

AÇÕES MULTIDIRECIONAIS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON QUE UTILIZAM OU NÃO ÓLEO DE *CANNABIS* COMO MEDIDA TERAPÊUTICA ADJUVANTE

Larrysa de Moraes Alves da Cruz
Jaqueline Rocha Borges dos Santos
Maria Eline Matheus

**AÇÕES MULTIDIRECIONAIS DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PESSOAS
COM DOENÇA DE PARKINSON QUE
UTILIZAM OU NÃO ÓLEO DE *CANNABIS*
COMO MEDIDA TERAPÊUTICA
ADJUVANTE**

Larrysa de Moraes Alves da Cruz
Jaqueline Rocha Borges dos Santos
Maria Eline Matheus



AMPLLA
EDITORA



2023 - Ampla Editora

Copyright da Edição © Ampla Editora

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Ampla Editora

Diagramação: Juliana Ferreira

Revisão: Os autores

Ações multidirecionais de educação em saúde para pessoas com doença de Parkinson que utilizam ou não óleo de *Cannabis* como medida terapêutica adjuvante está licenciado sob CC BY-NC 4.0.



Essa licença permite que outros remixem, adaptem e desenvolvam seu trabalho para fins não comerciais e, embora os novos trabalhos devam ser creditados e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não precisam licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos. O conteúdo da obra e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam a posição oficial da Ampla Editora. O download e o compartilhamento da obra são permitidos, desde que os autores sejam reconhecidos. Todos os direitos desta edição foram cedidos à Ampla Editora.

ISBN: 978-65-5381-155-3

DOI: 10.51859/ampla.ame553.1123-0

Ampla Editora

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2023

CONSELHO EDITORIAL

Alexander Josef Sá Tobias da Costa – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará
Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará
Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará
Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia
Caio Augusto Martins Aires – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe
Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista
Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande
Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires
Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas
Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará
Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí
Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande
Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba
Denilson Paulo Souza dos Santos – Universidade Estadual Paulista
Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais
Dinara das Graças Carvalho Costa – Universidade Estadual da Paraíba
Diogo Lopes de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande
Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano
Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí
Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará
Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador
Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Fredson Pereira da Silva – Universidade Estadual do Ceará
Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará
Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura
Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Hugo José Coelho Corrêa de Azevedo – Fundação Oswaldo Cruz
Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande
Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso
Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas
Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará
Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas
João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina
João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas
João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo
Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife
Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará
Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis
Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia
Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos
Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador
Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lisiane Silva das Neves – Universidade Federal do Rio Grande
Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará

Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário
Luciana de Jesus Botelho Sodré dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão
Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central
Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande
Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa
Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará
Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz
Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia
Maria Carolina da Silva Costa – Universidade Federal do Piauí
Maria José de Holanda Leite – Universidade Federal de Alagoas
Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal do Amazonas
Mário César de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia
Michele Antunes – Universidade Feevale
Michele Aparecida Cerqueira Rodrigues – Logos University International
Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais
Natan Galves Santana – Universidade Paranaense
Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso
Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia
Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão
Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos
Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará
Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras
Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns
Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará
Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande
Rubia Katia Azevedo Montenegro – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Sabryna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais
Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará
Selma Maria da Silva Andrade – Universidade Norte do Paraná
Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia
Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria
Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca
Tatiana Pascholette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus
Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Thiago Sebastião Reis Contarato – Universidade Federal do Rio de Janeiro
Tiago Silveira Machado – Universidade de Pernambuco
Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba
Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras
Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology
Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande
Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima
William Roslindo Paranhos – Universidade Federal de Santa Catarina
Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz
Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2023 - Ampla Editora

Copyright da Edição © Ampla Editora

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Ampla Editora

Diagramação: Juliana Ferreira

Revisão: Os autores

Catálogo na publicação
Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

C957a

Cruz, Larrysa de Morais Alves da

Ações multidirecionais de educação em saúde para pessoas com doença de Parkinson que utilizam ou não óleo de Cannabis como medida terapêutica adjuvante / Larrysa de Morais Alves da Cruz, Jaqueline Rocha Borges dos Santos, Maria Eline Matheus. – Campina Grande/PB: Ampla, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-155-3

DOI 10.51859/ampla.ame553.1123-0

1. Mal de Parkinson. 2. Óleo de Cannabis. I. Cruz, Larrysa de Morais Alves da. II. Santos, Jaqueline Rocha Borges dos. III. Matheus, Maria Eline. IV. Título.

