

Estratégias audiovisuais como instrumento de educação em saúde para pacientes com síndrome do manguito rotador

Audiovisual strategies as an instrument of health education for patients with rotator cuff syndrome

Estrategias audiovisuales como herramienta educativa en la salud para pacientes con síndrome del manguito de los rotadores

Jorge Antonio Rigoni Junior¹, Juliano Mendes de Souza²

1 Ortopedista e Traumatologista. Mestrando em Ensino nas Ciências da Saúde nas Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná

2 Doutor em Clínica Cirúrgica pela Universidade Federal do Paraná. Docente do Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe Curitiba, Paraná

RESUMO

A utilização de desenho manual e de videoaula são estratégias comumente utilizadas pelo médico para instruir o paciente sobre sua doença. Com o objetivo de identificar se alguma dessas estratégias proporciona melhor aprendizado, foi desenvolvido este estudo prospectivo e randomizado, no qual um grupo de pacientes foi informado sobre o diagnóstico da síndrome do manguito rotador através de desenhos produzidos em tempo real, e outro, por meio de uma videoaula. Ambas as estratégias explanadas pelo médico, durante o atendimento. Após terminar a consulta, foi aplicado aos pacientes um questionário para verificar o conhecimento adquirido.

Autor de Correspondência:

*Jorge Antonio Rigoni Junior. E-mail: jorgerigoni@yahoo.com.br

Participaram da pesquisa 88 pacientes, dispostos em dois grupos de 44 pessoas. Os desenhos mostraram-se significativamente mais eficazes em comparação à videoaula ($p=0,0457$), com relação à aquisição de conhecimentos pelo paciente, o que permite concluir que estratégias de ensino que envolvam ações de maior proximidade entre médico e paciente, podem interferir positivamente no aprendizado do paciente.

Palavras-chave: Educação em Saúde . Relações Médico-Paciente. Manguito Rotador.

ABSTRACT

Handmade drawing and videoclases are strategies commonly applied by doctors to instruct patients about their disease. In order to identify whether any of these methods provide better learning, this prospective and randomized study was developed with two groups of patients: one that was informed about the diagnosis of rotator cuff syndrome through drawings performed in real time, and the other through a videoclass. The physician explained both strategies during the medical consultation. Following consultation, a questionnaire was applied to the patients to assess the knowledge acquired. The study included 88 patients, 44 in each group. The drawing technique proved to be significantly more effective than the videoclass ($p=0.0457$) in what regards the acquisition of knowledge by the patient, leading to the conclusion that health teaching strategies, involving actions that strengthen the doctor-patient relationship, can positively interfere in the patient's comprehension.

Keywords: Health Education. Physician-Patient Relations. Rotator Cuff.

RESUMEN

El uso del dibujo manual y los videotutoriales son estrategias comúnmente utilizadas para informar al paciente sobre su enfermedad. Con la finalidad de identificar si alguna de estas estrategias proporciona un mejor aprendizaje, se desarrolló este estudio prospectivo y aleatorio que se informó a un grupo de pacientes sobre la presencia del síndrome del manguito de los rotadores con dibujos realizados por el médico durante la atención, otro con una lección en video explicada durante el servicio. Finalizada la consulta, se aplicó un cuestionario a los pacientes para averiguar los conocimientos adquiridos. El estudio incluyó a 88 pacientes, 44 en cada grupo. El uso de los dibujos demostró significativamente ser más efectivo si comparamos al videotutorial ($p=0,0457$) con la adquisición de conocimientos del paciente, permitiéndonos concluir que las estrategias de enseñanza de la salud, que implican acciones de mayor proximidad entre médico y paciente, pueden ser positiva para el aprendizaje del paciente.

Palabras clave: Educación en la Salud. Relaciones Médico-Paciente. Manguito de los Rotadores.

