menor.

Novos artigos vêm trazendo abordagens semelhantes através da internet, com construção de *websites*, aplicativos e canais de interação direta entre pacientes e seus médicos assistentes. Este trabalho poderia ser o início de um projeto que englobasse outras características de educação em saúde continuada para estes pacientes. Um fator limitante que há de se citar, é que a grande população brasileira ainda não tem pleno acesso a internet banda larga, o que dificultaria uma abordagem virtual com famílias mais carentes.

Estes materiais demonstraram ser bons complementos à consulta, que muitas vezes tem tempo reduzido. Porém não podem substituir a informação dada pelo médico, que deve sempre orientar o paciente e não terceirizar a um material toda a informação necessária. Há também que se investir num treinamento da equipe multiprofissional que atua juntamente aos médicos, para que estes possam compreender a complexidade deste cuidado e se tornarem facilitadores do acesso ao conhecimento. Outros profissionais como pedagogos, publicitários e marketing podem auxiliar na melhor elaboração de materiais para qualificar e simplificar o conteúdo<sup>42</sup>.

Mais estudos são necessários sobre educação em saúde, técnicas de aprendizado e retenção da informação. Este estudo implanta um protocolo de informação ao paciente no ambulatório de psoríase, mas servirá de estímulo para novos estudos em outras dermatoses nos demais ambulatórios. Também será alvo de outros trabalhos a mensuração do conhecimento que ficou sedimentado através de uma nova aplicação do questionário nos participantes desta pesquisa.

A população brasileira é composta por vários grupos sociais e de escolaridades díspares, o que foi encontrado na amostra deste trabalho, demonstrando uma maior compreensão na população mais estudada. Também favorece este dado o fato de que a maioria dos pacientes já acompanhava neste ambulatório específico há algum tempo.

Os dados encontrados no presente estudo estão em consonância com os achados na literatura quanto aos aspectos epidemiológicos e mostra uma tendência a maior

gravidade e experimentação de drogas por parte dos pacientes, devido tratar-se de um hospital terciário, que atrai casos mais complexos.

O material confeccionado aos moldes americanos e de tradução adaptada pode ser um fator confundidor na análise, visto que pode não se adequar a aspectos culturais brasileiros. Apesar disso, foi declarada uma preferência por materiais em vídeo e com apelo visual mais rico do que a leitura, o que também pode ser causado por uma dificuldade na interpretação textual e compreensão do material lido por parte da população, sendo importante adequar a linguagem para todas as populações a fim de proporcionar a maior inclusão possível, o que geraria maior engajamento por parte dos pacientes e que eles possam se sentir, de fato, parte do seu processo saúde-doença.

Mais instrumentos validados fazem-se necessários para a promoção da educação em saúde para os pacientes dermatológicos desta instituição, além de haver necessidade de uma avaliação numa consulta posterior com o intuito de aferir o quanto sedimentada ficou a informação outrora recebida;

## 7. CONCLUSÃO

- Os pacientes estudados demonstraram conhecimento razoável sobre a psoríase, principalmente sobre os quesitos: natureza inflamatória, não contagiosa, sintomas de artrite. Pouco conhecimento sobre fisiopatogenia;
- Após a utilização de material informativo, os pacientes que utilizaram o panfleto, depreenderam mais informação em sua maioria, que mostrou-se mais eficaz na transferência de informação ao paciente;
- O material em vídeo foi mais aceito pelos pacientes, embora o material impresso foi relacionado a maior retenção da informação;
- O aproveitamento foi melhor em pacientes com melhor nível escolaridade;
- Este material será utilizado na sala de espera e poderá ser aplicado sob a mesma lógica para outros ambulatórios. O produto final deste trabalho será o meio de disseminação sobre as doenças atendidas dos ambulatórios de dermatologia, no ambiente da sala de espera, a começar pela psoríase.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Smith C, Barker J, Menter A: Fast Facts–Psoriasis. In.: Health Press Limited, Oxford; 2002.
- 2) Rivitti E. Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
- 3) Bremmer S, Van Voorhees AS, Hsu S, Korman NJ, Lebwohl MG, Young M, Bebo BF Jr, Blauvelt A. Obesity and psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol.* 2010: 1058.
- 4) Li W, Han J, Choi HK, Qureshi AA Smoking and risk of incident psoriasis among women and men in the United States: a combined analysis. *Am J Epidemiol.* 2012: 402-13.
- 5) Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Ellis CN. Alcohol intake and treatment responsiveness of psoriasis: a prospective study. *J Am Acad Dermatol.* 1993: 730.
- 6) Kitamura K, Kanasashi M, Suga C, et al. Cutaneous reactions induced by calcium channel blocker: high frequency of psoriasiform eruptions. *J Dermatol* 1993:279.
- 7) Gladman DD, Anhorn KA, Schachter RK, Mervart H. HLA antigens in psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 1986:586.
- 8) Duffy DL, Spelman LS, Martin NG. Psoriasis in Australian twins. *J Am Acad Dermatol.* 1993:428-34.
- 9) Brandrup F, Holm N, Grunnet N, Henningsen K, Hansen HE Psoriasis in monozygotic twins: variations in expression in individuals with identical genetic constitution. *Acta Derm Venereol.* 1982:229-36.
- 10) Trembath RC, Clough RL, Rosbotham JL, Jones AB et al. Identification of a major susceptibility locus on chromosome 6p and evidence for further disease loci revealed by a two stage genome-wide search in psoriasis. *Hum Mol Genet.* 1997;6(5):813.
- 11) Sagoo GS, Tazi-Ahnini R, Barker JW, Elder JT, Nair RP et al. Meta-analysis of genome-wide studies of psoriasis susceptibility reveals

- linkage to chromosomes 6p21 and 4q28-q31 in Caucasian and Chinese Hans population. *J Invest Dermatol*. 2004;122(6):1401
- 12) Mallon E, Bunce M, Wojnarowska F, Welsh K. HLA-CW\*0602 is a susceptibility factor in type I psoriasis, and evidence Ala-73 is increased in male type I psoriatic. *J Invest Dermatol*. 1997:183.
  - 13) Nair RP, Stuart PE, Nistor I, Hiremagalore R, Chia NV et al. Sequence and haplotype analysis supports HLA-C as the psoriasis susceptibility 1 gene. *Am J Hum Genet*. 2006:827.
  - 14) Zaba LC, Cardinale I, Gilleaudeau P, et al. Amelioration of epidermal hyperplasia by TNF inhibition is associated with reduced Th17 responses. *J Exp Med* 2007; 204:3183.
  - 15) McKenzie BS, Kastelein RA, Cua DJ. Understanding the IL-23-IL-17 immune pathway. *Trends Immunol* 2006; 27:17
  - 16) Menter A, Tying SK, Gordon K, et al. Adalimumab therapy for Moderate to severe psoriasis: A randomized, controlled phase III trial. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58:106.
  - 17) Papp KA, Tying S, Lahfa M, et al. A global phase III randomized controlled trial of etanercept in psoriasis: safety, efficacy, and effect of dose reduction. *Br J Dermatol* 2005; 152:1304.
  - 18) Reich K, Nestle FO, Papp K, et al. Infliximab induction and maintenance therapy for moderate-to-severe psoriasis: a phase III, multicentre, double-blind trial. *Lancet* 2005; 366:1367.
  - 19) Stockinger B, Veldhoen M. Differentiation and function of Th17 T cells. *Curr Opin Immunol* 2007; 19:281.
  - 20) Blauvelt A. T-helper 17 cells in psoriatic plaques and additional genetic links between IL-23 and psoriasis. *J Invest Dermatol* 2008; 128:1064.
  - 21) Tesmer LA, Lundy SK, Sarkar S, Fox DA. Th17 cells in human disease. *Immunol Rev* 2008; 223:87.
  - 1) Silva SA, Magalhães RF, Torres RA, de Oliveira RD, Velho PE. Use of clobetasol in lacquer for plaque psoriasis treatment. *An Bras Dermatol*. 2016:113-5.
  - 2) Svendsen MT, Jeyabalan J, Andersen KE, Andersen F, Johannessen H. Worldwide utilization of topical remedies in treatment of psoriasis: a systematic review. *J Dermatolog Treat*. 2016:1-10

- 22)Malakouti M, Jacob SE, Anderson NJ. Treatment challenges in the management of moderate-to-severe plaque psoriasis - role of secukinumab. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2016:347-355.
- 3) Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. Int J Dermatol. 1993:587-91.
- 4) Torres RA, Silva SA, Magalhães RF, Morcillo AM, Velho PE. Comparison of quality of life questionnaires and their correlation with the clinical course of patients with psoriasis. An Bras Dermatol. 2011:45-9.
- 23)Horn EJ, Fox KM, Patel V, et al. Are patients with psoriasis undertreated? Results of National Psoriasis Foundation survey. J Am Acad Dermatol. 2007;57:957–962.
- 5) Gonzalez J, Cunningham K, Perlmutter J, Gottlieb A. Systematic Review of Health-Related Quality of Life in Adolescents with Psoriasis. Dermatology. 2016.
- 24)Romiti R, Arnone M, Menter A, Miot HA. Prevalence of psoriasis in Brazil - a geographical survey. Int J Dermatol. 2017:e167-e168.
- 25)Romiti R, Fabricio LHZ, Souza CDS, Galvao LO et al: Assessment of psoriasis severity in Brazilian patients with chronic plaque psoriasis attending outpatients clinics: a multicenter, population-based cross-sectional study (APPISOT). J Dermatolog Treat 2018: 1-11.
- 26)Tejada CS; Mendoza-Sassi RA; Almeida Jr HL; Figueiredo PN; Tejada VFS. Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. An Bras Dermatol. 2011;86.
- 27)DiBonaventura M, Carvalho AVE, Souza CDS, Squiassi HB, Ferreira CN. The association between psoriasis and health-related quality of life, work productivity, and healthcare resource use in Brazil. An Bras Dermatol. 2018;93:197-204.
- 1) Geale K, Henriksson M, Schmitt-Egenolf M. How is disease severity associated with quality of life in psoriasis patients? Evidence from a longitudinal population-based study in Sweden. Health Qual Life Outcomes. 2017;15:151.



- 28)Trinh N, Novice k, Lekakh O, Means A, Tung R. Use of a Brief Educational Video Administered by a Portable Video Device to Improve Skin Cancer Knowledge in the Outpatient Transplant Population. *Dermatol Surg* 2014;1233–1239.
- 29)Statistics National Center for Education and Statistics (NCES). U.S.Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Statistics, 2003 National Assessment of Adult Literacy. [http://nces.ed.gov/NAAL/kf\\_dem\\_edu.asp](http://nces.ed.gov/NAAL/kf_dem_edu.asp)
- 30)Friedman DB, Hoffman-Goetz L. A systematic review of readability and comprehension instruments used for print and web-based cancer information. *Health Educ Behav*. 2006;352-373.
- 31)Armstrong AW, Idriss NZ, Kim RH. Effects of video-based, online education on behavioral and knowledge outcomes in sunscreen use: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2011;273-7.
- 32) Novak CB, Mak L, Chang M. Evaluation of written and video education tools after mallet finger injury. *J Hand Ther*. 2018;12.
- 33)Lenczowski E, Tung-Hahn E, Higareda J, McCormick C, Markoff T, Arffa M, Poon E, Lee K, Alam M. Video education to improve recognition of common benign and malignant cutaneous lesions and skin cancer prevention in the public. *Int J Womens Dermatol*. 2017 27;4(2):80-82.
- 6) Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016.
- 34)Idriss NZ, Alikhan A, Baba K, Armstrong AW: Online, video-based patient education improves melanoma awareness: a randomized controlled trial. *Telemed J E Health* 2009;992-997.
- 35)Bui TL, Silva-Hirschberg C, Torres J, Armstrong AW. Are patients comprehending? A critical assessment of online patient educational materials. *J Dermatolog Treat*. 2018 May;295-299.
- 36)Hawkins SD, Barilla S, Feldman SR. Web app based patient education in psoriasis - a randomized controlled trial. *Dermatol Online J*. 2017;23(4).
- 37)Nelson PA, Kane K, Pearce CJ, Bundy C et al. 'New to me': changing

patient understanding of psoriasis and identifying mechanisms of change. The Pso Well® patient materials mixed-methods feasibility study. *Br J Dermatol.* 2017:758-770.

- 38)Khoury LR, Skov L, Møller T. Facing the dilemma of patient-centred psoriasis care: a qualitative study identifying patient needs in dermatological outpatient clinics. *Br J Dermatol.* 2017:436-444
- 39)Conover W.J., Iman R.L.: Rank Transformations as a Bridge Between Parametric and Nonparametric Statistics. *The American Statistician*, Vol. 35, No. 3. (Aug., 1981), pp. 124-129.
- 40)Conover, W.J. (1999). *Practical Nonparametric Statistics*. 3<sup>a</sup> ed. John Wiley & Sons Inc. Nova Iorque.
- 41)Fleiss, J. L. (1981), *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: John Wiley & Sons, 2<sup>nd</sup> ed.
- 42)Montgomery, Douglas C. (1991), *Design and Analysis of Experiments*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons.

## **ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

### **Educação em Saúde e Psoríase: Avaliação do conhecimento sobre a doença em pacientes ambulatoriais**

#### **Introdução**

A psoríase é uma doença inflamatória da pele e articulação, associada a comorbidades sistêmicas. A Psoríase tende a se comportar em ciclos, alternando períodos de piora com períodos de melhora clínica, muitas vezes levando o paciente a achar que está curado de sua condição. É por isso que se faz cada vez mais necessário o envolvimento do paciente no conhecimento de sua doença através de informações que sejam validadas cientificamente, mas que possam ser de fácil acesso e compreensão para todos os níveis educacionais.

#### **Objetivos:**

O objetivo deste trabalho é avaliar o grau de conhecimento e adesão ao tratamento dos pacientes portadores de Psoríase acompanhados em ambulatório especializado.

#### **Como será a pesquisa:**

Serão selecionados pacientes com portadores de psoríase acompanhados no ambulatório de Psoríase do serviço de dermatologia do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp.

Você será sorteado para um dos dois tipos de material educativo: panfleto ou vídeo. Não será necessário comparecer ao HC em datas adicionais à da sua consulta, sendo o trabalho realizado durante a sua consulta previamente agendada e no seu retorno ambulatorial.

Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira, uma vez que este trabalho será concomitante à rotina do serviço. O participante de pesquisa tem direito à indenização em casos de danos decorrentes da pesquisa.

**Rubrica do pesquisador** \_\_\_\_\_ **Rubrica do participante** \_\_\_\_\_

#### **Riscos e Benefícios esperados:**

O desconforto é o tempo usado para responder ao questionário e para visualizar o material educativo. Não há riscos previsíveis para estes procedimentos.

Os benefícios que você pode ter são o maior conhecimento sobre sua doença e seu tratamento, bem como uma conscientização da família e comunidade em que está inserido através de uma divulgação posterior do material utilizado, corroborando para um maior bem-estar biopsicossocial.

### **Forma de acompanhamento:**

Você será acompanhado(a) pelos médicos dermatologistas pesquisadores no dia da consulta ambulatorial já agendada e na data de seu retorno, sendo que será realizada avaliação clínica e aplicado um questionário acerca dos conhecimentos sobre a doença.

### **Garante-se ao voluntário:**

1. Esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir durante a realização do projeto;
2. Recusar-se ou desistir de participar do projeto a qualquer momento sem que ocorram represálias de qualquer natureza ou prejuízo no atendimento;
3. Sigilo das informações recebidas destes;
4. Privacidade e compromisso de que sua identidade não será revelada nas conclusões e/ou publicações do trabalho;
5. Acesso a informações quanto aos resultados decorrentes da pesquisa;
6. Uma via deste Termo será entregue ao paciente, após orientação e assinatura.

### **Declaração do participante:**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar.

O pesquisador Dimitri Luz Felipe da Silva e a professora orientadora Dra. Renata Ferreira Magalhães da Disciplina de Dermatologia certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

**Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_ Rubrica do participante \_\_\_\_\_**

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o Dr Dimitri Luz Felipe da Silva ou a

Dra Renata Ferreira Magalhães pelos telefones (19) 3521-7776 ou 3521-7602, ou pelos e-mails [dimitriluz@hotmail.com](mailto:dimitriluz@hotmail.com) ou [renatafmagalhaes\\_dra@hotmail.com](mailto:renatafmagalhaes_dra@hotmail.com). Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos, sei que posso contatar o Comitê de Ética em Pesquisa, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, pelo telefone 19 35218936.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

**Assinatura do Participante**

**Data**

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

**O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

---

**Assinatura do Pesquisador**

**Data**

## ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Educação em Saúde e Psoríase: Avaliação do conhecimento sobre a doença nos pacientes ambulatoriais

**Pesquisador:** DIMITRI LUZ FELIPE DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 62767416.5.0000.5404

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.014.058

## Apresentação do Projeto:

**INTRODUÇÃO:** A psoríase é uma doença inflamatória crônica que pode acometer a pele e articulações, sendo a forma cutânea caracterizada classicamente por lesões eritemato-descamativas decorrentes de um aumento no turn-over celular. Esta condição pode acometer de 2 a 3% da população mundial<sup>1</sup> e em países da América do Sul, dentre eles o Brasil, a incidência é em torno de 1%<sup>2</sup>. A forma em placas ou vulgar é a principal forma de apresentação, porém outras formas como ungueal, pustulosa, eritrodérmica, inversa e gutata podem se manifestar em diferentes perfis de doentes. Para tanto, estão disponíveis várias opções terapêuticas desde formulações tópicas, passando por retinóides sistêmicos, imunossuppressores e imunobiológicos<sup>3,4,5</sup>. Estudos mostram que a psoríase ainda é uma doença pouco conhecida pela grande parte da população e, portanto, pode causar algumas situações constrangedoras de estigmatização para seus portadores nos mais diversos ambientes, gerando impactos biopsicossociais importantes<sup>6,7</sup>, sendo papel do dermatologista, em conjunto com o paciente, avaliar o impacto psicossocial da doença na vida do indivíduo, tratando-a e tornando o paciente participante deste processo saúde-doença<sup>8</sup>. A Psoríase tende a se comportar em ciclos, alternado períodos de piora com períodos de melhora clínica, muitas vezes levando o paciente a achar que está curado de sua condição. E é neste mote que se faz cada vez mais necessário o envolvimento do paciente no conhecimento de