INTRODUÇÃO

Durante a formação médica, muito se estuda, na prática clínica, como examinar um paciente, como desenvolver um raciocínio para chegar a um diagnóstico e como sugerir um tratamento adequado, porém, uma das prováveis lacunas desse processo é a maneira de transmitir ao paciente informações sobre sua doença e perceber o quanto foi assimilado por ele¹. Estratégias de educação em saúde podem ser utilizadas neste contexto, em particular, já que cada paciente tem um melhor entendimento dependendo do método utilizado².

A aderência do paciente ao tratamento também pode estar relacionada com características pessoais, da doença e do seu meio social e cultural, mas é responsabilidade do médico identificar esta característica. A linguagem utilizada pelo médico se não for a adequada pode prejudicar a adesão do paciente ao tratamento. Portanto, a linguagem utilizada com o paciente deve evitar os termos técnicos, limitando a quantidade de informação em cada consulta e adaptando as informações à vida cotidiana do paciente³.

Muitos pacientes recorrem às explicações através da internet, em fontes questionáveis de evidências, já que a informação transmitida por esse meio de comunicação pode ser transmitida inclusive por um leigo no assunto. Estas peculiaridades fazem com que o médico muitas vezes fique em dúvida sobre o real conhecimento dos pacientes. Por isso, estratégias facilitadoras de educação precisam ser estudadas e testadas quanto ao seu real valor na melhoria da transmissão da informação entre o médico e o paciente, considerando a possibilidade de desconstruir conceitos falhos previamente adquiridos⁴.

Assim, ao explicar as estruturas e a síndrome do manguito rotador, a compreensão sobre o assunto ao qual os pacientes foram ensinados ajuda a entender melhor o trabalho. O manguito rotador do ombro é um conjunto de 4 tendões musculares,

compostos pelos tendões dos músculos supraespal, infraespal, redondo menor e subescapular. A Síndrome do manguito rotador constitui lesões no ombro, que podem variar desde a inflamação dos tendões do manguito rotador até a ruptura desses tendões e a artrose secundária⁵⁻⁷.

A doença eletiva que mais comumente necessita de tratamento cirúrgico do ombro é a ruptura de tendões do manguito rotador, sendo a ruptura do tendão do músculo supraespalhal a mais comum⁸. A dificuldade em compreender a lesão, suas causas e como será o tratamento pode gerar elevado grau de ansiedade e possível diminuição na adesão ao tratamento⁹. Assim, a utilização de desenhos manuais e videoaulas vem sendo aplicadas para ensinar ao paciente sobre sua doença. No entanto, ainda existem dúvidas sobre a técnica mais eficaz de ensino para este processo.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo comparar estratégias de educação em saúde com o uso de desenho manual e videoaula para orientação de pacientes com síndrome do manguito rotador, durante a consulta médica.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, prospectiva, com análise quantitativa, que foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2020, nos ambulatórios de ortopedia de atendimento ao SUS de uma cidade da região Noroeste do Paraná.

Os participantes desta pesquisa foram pacientes com síndrome do manguito rotador do ombro, que procuraram o ambulatório ou o consultório pela primeira vez e que tiveram o diagnóstico confirmado dessa condição médica.

Foram incluídos na pesquisa pacientes que receberam o diagnóstico da lesão pela primeira vez durante a consulta médica e que foram orientados por uma

das duas estratégias propostas no trabalho (desenho manual ou videoaula). O número total de pacientes do estudo foi, por conveniência, contemplando todos aqueles que buscaram atendimento no período do estudo.

Foram excluídos da pesquisa pacientes que já tinham ciência de sua patologia antes da consulta, com o objetivo de excluir aqueles que já procuraram referência à mesma em outras fontes. Aos pacientes já operados da mesma patologia ou que já tiveram o mesmo diagnóstico contralateral; profissionais de saúde e pacientes que durante a consulta referiram não entender sobre a patologia com as estratégias propostas, houve, portanto, a necessidade de utilizar outras estratégias.