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

**Bairro:** Barão Geraldo

**CEP:** 13.083-887

**UF:** SP

**Município:** CAMPINAS

**Telefone:** (19)3521-8936

**Fax:** (19)3521-7187

**E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.014.058

sua doença através de informações que sejam validadas cientificamente, mas que possam ser de fácil acesso e compreensão para todos os níveis educacionais. Intervenções educacionais são realizadas há bastante tempo, porém em sua maioria através de panfletos e informações escritas<sup>9</sup>, o que se opõe à situação atual de globalização onde o uso de mídias eletrônicas através de computadores, tablets e smartphones conectados a internet se impõem enquanto material de uso da população como um todo.

**Hipótese:**

• As orientações verbais fornecidas pelos médicos nas consultas são realmente eficazes e compreendidas pelos pacientes? • A utilização de um material suplementar ajuda na compreensão do paciente? • O material em vídeo surte mais efeito que o material impresso? • Estas medidas realmente terão impacto a longo prazo?

**Metodologia Proposta:** Trata-se de um estudo caso-controle randomizado de 100 pacientes acompanhados na rotina ambulatorial para cuidado continuado em psoríase. O questionário será aplicado antes e após a abordagem educativa. Todos os participantes serão abordados em suas consultas usuais e indagados sobre o interesse em participar do estudo ao final de cada consulta, onde então será avaliada sua elegibilidade para a participação por um dos pesquisadores envolvidos no protocolo de pesquisa. Será então exposta, aplicada e fornecida uma cópia do termo de consentimento. Os pacientes serão então randomizados (via fórmula randômica do Excel) para grupo A (grupo do panfleto educacional) ou grupo B (grupo do vídeo educacional). Participantes irão completar um questionário baseado em um instrumento (Apêndice 1) e retornar ao investigador, que irá revisar e garantir o preenchimento completo. O investigador, então, irá fornecer ao paciente um dos materiais complementares de acordo com o grupo em que o paciente se encontra, quais seja panfleto ou vídeo educacional. O grupo A terá três minutos para realizar a leitura do panfleto (Apêndice 2), que foi preparado pelos pesquisadores envolvidos e baseados nos panfletos já utilizados pela American Academy of Dermatology (AAD) e National Psoriasis Foundation. O Grupo B assistirá a um vídeo de 3 minutos, produzido por um dos pesquisadores em parceria com o Departamento de Dermatologia da Stritch School of Medicine da Universidade Loyola em Chicago, contendo basicamente o mesmo conteúdo que o panfleto. Depois do panfleto ou do vídeo educacional, os participantes irão responder novamente ao questionário, além de preencherem um questionário de satisfação (Apêndice 3), baseado em instrumentos publicados previamente. Após completados os dois questionários o paciente retorna para o investigador para

<b>Endereço:</b> Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
<b>Bairro:</b> Barão Geraldo		<b>CEP:</b> 13.083-887	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> CAMPINAS		
<b>Telefone:</b> (19)3521-8936	<b>Fax:</b> (19)3521-7187	<b>E-mail:</b> cep@fcm.unicamp.br	





UNICAMP - CAMPUS  
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.014.058

que este possa revisa-los. Na consulta de retorno, o questionário (Apêndice 1) será aplicado novamente. Cada participante será identificado por um número (ex. 01, 02, 03) e utilizar-se-á uma lista matriz que relaciona o número do sujeito do estudo com o número do prontuário do paciente, mantendo a identidade do paciente anônima. Critérios de Inclusão: • Idade de 18 anos ou mais; • Possuir o diagnóstico de psoríase; • Ser apto a ler e escrever; • Ser apto a entender o termo de consentimento livre e esclarecido; • Ser apto a enxergar, com ou sem o uso de lentes corretivas; • Ser apto a ouvir, com ou sem uso de aparelhos auditivos.

Metodologia de Análise de Dados: Baseado em estudo similar realizado por Armstrong et al., estimamos que a média de conhecimento sobre psoríase aumentada antes e depois da intervenção será de um odds-ratio de 2 no grupo do vídeo educacional e de 0,7 no grupo do panfleto impresso, com um desvio padrão de 2,511. Uma amostra de 47 em cada grupo terá o poder de detectar 80% das diferenças usando um duplo grupo de teste t com nível de significância de 0,05. Serão recrutados 100 participantes a fim de facilitar tal cálculo. Espera-se uma alta percentagem de pacientes elegíveis a participar visto que o tempo de comprometimento para com o estudo é mínimo. Os dados serão analisados usando o programa SPSS e o software Microsoft Excel e, será disponibilizado para inspeção em caso de requisição do CEP da FCM Unicamp.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar o grau de conhecimento e adesão ao tratamento dos pacientes portadores de Psoríase acompanhados em ambulatório especializado.

Objetivos Secundários:

- Avaliar o conhecimento dos pacientes sobre a doença que tratam há tempos e recebem informações nas consultas;
- Avaliar o conhecimento dos pacientes sobre a doença após exposição de material de educação em saúde, tanto em vídeo quanto impresso;
- Avaliar o potencial de apreensão do conhecimento dos pacientes expostos ao vídeo em relação aos expostos ao impresso e comparar a efetividade dos dois métodos;
- Mensurar o conhecimento realmente absorvido em consultas subsequentes.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios segundo o pesquisador:

<b>Endereço:</b> Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
<b>Bairro:</b> Barão Geraldo		<b>CEP:</b> 13.083-887	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> CAMPINAS		
<b>Telefone:</b> (19)3521-8936	<b>Fax:</b> (19)3521-7187	<b>E-mail:</b> cep@fcm.unicamp.br	



UNICAMP - CAMPUS  
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.014.058

**Riscos:** Não representa riscos formais para o paciente.

**Benefícios:** Melhor conhecimento de sua condição e fornecimento de materiais a fim de promoção em saúde não só com o paciente mas com sua comunidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa relacionado a Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Médica em Dermatologia do HC/UNICAMP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os seguintes documentos foram apresentados: a) Folha de rosto devidamente assinada; b) Informações básicas da pesquisa; c) Projeto de pesquisa; d) Termo de consentimento livre e esclarecido; d) Declaração de vínculo com a universidade.

**Recomendações:**

No texto consta que "Suas informações tanto pessoais como as respondidas nos questionários, serão mantidas em sigilo". O sigilo refere-se à identidade do participante, não aos dados coletados na pesquisa. Essa frase deve ser retirada do TCLE, no entanto o restante da frase "disponibilizando os dados apenas para os pesquisadores responsáveis, assegurando, assim, sua privacidade" deve permanecer.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1.1. Item "Como será a pesquisa", explicar detalhadamente no que consistirá a participação da pessoa na pesquisa. a) É necessário esclarecer que ela terá que responder um questionário, depois irá ler um panfleto ou assistir um vídeo que demorará aproximadamente três minutos, depois terá que responder mais dois questionários. O pesquisador também deve esclarecer: b) De modo geral, qual(is) o(s) assunto(s) que serão abordados nos três questionários; c) quanto tempo em média à pessoa demorará em responder esses questionários; d) descrever que após preencher cada um dos questionários terá que passar com o médico para que o questionário seja revisado; informar quanto tempo demorará todos esses procedimentos; e) será feito um exame clínico durante a consulta? Se sim, essa informação deve estar escrita no TCLE e também no que consistirá esse exame; f) Também deve ser escrito que em um próximo retorno ao ambulatório será dado outro

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

**Bairro:** Barão Geraldo

**CEP:** 13.083-887

**UF:** SP

**Município:** CAMPINAS

**Telefone:** (19)3521-8936

**Fax:** (19)3521-7187

**E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS  
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.014.058

questionário para o participante preencher. Deve-se dizer qual assunto esse questionário abordará, quanto tempo em média a pessoa demorará em preenchê-lo.

RESPOSTA: O pesquisador acrescentou as informações solicitadas no TCLE.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2 "Riscos e benefícios": As informações contidas nesse item estão confusas. Há necessidade de revisar esse item. Há necessidade de deixar claro que o participante não terá benefícios diretos com a sua participação no estudo.

RESPOSTA: Esse item foi alterado para "Você não terá benefícios diretos com a participação neste estudo. Os benefícios que você pode ter são o maior conhecimento sobre sua doença e seu tratamento. O desconforto é o tempo usado para responder ao questionário e para visualizar o material educativo. Não há riscos previsíveis para estes procedimentos."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.3 O TCLE deveria ser dividido em tópicos para facilitar a compreensão dos possíveis participantes, como por exemplo, "Sigilo e privacidade", "Ressarcimento e indenização", "Contato" etc.

RESPOSTA: O pesquisador realizou as mudanças solicitadas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.4 O TCLE contém algumas informações sobre como será mantido o sigilo e privacidade das informações. No entanto, é necessário explicar de forma clara e objetiva quem terá acesso às informações do participante e quais os cuidados serão tomados quanto a sua identidade.

RESPOSTA: O pesquisador alterou o texto para "Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Suas informações tanto pessoais quanto as respondidas nos questionários, serão mantidas em sigilo, disponibilizando os dados apenas para os pesquisadores responsáveis, assegurando, assim, sua privacidade. Estes dados não estarão salvos com seu nome, sendo utilizado um número de correspondência juntamente com as iniciais do nome, não sendo possível a pessoas de fora da pesquisa, identificar o participante

ANÁLISE: PENDÊNCIA MANTIDA porque no texto consta que "Suas informações tanto pessoais como as respondidas nos questionários, serão mantidas em sigilo". O sigilo refere-se à identidade

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

**Bairro:** Barão Geraldo

**CEP:** 13.083-887

**UF:** SP

**Município:** CAMPINAS

**Telefone:** (19)3521-8936

**Fax:** (19)3521-7187

**E-mail:** cep@fcm.unicamp.br





UNICAMP - CAMPUS  
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.014.058

do participante, não aos dados coletados na pesquisa. Essa frase deve ser retirada do TCLE, no entanto o restante da frase "disponibilizando os dados apenas para os pesquisadores responsáveis, assegurando, assim, sua privacidade" deve permanecer.

1.2 No item "Garante-se ao voluntário" está escrito que "Acesso a informações quanto aos resultados decorrentes da pesquisa", essa devolutiva será feita para todos os participantes ou somente para os que manifestarem o desejo de conhecer os resultados da pesquisa? Explicar como será feita a devolutiva.

RESPOSTA: O TCLE foi alterado para "5. Acesso a informações quanto aos resultados decorrentes da pesquisa aos participantes que desejarem conhecer os resultados da pesquisa, através de email ou durante a consulta de retorno".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.3 Declaração do participante: Nesse item está escrito que "Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa", no entanto no terceiro parágrafo do item "Como será a pesquisa" está escrito " Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira, já que este trabalho será durante a consulta de seguimento já agendada" . As informações devem ser uniformizadas.

RESPOSTA: O pesquisador uniformizou as informações. No item "Ressarcimento e indenização" lê-se que "Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira, já que este trabalho será durante a consulta de seguimento já agendada. O participante da pesquisa tem direito a indenização em casos de danos decorrentes da pesquisa".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.4 No item "Declaração do participante" lê-se que a) "Eu, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas". O objetivo do TCLE não é somente informar o participante sobre a pesquisa, mas sim esclarecê-lo sobre a pesquisa que será realizada, bem como no que consistirá sua participação. Da forma como está escrito, entende-se que a pessoa foi apenas "informada", sem ser esclarecida, e também que essa informação referiu-se somente ao item objetivo; b) "...Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar", essa frase deve ser revisada. No site do CEP tem a estrutura básica que um TCLE deve conter que pode ser acessado através do link <https://www.prp.unicamp.br/pt-br/projeto-depesquisa> e clicando em cima do

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

**Bairro:** Barão Geraldo

**CEP:** 13.083-887

**UF:** SP

**Município:** CAMPINAS

**Telefone:** (19)3521-8936

**Fax:** (19)3521-7187

**E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS  
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.014.058

item "3. Estrutura básica para Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESPOSTA: As alterações solicitadas foram realizadas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2 Rubrica e página: Deve ser inserido a numeração das páginas do TCLE, de forma a indicar, também, o número total de páginas como por exemplo: 1 de 2. Também deve ser acrescentado os campos para serem colocadas as rubricas do "participante da pesquisa/representante legal" e do "pesquisador" nas páginas do TCLE.

RESPOSTA: As alterações solicitadas foram realizadas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

APROVADO COM RECOMENDAÇÕES (VIDE ITEM ACIMA RECOMENDAÇÕES)

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

**Bairro:** Barão Geraldo

**CEP:** 13.083-887

**UF:** SP

**Município:** CAMPINAS

**Telefone:** (19)3521-8936

**Fax:** (19)3521-7187

**E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



## UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_830464.pdf	28/03/2017 22:36:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_educacaoempsoiase.pdf	28/03/2017 22:35:54	DIMITRI LUZ FELIPE DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodezembro.pdf	05/12/2016 22:04:05	DIMITRI LUZ FELIPE DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	27/11/2016 13:52:29	DIMITRI LUZ FELIPE DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_projeto_CEP.pdf	27/11/2016 10:33:42	DIMITRI LUZ FELIPE DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINAS, 12 de Abril de 2017

**Assinado por:**

**Renata Maria dos Santos Celeghini  
(Coordenador)**

<b>Endereço:</b> Rua Tessália Vieira de Camargo, 126		<b>CEP:</b> 13.083-887
<b>Bairro:</b> Barão Geraldo		
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> CAMPINAS	
<b>Telefone:</b> (19)3521-8936	<b>Fax:</b> (19)3521-7187	<b>E-mail:</b> cep@fcm.unicamp.br

### ANEXO 3 - Pré/Pós Questionário

Para responder as questões seguintes, circule a resposta que você julga mais correta:

1. **Sim ou Não:** Psoríase se relaciona com uma formação demorada de pele nova;
1. **Sim ou Não:** Pacientes que ingerem bebidas alcóolicas regularmente, não devem tomar a medicação oral Metotrexate;
2. **Sim ou Não:** Minha psoríase pode ser curada se eu seguir todas as instruções do meu médico;
3. **Sim ou Não:** A psoríase é contagiosa;
2. **Sim ou Não:** A artrite psoriásica é uma condição que pode acompanhar a psoríase e dura a vida toda;
3. **Sim ou Não:** Banhos longos e quentes me ajudam no alívio dos sintomas da psoríase;
4. **Sim ou Não:** Para me ajudar no alívio dos sintomas da psoríase, posso usar hidratantes sem fragrância;
5. **Sim ou Não:** Se minha pele começar a coçar, eu devo continuar coçando-a;
6. **Sim ou Não:** Se eu perceber uma rigidez nas articulações e começar a suar muito, não preciso me preocupar, pois isto é um sinal de que estou ficando mais velho;
7. **Sim ou Não:** O tratamento tópico é o corticóide, mas os efeitos no corpo não são os mesmo que os corticoides orais.



## ANEXO 4 – Panfleto

# PSORÍASE E VOCÊ!

## O QUE É PSORÍASE?

Psoríase é uma doença crônica do sistema imune. Ela aparece com vermelhidão, espessamento e descamação da pele. Isto faz com que a nova pele nasça muito rapidamente (levando apenas dias, em vez de semanas). A psoríase pode ser hereditária e pode se desenvolver em qualquer lugar do seu corpo. A Psoríase não é uma doença contagiosa.

## COM O QUE A PSORÍASE PODE PARECER?

Existem vários tipos de psoríase, abaixo listados:

- **Psoríase em placas** - Manchas elevadas de pele cobertas por escamas prateadas, comumente encontradas em cotovelos, joelhos e parte inferior das costas;
- **Psoríase em couro cabeludo** - Parecida com a psoríase em placas, mas localizada no couro cabeludo, pode ser confundida com caspa;
- **Psoríase gutata ou em gotas** - Pequenas manchas redondas e vermelhas que podem aparecer de repente, após uma infecção, como em infecções na garganta;
- **Psoríase Pustulosa** - Pequenas bolhas preenchidas com pus que podem ser dolorosas em palma das mãos ou planta dos pés;
- **Psoríase Eritodérmica** - Menos comum, porém tipo severo de psoríase com vermelhidão intensa e espalhada bem como descamação da pele.

## EXISTE CURA?

Enquanto não existe a cura para a psoríase, ela pode ser controlada. O objetivo do tratamento é acabar com as placas da psoríase, mas isso nem sempre é possível para todos.

A psoríase se dá em ciclos: algumas vezes melhor, outras vezes pior. Mesmo quando somem, as placas podem retornar. É importante continuar o tratamento para manter a psoríase sob controle. Existem vários tratamentos para controlar os sintomas, mas nenhum tratamento é efetivo para todos.


## ARTRITE PSORIÁSICA: VOCÊ PODE TÊ-LA!

Às vezes, a artrite psoriásica pode se manifestar em pessoas com psoríase. Os primeiros sinais são, geralmente, inchaço, rigidez e dor nas articulações ao acordar. É importante contar ao seu dermatologista imediatamente. Sem tratamento, a artrite psoriásica é potencialmente incapacitante.