Os pacientes foram divididos em 2 grupos, aqui denominados como 1 e 2. No grupo 1, os pacientes foram orientados através de desenho manual¹⁰ realizado em tempo real. O desenho era feito integralmente durante a consulta, desde a anatomia até o tratamento, acompanhado de explicação verbal realizada pelo médico; disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=xDuNnx5VrFY&t=3s>. No grupo 2, os pacientes foram instruídos através de videoaula¹¹ com animações sobre a anatomia, a doença e o tratamento, acompanhada de explicação verbal realizada pelo médico assistente, simultaneamente à apresentação da videoaula e durante a consulta, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=mjQaQyGDvyM&t=5s>. Em ambas as estratégias o paciente poderia interagir e perguntar o que fosse necessário. Um único médico assistente, ortopedista (membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Ombro e Cotovelo), participou do processo de informação ao paciente sobre sua doença.

A divisão de pacientes foi realizada através de randomização alocada em blocos de 8 pessoas. A randomização foi sempre repetida no final de cada ciclo de 8 pacientes, que foram numerados de 1 a 8 e

distribuídos nos grupos 1 e 2, sempre sendo divididos em 4 pacientes por grupo. Foi utilizado o aplicativo de randomização RandomIZE, com objetivo de criar 2 grupos homogêneos em número de participantes e inibir escolha de pacientes. Foi sempre priorizada a consulta médica propriamente dita e, se o médico, durante o atendimento, julgou necessário utilizar qualquer outra estratégia, esta foi aplicada, visto que se deu prioridade ao tratamento do paciente. Porém, este paciente foi excluído da pesquisa.

Ao final da consulta foi entregue um formulário para os pacientes responderem sobre o que aprenderam com relação à doença. O formulário respondido foi previamente validado por especialistas, sendo o mesmo para todos os grupos e aplicado, impreterivelmente, após o término da consulta, para evitar que o paciente viesse a buscar informações em outras fontes, preservando assim a fidedignidade da pesquisa.

Tanto as imagens utilizadas no grupo 2, quanto a forma de ensinar e os desenhos realizados no grupo 1 foram avaliados por 10 especialistas da área ortopédica (todos membros titulares da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, com mais de 3 anos de atuação na área), que validaram as metodologias aplicadas em cada grupo. A escolha dos especialistas e a validação foram baseadas no método DELPHI¹², que consiste no envio, a especialistas da área (juízes), de questionários que interpretam o conteúdo do instrumento de pesquisa. Esses juízes avaliaram, responderam e fizeram suas considerações sobre os instrumentos da pesquisa. O método de DELPHI permite o debate de um conjunto de opiniões de diversos especialistas que podem estar separados geograficamente, permitindo uma técnica de investigação com tomadas de decisões mais precisas, já que é feita de forma conjunta¹².

Após a aplicação do método DELPHI, obteve-se instrumentos confiáveis para aplicação da videoaula e da técnica adequada para a construção do desenho apresentado ao paciente, bem como um questionário

que compreendesse questões objetivas, em respeito ao conhecimento do paciente e, com isso, aumentasse a confiabilidade da pesquisa. A potencialidade do método DELPHI permite estruturar um processo de comunicação coletiva, ao resolver um conflito complicado, já que os questionários serão enviados aos juízes por inúmeras vezes, até a chegada de um consenso, por isso, o método facilita e melhora a tomada de decisão de um conjunto de *experts*¹³. O método DELPHI permite previsões e caracterização de problemas complexos, assim como suas soluções¹⁴.

Aos especialistas que participaram como juízes na validação dos instrumentos, foi aplicado um questionário denominado Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES)¹⁵, composto de 18 questões e divididos em 3 domínios principais (que avaliam desde a linguagem, o conteúdo, passando pela interação até avaliar a significância do conteúdo), em forma de questionário, com perguntas em escala Likert de três pontos¹⁶.