## O QUE FAZ PIORAR?

A seguir o que faz os sintomas da sua psoríase piorarem: stress, infecções de garganta, clima frio, pele seca, trauma recente e alguns medicamentos como lítio e remédios para o coração.

Psoríase em Placas





## MEDIDAS PREVENTIVAS QUE VOCÊ PODE TOMAR

Tente evitar se coçar. Também, previna o ressecamento da pele tomando banhos curtos. Sempre use hidratantes sem fragrância após o banho. Mantenha as unhas as mais curtas possíveis, pois o trauma quase sempre piora a psoríase de unhas. Fricção e ferimentos na pele podem ocasionar psoríase.

## TRATAMENTOS E MEDICAÇÕES

Existem várias formas de tratamento que seu médico pode lhe prescrever, mas os mais prontamente disponíveis são cremes tópicos (corticóides), medicações orais (metotrexato e acitretina) e agentes biológicos para casos graves.

### CREMES TÓPICOS: CORTICÓIDES (HIDROCORTISONA)

Os corticosteroides são a primeira linha de tratamento tópico ("de passar") para psoríase.

- Para prevenir o afinamento da pele normal, é importante aplicar o corticóide apenas nas placas;
- Para ter certeza de que a medicação continua a funcionar, seu médico pode recomendar o uso do tratamento tópico em ciclos (utilizando por 2 semanas e suspendendo o tratamento por 1 semana).

### MEDICAÇÕES ORAIS: METOTREXATO

Para casos mais severos, o médico pode lançar mão de medicação oral (a mais comum é o Metotrexato). Exames de sangue devem ser monitorados regularmente e, às vezes, Raio-X de tórax pode ser solicitado também. Homens e mulheres que estão tentando ter filhos não devem tomar o metotrexato. Atenção: pacientes que ingerem bebidas alcóolicas regularmente terão de considerar outras opções de tratamento.

### AGENTES BIOLÓGICOS

Para casos avançados e espalhados de psoríase, os agentes biológicos podem ser prescritos, mas isto requer exames médicos adicionais.

### PARA LEMBRAR

- Psoríase é uma doença crônica;
- Tratamento regular e contínuo mantém o controle;
- Previna o ressecamento da pele;
- Mantenha as unhas curtas;
- Contate seu médico imediatamente sobre os sintomas da artrite.

Psoríase em Placas



Psoríase Pustulosa



Psoríase em Couro Cabeludo



Psoríase Gutata



Material elaborado pelo serviço de Dermatologia HC UNICAMP

**ANEXO 5 – Questionário de Identificação Satisfação**

1. Nome e HC:
2. Idade:
3. Grau de Escolaridade: ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto ( ) Médio completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo ( ) Pós-graduação
4. Tipo de Psoríase: ( ) Em placas ( ) Pustulosa ( ) Ungueal ( ) Eritrodérmica ( ) Gutata
5. Tratamentos já utilizados: ( ) Tópico ( ) Acitretina ( ) Metotrexato ( ) Imunobiológico (Qual: \_\_\_\_\_)
6. Tratamento atual: ( ) Tópico ( ) Acitretina ( ) Metotrexato ( ) Imunobiológico (Qual: \_\_\_\_\_)
7. Material: ( ) Panfleto ( ) Vídeo

Assinale as respostas que melhor representam sua opinião com relação aos materiais educacionais (panfleto ou vídeo) que você recebeu:

1. Eu achei que o material que recebi foi útil para entender melhor a psoríase:  
  
( )Discordo totalmente ( )Discordo ( )Nem concordo nem discordo ( ) Concordo  
( )Concordo totalmente
2. Eu achei os materiais que recebi fáceis de usar:  
  
( )Discordo totalmente ( )Discordo ( )Nem concordo nem discordo ( ) Concordo  
( )Concordo totalmente
3. Eu tive tempo suficiente de assistir à/ler toda a informação apresentada nos materiais, pelo menos uma vez:  
  
( )Discordo totalmente ( )Discordo ( )Nem concordo nem discordo ( ) Concordo  
( )Concordo totalmente
4. Eu utilizaria voluntariamente estes materiais educacionais durante a espera pela consulta, se estes estivessem disponíveis:

☐Discordo totalmente    ☐Discordo    ☐Nem concordo nem discordo    ☐Concordo  
☐Concordo totalmente

5. Eu preferiria receber orientações por vídeo que escritas, quando relativo a educação em psoríase:

☐Discordo totalmente    ☐Discordo    ☐Nem concordo nem discordo    ☐Concordo  
☐Concordo totalmente

## ANEXO 6 – Tabelas dos resultados da análise estatística

**Quadro 01:** Distribuição em frequência e porcentagem das variáveis categóricas

Material	Frequência	Porcentagem	Sexo	Frequência	Porcentagem
-----	-----	-----	-----	-----	-----
Panf	42	56.76	F	44	59.46
Vídeo	32	43.24	M	30	40.54
Escolaridade	Frequência		Tipo		
Porcentagem			Placa	Frequência	Porcentagem
-----	-----	-----	-----	-----	-----
1-Fund	27	36.49	n	13	17.57
2-Medio	30	40.54	s	61	82.43
3-Sup	17	22.97			
Tipo	Frequência	Porcentagem	TtoFeito	Frequência	
-----	-----	-----	Porcentagem	-----	-----
1	57	77.03	1	24	32.43
1,2	1	1.35	1,2	4	5.41
1,3	2	2.70	1,2,3	12	16.22
1,6	1	1.35	1,2,3,4 (Adalimumab,EtanercepteUstekinumab)	1	1.35
2	4	5.41	1,2,3,4 (Etanercept)	1	1.35
3	1	1.35	1,2,3,5	1	1.35
4	2	2.70	1,3	6	8.11
5	1	1.35	1,3,4 (Adalimumab)	1	1.35
6	5	6.76	1,3,4 (Etanercept)	1	1.35
			2	6	8.11
			2,3	4	5.41
			3	10	13.51
			3,4 (Adalimumab)	1	1.35
			3,4 (Etanercept)	1	1.35
			4 (Etanercept)	1	1.35
Tto			Biologico	Frequência	Porcentagem
Feito			-----	-----	-----
Topico	Frequência	Porcentagem	0	46	62.16
-----	-----	-----	1	28	37.84
n	23	31.08			
s	51	68.92			

**Quadro 01 (cont):** Distribuição em frequência e porcentagem das variáveis categóricas

TtoAtual1	Frequency	Percen	TtoAtual	Frequência	Porcentagem
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0	2	2.70	1	9	12.68
1	9	12.16	2	12	16.90
1,3	1	1.35	3	20	28.17
1,6 (Foto)	1	1.35	4	24	33.80
2	12	16.22	DoisTrat	6	8.45
2,4 (Adalimumab)	1	1.35			
3	20	27.03	Missing = 3		
3,4 (Adalimumab)	1	1.35			
3,4 (Secukinumab)	1	1.35			
3,4 (Ustekinumab)	1	1.35			
4	2	2.70			
4 (Adalimumab)	11	14.86			
4 (Etanercept)	5	6.76			
4 (Infliximab)	5	6.76			
4 (Ustekinumab)	1	1.35			
5	1	1.35			

Util	Frequência	Porcentagem	Facil	Frequência	Porcentagem
2	1	1.35	1	1	1.35
3	6	8.11	2	2	2.70
4	18	24.32	3	8	10.81
5	49	66.22	4	20	27.03
			5	43	58.11

TempoSuficiente	Frequência	Porcentagem	Utilizaria	Frequência	Porcentagem
3	10	13.51	3	6	8.11
4	22	29.73	4	25	33.78
5	42	56.76	5	43	58.11

Video_ou_panf	Frequência	Porcentagem
1	2	2.70
2	6	8.11
3	14	18.92
4	19	25.68
5	33	44.59

**Quadro 02:** Medidas de posição e dispersão das variáveis numéricas

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	74	50.55	16.54	14.00	52.00	80.00
Util	74	4.55	0.71	2.00	5.00	5.00
Facil	74	4.38	0.89	1.00	5.00	5.00
TempoSuficiente	74	4.43	0.72	3.00	5.00	5.00
Utilizaria	74	4.50	0.65	3.00	5.00	5.00
Video_ou_panf	74	4.01	1.10	1.00	4.00	5.00
Soma Pre	74	7.15	1.49	3.00	7.00	10.00
Soma Pos	74	7.39	1.65	3.00	7.00	10.00