O questionário final aos pacientes foi realizado com questões fechadas e com questões abertas, utilizando um *check list* da resposta dada e da pontuação para cada item relevante citado (todas as questões apresentavam uma pontuação pré-definida para cada resposta certa). A pontuação máxima atingida nesse questionário é de 40 pontos, obtidos da soma entre questões de percepção de conhecimento e questões sobre o conteúdo realmente aprendido, que somavam 16 e 24 pontos, respectivamente. A construção desse questionário foi realizada utilizando questões em espelho, entre questões de percepção do conhecimento pelo paciente e questões que demandem conhecimento sobre o tema. Este instrumento também passou pela avaliação de especialistas na área, os mesmos juízes que validaram os vídeos para que tivessem o conhecimento sobre seu conteúdo e confrontassem se cada questão foi realmente explicada durante a sua apresentação. Este instrumento (questionário) foi pontuado em escala Likert de 3 pontos e os juízes o validaram sem necessidade de ressalvas.

Para analisar os dados, classificamos como questões de percepção aquelas em que os pacientes tiveram a impressão sobre o quanto aprenderam sobre sua doença através do questionário, questões 1 a 8 e, como questões de conteúdo, aquelas que exigiam conhecimento sobre a doença, já que as perguntas eram sobre temas que variavam desde conhecimentos sobre a anatomia e lesões até o seu tratamento. A parte do questionário referente ao conhecimento adquirido apresentou perguntas nos seguintes temas: local da lesão (9a), diagnóstico (9b), estruturas envolvidas (9c), causa da lesão (9d), tratamento proposto (9e) e motivo do tratamento (9f).

A análise estatística desse trabalho utilizou o programa Bioestat, versão 5.3, e o teste t de Student para comparar a média dos dois grupos, considerando o nível de significância de 5%. Foram apresentados os resultados com as médias e o desvio padrão.

Foi respeitada a dignidade humana, protegendo a identidade dos participantes colaboradores da pesquisa. O direito ao sigilo foi garantido, levando em consideração que os participantes foram informados dos objetivos e da metodologia da pesquisa e receberam um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para a participação do estudo, o qual foi armazenado separadamente do questionário, que não conteve qualquer forma de identificação ou de conexão com o TCLE, e ficaram de posse exclusiva dos pesquisadores, garantindo, assim, o sigilo do participante.

O trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética das Faculdades Pequeno Príncipe, através da Plataforma Brasil, sob número CAAE 36569820.6.0000.5580 e com o número de parecer 4.259.478. Os dados foram coletados em locais reservados, respeitando a privacidade dos participantes, e em períodos pré-determinados pelos pesquisadores. A Pesquisa está em conformidade com a resolução 266, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Os instrumentos da pesquisa foram validados através da aplicação do método DELPHI e apresentaram um consenso já na primeira rodada de questionamentos aos juízes, deste modo, apenas algumas ressalvas foram feitas e seguidas pelo pesquisador. O índice de validação do conteúdo avaliou todas as questões satisfatórias e obteve um índice de validação de conteúdo de 100% nos vídeos de ambos os grupos (IVC= 1).

Os dois grupos foram compostos por 44 pacientes cada, somando 88 pacientes participantes da pesquisa. Os grupos ficaram homogêneos (em número de participantes) devido à forma de randomização utilizada. No grupo 1 foram 24 mulheres e 20 homens respondendo o questionário.

O grupo 2 teve 27 mulheres e 17 homens respondendo o questionário. A diferença entre a média de idade dos dois grupos foi de 2,52 anos, sendo discretamente maior no grupo 1 (56,68 anos), em comparação ao grupo 2 (54,16 anos).

O resultado encontrado na pesquisa está melhor visualizado na tabela 1, mas podemos destacar as médias aritméticas, que no grupo 1 foram de 35,36 pontos e no grupo 2 foram de 32,86 pontos. Para avaliar a significância entre os grupos, foi utilizado o teste t de Student e o índice de significância p. Foram encontrados um $t=2,0265$ e um $p= 0,0457$. Observando-se, portanto, uma diferença estatística significativa entre os grupos, sendo a média do grupo 1 significativamente maior do que a do grupo 2.