**Quadro 03:** Comparação entre os grupos

Variável	Panfleto	Vídeo	Total
<b>p-valor</b>			
Idade (Mean ± SD (N))	49.4 ± 17.0 (N=42)	52.1 ± 16.0 (N=32)	50.6 ± 16.5 (N=74)
Idade (Median (min-max))	51.5 (14.0-80.0)	52.5 (18.0-79.0)	52.0 (14.0-80.0)
Util (Mean ± SD (N))	4.5 ± 0.7 (N=42)	4.7 ± 0.7 (N=32)	4.6 ± 0.7 (N=74)
Util (Median (min-max))	5.0 (3.0-5.0)	5.0 (2.0-5.0)	5.0 (2.0-5.0)
Facil (Mean ± SD (N))	4.3 ± 1.0 (N=42)	4.5 ± 0.8 (N=32)	4.4 ± 0.9 (N=74)
Facil (Median (min-max))	5.0 (1.0-5.0)	5.0 (2.0-5.0)	5.0 (1.0-5.0)
<b>TempoSuficiente (Mean ± SD (N))</b>	<b>4.2 ± 0.8 (N=42)</b>	<b>4.7 ± 0.5 (N=32)</b>	<b>4.4 ± 0.7 (N=74)</b>
<b>TempoSuficiente (Median (min-max))</b>	<b>4.0 (3.0-5.0)</b>	<b>5.0 (3.0-5.0)</b>	<b>5.0 (3.0-5.0)</b>
Utilizaria (Mean ± SD (N))	4.4 ± 0.7 (N=42)	4.7 ± 0.5 (N=32)	4.5 ± 0.6 (N=74)
Utilizaria (Median (min-max))	4.5 (3.0-5.0)	5.0 (3.0-5.0)	5.0 (3.0-5.0)
<b>Video_ou_panf (Mean ± SD (N))</b>	<b>3.6 ± 1.2 (N=42)</b>	<b>4.5 ± 0.8 (N=32)</b>	<b>4.0 ± 1.1 (N=74)</b>
<b>Video_ou_panf (Median (min-max))</b>	<b>4.0 (1.0-5.0)</b>	<b>5.0 (2.0-5.0)</b>	<b>4.0 (1.0-5.0)</b>
Soma_Pre (Mean ± SD (N))	6.9 ± 1.5 (N=42)	7.5 ± 1.4 (N=32)	7.1 ± 1.5 (N=74)
Soma_Pre (Median (min-max))	7.0 (3.0-10.0)	7.5 (3.0-10.0)	7.0 (3.0-10.0)
Soma_Pos (Mean ± SD (N))	7.5 ± 1.7 (N=42)	7.3 ± 1.6 (N=32)	7.4 ± 1.7 (N=74)
Soma_Pos (Median (min-max))	7.0 (3.0-10.0)	8.0 (3.0-10.0)	7.0 (3.0-10.0)

**Quadro 03 (cont):** Comparação entre os grupos

<b>Variável</b>	<b>Panfleto</b>	<b>Vídeo</b>	<b>Total</b>
<b><u>p-valor</u></b>			
Sexo			
F	25 (59.5%)	19 (59.4%)	44 (59.5%)
0.9897 <sup>2</sup>			
M	17 (40.5%)	13 (40.6%)	30 (40.5%)
Total	42	32	74
Escolaridade			
1-Fund	18 (42.9%)	9 (28.1%)	27 (36.5%)
0.1556 <sup>2</sup>			
2-Medio	13 (31.0%)	17 (53.1%)	30 (40.5%)
3-Sup	11 (26.2%)	6 (18.8%)	17 (23.0%)
Total	42	32	74
TipoPlaca			
n	7 (16.7%)	6 (18.8%)	13 (17.6%)
0.8155 <sup>2</sup>			
s	35 (83.3%)	26 (81.3%)	61 (82.4%)
Total	42	32	74
<b>TtoFeitoTopico</b>			
<b>n</b>	<b>7 (16.7%)</b>	<b>16 (50.0%)</b>	<b>23 (31.1%)</b>
<b>0.0021<sup>2</sup></b>			
<b>s</b>	<b>35 (83.3%)</b>	<b>16 (50.0%)</b>	<b>51 (68.9%)</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>32</b>	<b>74</b>
TtoAtual			
1	6 (15.0%)	3 (9.7%)	9 (12.7%)
0.7320 <sup>3</sup>			
2	8 (20.0%)	4 (12.9%)	12 (16.9%)
3	11 (27.5%)	9 (29.0%)	20 (28.2%)
4	11 (27.5%)	13 (41.9%)	24 (33.8%)
DoisTrat	4 (10.0%)	2 (6.5%)	6 (8.5%)
Total	40	31	71
Biologico			
0	28 (66.7%)	18 (56.3%)	46 (62.2%)
0.3600 <sup>2</sup>			
1	14 (33.3%)	14 (43.8%)	28 (37.8%)
Total	42	32	74
Q1_Pre			
0	24 (57.1%)	21 (65.6%)	45 (60.8%)
0.4590 <sup>2</sup>			
1	18 (42.9%)	11 (34.4%)	29 (39.2%)
Total	42	32	74
Q2_Pre			
0	20 (47.6%)	10 (31.3%)	30 (40.5%)
0.1554 <sup>2</sup>			
1	22 (52.4%)	22 (68.8%)	44 (59.5%)
Total	42	32	74
Q3_Pre			
0	23 (56.1%)	15 (46.9%)	38 (52.1%)
0.4338 <sup>2</sup>			
1	18 (43.9%)	17 (53.1%)	35 (47.9%)
Total	41	32	73
Q4_Pre			
0	1 (2.4%)	1 (3.1%)	2 (2.7%)
1	41 (97.6%)	31 (96.9%)	72 (97.3%)
Total	42	32	74
Q5_Pre			
0	11 (26.2%)	5 (15.6%)	16 (21.6%)
0.2741 <sup>2</sup>			
1	31 (73.8%)	27 (84.4%)	58 (78.4%)
Total	42	32	74
Q6_Pre			
0	6 (14.3%)	3 (9.4%)	9 (12.2%)
0.7232 <sup>3</sup>			
1	36 (85.7%)	29 (90.6%)	65 (87.8%)
Total	42	32	74
Q7_Pre			
0	5 (11.9%)	2 (6.3%)	7 (9.5%)
0.6915 <sup>3</sup>			
1	37 (88.1%)	30 (93.8%)	67 (90.5%)
Total	42	32	74
Q8_Pre			
0	4 (9.5%)	0 (0.0%)	4 (5.4%)
0.1285 <sup>3</sup>			
1	38 (90.5%)	32 (100.0%)	70 (94.6%)

Total	42	32	74
Q9_Pre			
0	10 (23.8%)	7 (21.9%)	17 (23.0%)
0.8446 <sup>2</sup>			
1	32 (76.2%)	25 (78.1%)	57 (77.0%)
Total	42	32	74
Q10_Pre			
0	25 (59.5%)	17 (53.1%)	42 (56.8%)
0.5820 <sup>2</sup>			
1	17 (40.5%)	15 (46.9%)	32 (43.2%)
Total	42	32	74



**Quadro 03 (cont): Comparação entre os grupos**

<b>Variável</b>	<b>Panfleto</b>	<b>Video</b>	<b>Total</b>
<b>p-valor</b>			
Q1_Pos			
0	19 (45.2%)	19 (59.4%)	38 (51.4%)
0.2281 <sup>2</sup>			
1	23 (54.8%)	13 (40.6%)	36 (48.6%)
Total	42	32	74
Q2_Pos			
0	20 (47.6%)	15 (46.9%)	35 (47.3%)
0.9494 <sup>2</sup>			
1	22 (52.4%)	17 (53.1%)	39 (52.7%)
Total	42	32	74
Q3_Pos			
0	18 (42.9%)	10 (31.3%)	28 (37.8%)
0.3077 <sup>2</sup>			
1	24 (57.1%)	22 (68.8%)	46 (62.2%)
Total	42	32	74
Q4_Pos			
0	2 (4.8%)	1 (3.1%)	3 (4.1%)
1.0000 <sup>3</sup>			
1	40 (95.2%)	31 (96.9%)	71 (95.9%)
Total	42	32	74
Q5_Pos			
0	9 (21.4%)	8 (25.0%)	17 (23.0%)
0.7175 <sup>2</sup>			
1	33 (78.6%)	24 (75.0%)	57 (77.0%)
Total	42	32	74
Q6_Pos			
0	4 (9.5%)	2 (6.3%)	6 (8.1%)
0.6926 <sup>3</sup>			
1	38 (90.5%)	30 (93.8%)	68 (91.9%)
Total	42	32	74
Q7_Pos			
0	3 (7.1%)	3 (9.4%)	6 (8.1%)
1.0000 <sup>3</sup>			
1	39 (92.9%)	29 (90.6%)	68 (91.9%)
Total	42	32	74
Q8_Pos			
0	2 (4.8%)	2 (6.3%)	4 (5.4%)
1.0000 <sup>3</sup>			
1	40 (95.2%)	30 (93.8%)	70 (94.6%)
Total	42	32	74
Q9_Pos			
0	13 (31.0%)	9 (28.1%)	22 (29.7%)
0.7921 <sup>2</sup>			
1	29 (69.0%)	23 (71.9%)	52 (70.3%)
Total	42	32	74
Q10_Pos			
0	17 (40.5%)	17 (53.1%)	34 (45.9%)
0.2794 <sup>2</sup>			
1	25 (59.5%)	15 (46.9%)	40 (54.1%)
Total	42	32	74
<sup>1</sup> Mann-Whitney			
<sup>2</sup> Qui-Quadrado			
<sup>3</sup> Fisher			

**Quadro 04:** Comparação entre tempos e grupos em relação aos acertos (ANOVA para medidas repetidas com a soma dos postos transformada em postos)

Material	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana
<b>Máximo</b>						
-----						
Panf	Soma_Pre	42	6.90	1.53	3.00	7.00
10.00	Soma_Pos	42	7.45	1.68	3.00	7.00
10.00						
Vídeo	Soma_Pre	32	7.47	1.39	3.00	7.50
10.00	Soma_Pos	32	7.31	1.64	3.00	8.00
10.00						
-----						
-----						
<b><u>Comparação entre tempos e grupos</u></b>						
Material: p-valor = 0.4025						
Tempo: p-valor = 0.1127						
<b>Interação: p-valor = 0.0456</b>						
Comparação entre os tempos no Panf: <b>p-valor = 0.0100</b>						
Comparação entre os tempos no Vídeo: p-valor = 0.7705						

**Quadro 05:** Relação da escolaridade com os acertos (ANOVA para medidas repetidas com a soma dos postos transformada em postos)

Material	Escolaridade	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana
<b>Máximo</b>							
-----							
-							
Panf	1-Fund	Soma_Pre	18	6.17	1.54	3.00	6.00
9.00		Soma_Pos	18	7.00	1.81	3.00	7.00
10.00							
	2-Medio	Soma_Pre	13	7.31	1.11	5.00	7.00
9.00		Soma_Pos	13	7.15	1.52	4.00	7.00
9.00							
	3-Sup	Soma_Pre	11	7.64	1.50	6.00	7.00
10.00		Soma_Pos	11	8.55	1.21	7.00	9.00
10.00							
Vídeo	1-Fund	Soma_Pre	9	6.89	1.96	3.00	7.00
10.00		Soma_Pos	9	6.78	1.92	4.00	7.00
10.00							
	2-Medio	Soma_Pre	17	7.47	0.94	6.00	7.00
9.00		Soma_Pos	17	7.53	1.23	5.00	8.00
10.00							
	3-Sup	Soma_Pre	6	8.33	1.21	6.00	9.00
9.00		Soma_Pos	6	7.50	2.26	3.00	8.00
9.00							
-----							
-----							
<b><u>Relação da escolaridade com os acertos</u></b>							
Material: p-valor = 0.4384							
<b>Escolaridade: p-valor = 0.0043 (Sup&gt;Fund)</b>							
Tempo: p-valor = 0.0903							
tempo*Material: p-valor = 0.0864							
tempo*Escolaridade: p-valor = 0.5910							

**Quadro 06:** Relação do tratamento com os acertos

Material	TtoAtual	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana
Máximo							
-----							
Panf	1	Soma_Pre	6	6.50	1.05	5.00	6.50
8.00		Soma_Pos	6	8.17	1.17	7.00	8.00
10.00	2	Soma_Pre	8	6.38	2.13	3.00	7.00
9.00		Soma_Pos	8	7.38	1.69	4.00	7.00
9.00	3	Soma_Pre	11	6.64	1.43	5.00	6.00
10.00		Soma_Pos	11	6.73	2.20	3.00	7.00
10.00	4	Soma_Pre	11	7.36	1.03	6.00	7.00
9.00		Soma_Pos	11	7.64	1.43	6.00	7.00
10.00	DoisTrat	Soma_Pre	4	8.25	1.71	6.00	8.50
9.00		Soma_Pos	4	8.75	0.50	8.00	9.00
Vídeo	1	Soma_Pre	3	8.33	1.15	7.00	9.00
9.00		Soma_Pos	3	8.00	1.00	7.00	8.00
9.00	2	Soma_Pre	4	6.50	0.58	6.00	6.50
7.00		Soma_Pos	4	6.50	2.08	4.00	6.50
9.00	3	Soma_Pre	9	7.33	2.06	3.00	8.00
10.00		Soma_Pos	9	7.22	2.28	3.00	8.00
10.00	4	Soma_Pre	13	7.69	0.95	6.00	8.00
9.00		Soma_Pos	13	7.62	1.12	6.00	8.00
10.00	DoisTrat	Soma_Pre	2	7.50	2.12	6.00	7.50
9.00		Soma_Pos	2	6.50	2.12	5.00	6.50
8.00	-----						
-----							
Relação do tratamento com os acertos (desconsidera DoisTrat)							
Material: p-valor = 0.2492							
TtoAtual: p-valor = 0.4408							
Tempo: p-valor = 0.0198							
tempo*Material: p-valor = 0.1102							
tempo*Escolaridade: p-valor = 0.3410							

**Quadro 07:** Relação da idade com os acertos

Material	Idade	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana
Máximo							
-----							
Panf	≤30	Soma_Pre	7	6.86	1.21	5.00	7.00
8.00		Soma_Pos	7	7.86	1.35	6.00	8.00
10.00	31-55	Soma_Pre	16	7.31	1.74	4.00	7.00
10.00		Soma_Pos	16	7.75	1.81	3.00	8.00
10.00	≥56	Soma_Pre	19	6.58	1.43	3.00	7.00
9.00		Soma_Pos	19	7.05	1.68	4.00	7.00
10.00	≤30	Soma_Pre	4	8.50	1.00	7.00	9.00
Vídeo		Soma_Pos	4	8.00	0.82	7.00	8.00
9.00	31-55	Soma_Pre	13	7.46	0.88	6.00	8.00
9.00		Soma_Pos	13	7.15	1.63	3.00	7.00
10.00	≥56	Soma_Pre	15	7.20	1.74	3.00	7.00
10.00		Soma_Pos	15	7.27	1.83	4.00	8.00
10.00	-----						
-----							
<b><u>Relação da idade com os acertos</u></b>							
Material: p-valor = 0.3708							
Idade: p-valor = 0.2419							
Tempo: p-valor = 0.1403							
tempo*Material: p-valor = 0.0505							
tempo*Escolaridade: p-valor = 0.8384							

**Quadro 08:** Comparação entre pré e pós de cada questão (teste de McNemar)

Q1_Pre	Q1_Pos			Q2_Pre	Q2_Pos		
Frequency				Frequency			
Percent	0	1	Total	Percent	0	1	Total
-----+-----+-----+							
0	34	11	45	0	24	6	30
	45.95	14.86	60.81		32.43	8.11	40.54
-----+-----+-----+							
1	4	25	29	1	11	33	44
	5.41	33.78	39.19		14.86	44.59	59.46
-----+-----+-----+							
Total	38	36	74	Total	35	39	74
	51.35	48.65	100.00		47.30	52.70	100.00
p-valor = 0.0707				p-valor = 0.2253			

<p>Q3_Pre      Q3_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent        0       1       Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0        21        17        38</p> <p>       28.77        23.29        52.05</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1        7        28        35</p> <p>       9.59        38.36        47.95</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total      28      45      73</p> <p>            38.36      61.64      100.00</p> <p>Missing = 1</p> <p><b>p-valor = 0.0412</b></p>	<p>Q4_Pre      Q4_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent        0       1       Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0        0        2        2</p> <p>       0.00        2.70        2.70</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1        3        69        72</p> <p>       4.05        93.24        97.30</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total      3      71      74</p> <p>            4.05      95.95      100.00</p> <p>p-valor = 0.6547</p>
<p>Q5_Pre      Q5_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent        0       1       Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0        7        9        16</p> <p>       9.46        12.16        21.62</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1        10        48        58</p> <p>       13.51        64.86        78.38</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total      17      57      74</p> <p>            22.97      77.03      100.00</p> <p>p-valor = 0.8185</p>	<p>Q6_Pre      Q6_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent        0       1       Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0        2        7        9</p> <p>       2.70        9.46        12.16</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1        4        61        65</p> <p>       5.41        82.43        87.84</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total      6      68      74</p> <p>            8.11      91.89      100.00</p> <p>p-valor = 0.3657</p>

**Quadro 08 (cont): Comparação entre pré e pós de cada questão (teste de McNemar)**

<p>Q7_Pre      Q7_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent        0       1       Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0        3        4        7</p> <p>       4.05        5.41        9.46</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1        3        64        67</p> <p>       4.05        86.49        90.54</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total      6      68      74</p> <p>            8.11      91.89      100.00</p> <p>p-valor = 0.7055</p>	<p>Q8_Pre      Q8_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent        0       1       Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0        2        2        4</p> <p>       2.70        2.70        5.41</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1        2        68        70</p> <p>       2.70        91.89        94.59</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total      4      70      74</p> <p>            5.41      94.59      100.00</p> <p>p-valor = 1.0000</p>
<p>Q9 Pre      Q9 Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent        0       1       Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0        12        5        17</p> <p>       16.22        6.76        22.97</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1        10        47        57</p> <p>       13.51        63.51        77.03</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total      22      52      74</p> <p>            29.73      70.27      100.00</p> <p>p-valor = 0.1967</p>	<p>Q10 Pre      Q10 Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent        0       1       Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0        23        19        42</p> <p>       31.08        25.68        56.76</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1        11        21        32</p> <p>       14.86        28.38        43.24</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total      34      40      74</p> <p>            45.95      54.05      100.00</p> <p>p-valor = 0.1441</p>