Tabela 1 - Comparação estatística dos métodos aplicados

Variável de análise	Grupo 1	Grupo 2
Média aritmética	35,36	32,86
Valor mínimo	10	15
Valor máximo	40	40
Desvio padrão	5,67	5,9

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Analisando as respostas dos questionários dos pacientes que tiveram a explicação na forma de desenhos manuais, observou-se que, no geral, os pacientes tiveram uma percepção sobre o seu conhecimento próxima do que realmente tinham entendido sobre a sua doença. Observando as questões sobre percepção de aprendizado (realizou-se a somatória das pontuações e dividiu-se pelo número máximo possível) chegou-se ao valor de 88,07% de entendimento sobre a sua doença, segundo a percepção do próprio paciente. Observando as questões sobre o conteúdo aprendido, foi feito o mesmo procedimento e chegou-se ao resultado de

91,40%, podendo inferir que houve pouca variação entre o que o paciente pensou ter aprendido e o que ele realmente aprendeu.

Ao analisar os dados dos pacientes que tiveram explicação através de videoaula foi encontrada uma diferença ainda menor entre a percepção do paciente e o conteúdo aprendido, sendo 81,96% a percepção do conhecimento e 82,48% o conhecimento comprovado, demonstrando mais uma vez que a percepção foi muito similar ao aprendizado concreto.

Comparando as duas formas de ensino, desenho manual ou videoaula, observou-se que nas questões

de percepção de autoconhecimento os pacientes que aprenderam através de desenho manual tiveram a percepção de ter aprendido mais sobre sua doença, visto que 88,07%, no grupo 1 e 81,96%, no grupo 2, afirmaram ter aprendido. Durante a análise das questões de conteúdo aprendido, observou-se uma diferença ainda maior entre os grupos, sendo 91,40% no desenho e 82,48% no vídeo.

Observou-se que a maioria dos pacientes conseguiu responder corretamente sobre o local da lesão (questão 9a), sendo 97,73% no grupo 1 e 95,45% no grupo 2 e sobre o tratamento (questão 9e) proposto, correspondendo a 96,02% no grupo 1 e a 94,32% no grupo 2. Ao compararmos com as outras questões, em ambos os grupos, identificar a causa da lesão (questão 9d) também foi menos preciso já que responderam corretamente 80,11% dos pacientes no

grupo 1 e 76,70% no grupo 2. Ainda assim, são valores satisfatórios, já que mais de 75% dos pacientes assimilaram bem a explicação.

As questões envolvendo diagnóstico, estruturas envolvidas e motivo do tratamento causaram maior dificuldade no grupo que teve a explicação através de videoaula. A pergunta que gerou menos conhecimento foi sobre a causa da lesão (80,11%) no grupo 1; já no grupo 2, foi a respeito das estruturas envolvidas na lesão (73,30%), o que representa um nível de aprendizado alto, mesmo nas questões que geraram maiores dúvidas aos pacientes (Tabela 2).

Apesar de observarmos alta taxa de aprendizado com ambas as técnicas, em todos os tópicos analisados na pesquisa, a explicação por desenho manual apresentou resultados melhores que os do grupo da videoaula.

Tabela 2 - Comparação do conteúdo assimilado entre os grupos em cada questão

Questões	9a	9b	9c	9d	9e	9f
Grupo 1	172 (97,73%)	156 (88,64%)	151 (85,80%)	141 (80,11%)	169 (96,02%)	148 (84,09%)
Grupo 2	168 (95,45%)	139 (78,98%)	129 (73,30%)	135 (76,70%)	166 (94,32%)	135 (76,70%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

DISCUSSÃO

A Região Noroeste do Paraná possui muitos trabalhadores braçais, provenientes do corte da cana-de-açúcar e, portanto, mais susceptíveis às lesões no ombro, mais especificamente do manguito rotador do ombro. A maioria dos pacientes acometidos são aqueles que realizam trabalhos que exigem esforço dos membros superiores ou aqueles que realizam atividades repetitivas com esses membros. Porém, não são os únicos, pois os pacientes que têm o hábito de dormir com o membro elevado acima da linha do ombro também estão sujeitos a desenvolver essa síndrome¹⁷. A relevância da realização da pesquisa

na região é grande devido ao volume acentuado de pacientes com lesões no ombro, decorrentes da alta demanda de serviços braçais, entre eles, o corte da cana-de-açúcar.

Seguir uma metodologia de pesquisa é o mesmo que aumentar a confiabilidade e a validade de um estudo, a inflexibilidade implica numa diminuição de erros dos valores encontrados, deixando-os em proximidade com os valores reais. Com isso, compreende-se que manter uma linha de pesquisa pautada em metodologias consagradas diminui o índice de erro e aumenta a veracidade dos dados¹⁸, por

isso, a escolha do método DELPHI no momento da validação dos instrumentos e a utilização do IVCES para que a pesquisa tivesse maior ganho científico. No estudo foi utilizado o instrumento IVCES¹⁵, que é completo, validado e bastante abrangente, contemplando a necessidade da pesquisa. O que faz com que os instrumentos tenham a sua validação definida, inferindo que ambas as técnicas de educação em saúde utilizadas na pesquisa são efetivas na explicação ao paciente sobre a sua doença.

Quanto mais o paciente aprende sobre a sua doença, maior é a probabilidade de seguir corretamente o tratamento proposto, e é responsabilidade do médico explicar e confirmar se o paciente realmente aprendeu, estreitando, assim, a relação médico-paciente^{19,20}. Os resultados da pesquisa mostram que os pacientes conseguiram aprender corretamente durante a consulta a maioria das informações, principalmente ao analisarmos o conhecimento sobre o tratamento (questão 9e), já que o resultado nos grupos 1 e 2 foi de, respectivamente, 96,02% e 94,32% de respostas corretas nessa questão, confirmando que realmente o paciente aprendeu sobre o seu tratamento e sobre a importância de segui-lo. Agora cabe a ele decidir e se tornar corresponsável pelo seu sucesso ou fracasso.

Segundo White²¹ a adesão ao tratamento é um reflexo da relação entre médico e paciente. Para o autor, quanto mais próximo o paciente se sente do médico, mais ele consegue assimilar suas patologias e suas consequências, bem como seu tratamento, aumentando a adesão. Neste trabalho, a proximidade e a singularidade que traz o fato do médico desenhar para o seu paciente a doença pela qual foi acometido, com detalhes pessoais de sua anatomia, que interferem na doença, traz o paciente para esse patamar de confiança e proximidade, por isso, o método de desenho manual foi mais eficaz comparado ao uso de videoaula, que, apesar da riqueza de informações e de imagens, contribuiu para o aprendizado, mas não necessariamente para o fortalecimento da relação entre o médico e seu paciente.

A relação médico-paciente depende da manutenção de princípios imutáveis baseados em empatia, reciprocidade e comunicação. Nessa relação não apenas a linguagem falada é utilizada, mas também a postura, o comportamento, a atenção e as imagens (aspectos não verbais) são indispensáveis para um melhor entendimento pelo paciente sobre a sua doença, o que reforça o vínculo da relação, aumentando a adesão ao tratamento e consequente satisfação²¹. A utilização do desenho manual proporciona mais trocas dessas linguagens não verbais com o paciente do que a explicação da videoaula, visto que, tanto o médico quanto o paciente, estão envolvidos diretamente na construção desse instrumento de ensino e, dessa maneira, o médico consegue transformar a distância que pode gerar uma aula pronta em uma proximidade que pode trazer uma aula construída sobre o paciente para o paciente, aproximando o “professor” do “aluno”.

A comunicação visual na educação vai além de, apenas, apresentações de imagens, compreende a interação da figura com o espaço em que está inserida, além das emoções e sentimentos que causa, desde satisfação e alegria até o medo e a dor que ela proporciona, e isso gera um envolvimento de quem está aprendendo, já que está inserido de alguma forma na construção do aprendizado²². Pensando nesse contexto em que a pesquisa destaca a diferença entre a impessoalidade de uma videoaula e a subjetividade que traz o desenho manual, observa-se que o paciente está sendo orientado não sobre uma doença e sim sobre a sua doença.