**Quadro 09:** Comparação entre pré e pós de cada questão para o grupo panfleto (teste de McNemar)

<p>Q1_Pre      Q1_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent           0       1     Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0         17        7         24</p> <p>        40.48   16.67   57.14</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1         2        16        18</p> <p>        4.76    38.10   42.86</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total        19        23        42</p> <p>              45.24    54.76   100.00</p> <p>p-valor = 0.0956</p>	<p>Q2_Pre      Q2_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent           0       1     Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0         16        4         20</p> <p>        38.10   9.52    47.62</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1         4        18        22</p> <p>        9.52    42.86   52.38</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total        20        22        42</p> <p>              47.62    52.38   100.00</p> <p>p-valor = 1.0000</p>
<p>Q3_Pre      Q3_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent           0       1     Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0         14        9         23</p> <p>        34.15   21.95   56.10</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1         4        14        18</p> <p>        9.76    34.15   43.90</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total        18        23        41</p> <p>              43.90    56.10   100.00</p> <p>Frequency Missing = 1</p> <p>p-valor = 0.1655</p>	<p>Q4_Pre      Q4_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent           0       1     Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0         0         1         1</p> <p>        0.00    2.38    2.38</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1         2        39        41</p> <p>        4.76    92.86   97.62</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total        2        40        42</p> <p>              4.76    95.24   100.00</p>
<p>Q5_Pre      Q5_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent           0       1     Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0         4         7         11</p> <p>        9.52    16.67   26.19</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1         5        26        31</p> <p>        11.90   61.90   73.81</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total        9        33        42</p> <p>              21.43    78.57   100.00</p> <p>p-valor = 0.5637</p>	<p>Q6_Pre      Q6_Pos</p> <p>Frequency </p> <p>Percent           0       1     Total</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>0         2         4         6</p> <p>        4.76    9.52    14.29</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>1         2        34        36</p> <p>        4.76    80.95   85.71</p> <p>-----+-----+-----+</p> <p>Total        4        38        42</p> <p>              9.52    90.48   100.00</p> <p>p-valor = 0.4142</p>

Q7_Pre      Q7_Pos				Q8_Pre      Q8_Pos			
Frequency				Frequency			
Percent	0	1	Total	Percent	0	1	Total
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
0	1	4	5	0	2	2	4
	2.38	9.52	11.90		4.76	4.76	9.52
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
1	2	35	37	1	0	38	38
	4.76	83.33	88.10		0.00	90.48	90.48
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
Total	3	39	42	Total	2	40	42
	7.14	92.86	100.00		4.76	95.24	100.00
p-valor = 0.4142				p-valor = 0.6441			

Q9_Pre      Q9_Pos				Q10_Pre      Q10_Pos			
Frequency				Frequency			
Percent	0	1	Total	Percent	0	1	Total
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
0	7	3	10	0	12	13	25
	16.67	7.14	23.81		28.57	30.95	59.52
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
1	6	26	32	1	5	12	17
	14.29	61.90	76.19		11.90	28.57	40.48
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
Total	13	29	42	Total	17	25	42
	30.95	69.05	100.00		40.48	59.52	100.00
p-valor = 0.4646				p-valor = 0.0593			

**. Quadro 10:** Comparação entre pré e pós de cada questão para o grupo vídeo(teste de McNemar)

Q1_Pre      Q1_Pos				Q2_Pre      Q2_Pos			
Frequency				Frequency			
Percent	0	1	Total	Percent	0	1	Total
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
0	17	4	21	0	8	2	10
	53.13	12.50	65.63		25.00	6.25	31.25
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
1	2	9	11	1	7	15	22
	6.25	28.13	34.38		21.88	46.88	68.75
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
Total	19	13	32	Total	15	17	32
	59.38	40.63	100.00		46.88	53.13	100.00
p-valor = 0.4142				p-valor = 0.0956			
Q3_Pre      Q3_Pos				Q4_Pre      Q4_Pos			
Frequency				Frequency			
Percent	0	1	Total	Percent	0	1	Total
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
0	7	8	15	0	0	1	1
	21.88	25.00	46.88		0.00	3.13	3.13
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
1	3	14	17	1	1	30	31
	9.38	43.75	53.13		3.13	93.75	96.88
-----+-----+-----+				-----+-----+-----+			
Total	10	22	32	Total	1	31	32
	31.25	68.75	100.00		3.13	96.88	100.00
p-valor = 0.1317							

Q5_Pre      Q5_Pos				Q6_Pre      Q6_Pos			
Frequency				Frequency			
Percent	0	1	Total	Percent	0	1	Total
-----+-----+-----+-----+				-----+-----+-----+-----+			
0	3	2	5	0	0	3	3
	9.38	6.25	15.63		0.00	9.38	9.38
-----+-----+-----+-----+				-----+-----+-----+-----+			
1	5	22	27	1	2	27	29
	15.63	68.75	84.38		6.25	84.38	90.63
-----+-----+-----+-----+				-----+-----+-----+-----+			
Total       8       24       32				Total       2       30       32			
25.00   75.00   100.00				6.25   93.75   100.00			
p-valor = 0.2568				p-valor = 0.6547			

Q7_Pre      Q7_Pos				Q8_Pre      Q8_Pos			
Frequency				Frequency			
Percent	0	1	Total	Percent	0	1	Total
-----+-----+-----+-----+				-----+-----+-----+-----+			
0	2	0	2	1	2	30	32
	6.25	0.00	6.25		6.25	93.75	100.00
-----+-----+-----+-----+				-----+-----+-----+-----+			
1	1	29	30	Total       2       30       32			
	3.13	90.63	93.75	6.25   93.75   100.00			
-----+-----+-----+-----+							
Total       3       29       32							
9.38   90.63   100.00							

**Quadro 11:** Comparação entre pré e pós de cada questão para o grupo vídeo (teste de McNemar)

Q9 Pre				Q9 Pos			
Frequency				Frequency			
Percent				Percent			
	0	1	Total		0	1	Total
	0	5	2		11	6	17
	15.63	6.25	21.88		34.38	18.75	53.13
	1	4	21		6	9	15
	12.50	65.63	78.13		18.75	28.13	46.88
Total	9	23	32	Total	17	15	32
	28.13	71.88	100.00		53.13	46.88	100.00
p-value = 0.4142				p-value = 1.0000			



## ANEXO 7 – TRABALHO APROVADO PARA APRESENTAÇÃO ORAL E GANHADOR DO CONCURSO DE BECAS DA RADLA 2019

**BOLSAS (BECAS) PARA A XXXVII RADLA**  
4 a 7 de Maio de 2019 - Buenos Aires, Argentina  
[www.radla2019.com.ar](http://www.radla2019.com.ar)

Caro (a) Dr (a) **DIMITRI LUZ FELIPE DA SILVA**  
Email [dimitriluzfs@gmail.com](mailto:dimitriluzfs@gmail.com)

É com satisfação que o comitê executivo da RADLA BRASIL comunica que o trabalho com título **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PSORÍASE: PROTOCOLO DE INFORMAÇÃO AO PACIENTE E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO**, de sua autoria, foi selecionado como **ganhador de uma das becas** destinadas ao Brasil, para participar do referido evento XXXVII RADLA Argentina 2019.

A bolsa compreende a **inscrição e hospedagem em apartamento duplo no período da XXXVII RADLA, de 04 a 07 de Maio de 2019**, na cidade de Buenos Aires, na Argentina. **O transporte é de responsabilidade do bolsista**. Para maiores informações (regulamento, benefícios, deveres, etc.), consulte (estatutos-becados) o **site da RADLA [www.radla2019.com.ar](http://www.radla2019.com.ar)**

**Você deverá fazer sua inscrição no site do evento** o mais breve possível ([www.radla2019.com.ar](http://www.radla2019.com.ar))

Qualquer dúvida ou dificuldade por gentileza contatar a empresa organizadora do congresso: **ANA JUAN CONGRESOS** - Ma.Sol Ferré - Tel Dir. +54 11 4701 4051 - [sol.ferre@anajuan.com](mailto:sol.ferre@anajuan.com) / [inforadla2019@anajuan.com](mailto:inforadla2019@anajuan.com)

Você deverá enviar seu trabalho, na categoria trabalho de **INVESTIGAÇÃO** online através do mesmo site <http://radla2019.com.ar> **até 22 de Fevereiro de 2019**, seguindo as normas da XXXVII RADLA.