A escrita e a fala foram, durante vários anos, consideradas os principais meios de transmissão do conhecimento, porém, com a chegada da internet, infinitas formas de apresentação e de linguagens vieram para somar aos tradicionais métodos, rompendo paradigmas e renovando os conceitos de difusão do saber. A alteração dos hábitos de leitura e a possibilidade de interação fizeram da internet o grande marco dessa transformação por meio de recursos digitais²³ e o resultado da pesquisa mostra

que o uso da videoaula também é muito útil na educação pois, cada vez mais, as gerações mais novas estão aprendendo a usar essa ferramenta (tecnologia/internet) a seu favor. Na medicina não será diferente, visto que os caminhos levam para a sua utilização cada vez mais frequente.

Para Pessoni²⁴, os alunos (pacientes) estão cada vez mais exigentes e cada vez mais inclusos no mundo digital, e o modelo GLS (giz, lousa e saliva), representado nesse trabalho por caneta, papel e saliva, vai dando cada vez mais lugar ao mundo digital e à tecnologia da informação. A maneira como cada geração aprende vai mudando com o passar dos anos, com isso, se repetida essa pesquisa futuramente, o resultado encontrado possivelmente será o inverso ou, ao menos, a diferença será insignificante.

Orientação e educação de pacientes e de seus familiares são de extrema importância na condução de um tratamento com boa relação médico-paciente, por isso, materiais educativos devem ser utilizados de maneira a facilitar o trabalho dos médicos durante a explicação sobre a doença²⁵.

O trabalho demonstrou que, independentemente de qual das duas estratégias o médico usar, a parte da educação que cabe ao médico será satisfatória, já que ambos os métodos apresentaram altas porcentagens de aprendizado, porém, mesmo com a riqueza de informações e imagens que a videoaula proporciona, a proximidade que o desenho proporcionou entre médico e paciente fez com que esse método se tornasse ainda mais eficaz que o outro e, com isso, gerasse mais conhecimento, impactando positivamente a relação médico-paciente e podendo proporcionar uma maior adesão ao tratamento. O paciente acredita naquilo que ele consegue compreender, e esse trabalho conseguiu comprovar que ambas as estratégias devem ser empregadas para a facilitação do ensino ao paciente, aumentando sua confiança a partir da ampliação de conhecimento sobre sua doença.

O trabalho mostra a importância de um médico

compreender o seu papel de educador e o quanto é importante fazer o paciente sentir a proximidade do médico para melhor desenvolvimento da relação e aprendizagem, que certamente impactarão positivamente na sequência do tratamento.

CONCLUSÕES

Lançar mão de estratégias de educação durante a consulta médica faz com que o paciente consiga compreender mais sobre a sua doença, e tanto a videoaula quanto o desenho manual são estratégias que podem contribuir muito para o aprendizado do paciente, podendo interferir diretamente na adesão do tratamento.

A estratégia de desenho manual se apresentou significativamente mais eficiente em transmitir conhecimento do que o método da videoaula, mostrando que a proximidade que essa estratégia traz, individualizando a doença do paciente, demonstra a importância da humanização na consulta médica.

REFERÊNCIAS

1. Skare TL. Diagnóstico Clínico: dificuldades no ensino-aprendizagem. *Rev Bras Educ. Med.* 1997 Mai-Dez; 21(2/3): 17-21.
2. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2002 Ago; 6(11):107-116.
3. Marcelo D, Giorgi A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens.* 2006 Jan-Mar; 13(1): 47-50.
4. Coelho EQ, Coelho AQ, Cardoso JED. Informações médicas na internet afetam a relação médico-paciente? *Revista Bioét.* 2013 Abr; 21(1):142-9.
5. Meister K, Andrews JR. Classification and treatment of rotator cuff injuries in the overhand athlete. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1993 Ago; 18(2):413-421.

6. Neer 2nd CS. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. *J Bone Joint Surg Am.* 1972 jan; 54(1):41-50.
7. Kapanji AI. *Fisiologia articular.* 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
8. Rockwood JRCA, Matsen IFA, Wirth MA, Lippitt SB, Fehring EV, Sperling JW. *The Shoulder.* 5a ed. Amsterdã: Elsevier; 2018.
9. Sousa NP, Da Silva LL, Gomes JRAA, Corgozinho MM. Ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório ortopédico. *Com. Ciências Saúde.* 2021 Abr 9;31(04):71-7.
10. Rigoni Junior JA. Lesões do manguito rotador [Internet]. [www.youtube.com](https://www.youtube.com/watch?v=xDuNnx5VrFY&t=3s). [cited 2022 Ago 2]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xDuNnx5VrFY&t=3s>.
11. Rattichieri L. Entenda seu Ombro - Anatomia, Ruptura de Manguito Rotador e Cirurgia de Reconstrução. *Fisiopremium* [Internet]. [www.youtube.com](https://www.youtube.com/watch?v=mjQaQyGDvYM&t=5s). [cited 2022 Ago 2]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=mjQaQyGDvYM&t=5s>.
12. Facione P. "The Delphi Report" Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction. California Academic Press [Internet]. 1989 Nov. Disponível em: <https://www.qcc.cuny.edu/SocialSciences/ppectorino/CT-Expert-Report.pdf>.
13. Revorêdo LDS, Maia RS, Torres GDV, Chaves Maia EM. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq Ciênc. Saúde.* 2015 Jul; 22(2):16.
14. Marques JBV, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições.* 2018 Ago; 29(2):389-415.
15. Leite SS, Áfio ACE, Carvalho LV de, Silva JM, Almeida PC, Pagliuca LMF. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. *Rev. Bras. de Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 25];71(suppl 4):1635-41. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xs83trTCYB6bZvpccTgfK3w/?lang=pt&format=pdf>.
16. Kelmara A, Vieira M, Dalmoro M. Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados? *Revista Gestão organizacional.* 2013; 6: 161-174.
17. Marques GM, Silva-Junior JS. Síndrome do manguito rotador em trabalhadores de linha de montagem de caminhões. *Cad. Saúde Colet.* 2015 Jul-Set; 23(3): 323-329.
18. Costa I. A análise de textos como metodologia para uma reflexão sobre a investigação educacional. In Alves, AB. (Org). 2007: 181-202.
19. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença.* Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
20. Dixon M, Sweeney K. *The human effect in medicine: theory, research, and practice.* Boca Raton, Fl: Crc Press; 2000.
21. White KL, Frenk J, Ordóñez C, Laría Paganini J, Starfield B. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.* Whashington: Organización Panamericana de Salud, 1992.
22. Lima CBP, Alves PTA, Jucá SCS, Silva SA. Ensinando com imagens: a comunicação visual como ferramenta de ensino-aprendizagem no livro didático de Filosofia adotado nos cursos integrados do IFCE. *Research, Society and Development.* 2020 Jun 7;9(7):e700974518.
23. Mota LG, Lima F, Maíra O, Rodrigues M, Ricardo J, Martins L, Oliveira M, BRVG. A importância da comunicação visual na transmissão e consolidação dos conhecimentos de aluno de EAD na área da saúde: uso aplicado na elaboração de exercícios de fixação de conteúdo. *UNA-SUS.* Maio de 2016; Brasília, Brasil.
24. Pessoni A, Goulart E. Tecnologias e o ensino na área da Saúde. *ABCS Health Sciences.* 2015 Dec 21;40(3).
25. Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. Analysis of the concept of nursing educational technology applied to the patient. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet]. 2014 Fev 16 [cited 2021 Mar 25];15(1). Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8910/1/2014_art_mclsantos.pdf.

DATA DE SUBMISSÃO: 18/05/22 | DATA DE ACEITE: 05/10/22