CDD 616.833

Índice para catálogo sistemático

I. Mal de Parkinson

Ampla Editora
Campina Grande – PB – Brasil
contato@amplaeditora.com.br
www.amplaeditora.com.br



2023

PREFÁCIO

A educação em saúde, conjunto de práticas direcionadas ao desenvolvimento da autonomia dos indivíduos acerca do cuidado com a própria saúde, está incluída nos tipos de práticas em contextos de saúde. Nesse ínterim, merece destaque a elaboração de materiais educativos, que estão entrelaçados com processo interprofissional em saúde. Soma-se a explicitação dos/as pacientes, familiares e cuidadores/as, uma vez que estes destacam as demandas e necessidades de entendimento no processo de cuidado e à autonomia em saúde. Dentre as estratégias adotadas em tratamento, com início no denominado uso compassivo, está o óleo de *Cannabis*. As visões estigmatizadas inserem tal uso como excludente em inúmeras práticas, por associação com o uso recreacional da maconha. Aliado a isso, estão enfermidades com potencial neurodegenerativo, em que os tratamentos farmacológicos convencionais sinalizam ausência de resposta terapêutica e efeitos colaterais indesejáveis. Portanto, a busca por estratégias terapêuticas que garantam melhora da qualidade de vida, torna-se de precípua importância aos cenários de enfermidades.

A doença de Parkinson (DP), conhecida por sintomas motores e não motores, é evidenciada por progressão e sem cura. Para tanto, a garantia do bem-estar ao/a paciente, com impacto em melhora da qualidade de vida, explicita o protagonismo assumido na busca de caminhos terapêuticos. Portanto, o uso de óleo de *Cannabis*, quer seja compassivo ou não, agrega como estratégia terapêutica.

O objetivo do estudo apresentado nesse livro foi a construção e avaliação de materiais educativos para educação em saúde, utilizando diferentes tecnologias educacionais, direcionados às pessoas com Parkinson (PcP) que fazem o uso compassivo ou não de óleo de *Cannabis*. Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado entre novembro de 2020 e novembro de 2022, dividido em duas etapas: a primeira consistiu na elaboração de duas ferramentas educativas (calendário posológico e controle mensal), dois boletins informativos e dois vídeos educativos com temas relacionados a DP e canabinoides; e a segunda, na avaliação da aceitação desses materiais educativos por PcP. Os boletins informativos e os vídeos educativos avaliados foram bem aceitos pelos pacientes, em relação ao conteúdo e estrutura, além de serem considerados relevantes. O calendário

posológico e o controle mensal mostraram-se úteis para PcP que buscam organizar a sua rotina terapêutica, a fim de melhorar a adesão e a eficácia do tratamento.

Portanto, a adoção de práticas de educação em saúde qualifica as atividades clínicas, como um serviço inserido no processo de cuidado.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	10
1.1 DOENÇA DE PARKINSON (DP)	10
1.2 CANNABIS SATIVA	10
1.3 SISTEMA ENDOCANABINOIDE (SEC)	11
1.3.1 SEC NA DP	12
1.4 USO COMPASSIVO DA <i>CANNABIS</i> NA DP	13
1.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	13
CAPÍTULO II - MATERIAIS E MÉTODOS	15
2.1 DESENHO DO ESTUDO	15
2.2 CONSTRUÇÃO DOS MATERIAIS EDUCATIVOS	15
2.2.1 FERRAMENTAS EDUCATIVAS EM SAÚDE	15
2.2.2 BOLETINS INFORMATIVOS	15
2.2.3 VÍDEOS EDUCATIVOS	16
2.3 PARTICIPANTES	16
2.3.1 VALIDAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS DE ACEITAÇÃO	16
2.3.2 AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DOS MATERIAIS EDUCATIVOS	16
2.4 FONTE DE DADOS	17
2.4.1 QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO	17
2.4.2 FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS DE ACEITAÇÃO	18
2.5 ACOMPANHAMENTO	18
2.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	19
2.7 MÉTODOS ESTATÍSTICOS	19
CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
3.1 MATERIAIS EDUCATIVOS	20
3.1.1 FERRAMENTAS EDUCATIVAS EM SAÚDE	20
3.1.2 BOLETINS INFORMATIVOS	21
3.1.3 VÍDEOS EDUCATIVOS	22
3.2 PARTICIPANTES	24
3.2.1 FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS DE ACEITAÇÃO	24
3.2.2 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DE FERRAMENTAS EDUCATIVAS EM SAÚDE	24
3.2.3 QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DOS BOLETINS INFORMATIVOS E VÍDEOS EDUCATIVOS	27
3.3 VALIDAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS DE ACEITAÇÃO	29
3.4 AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DOS MATERIAIS EDUCATIVOS	31
3.4.1 AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DAS FERRAMENTAS EDUCATIVAS EM SAÚDE	31
3.4.2 AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DOS BOLETINS INFORMATIVOS	39
3.4.3 AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DOS VÍDEOS EDUCATIVOS	46
3.5 LIMITAÇÕES	52

CAPÍTULO IV - CONCLUSÕES.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICE A.....	59
APÊNDICE B.....	62
APÊNDICE C.....	64
APÊNDICE D	66
APÊNDICE E.....	67
APÊNDICE F.....	68

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Doença de Parkinson (DP)

Em 1817, James Parkinson identificou pela primeira vez a doença de Parkinson (DP), caracterizando-a como paralisia agitante. A DP é a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente, atrás apenas da doença de Alzheimer, acometendo cerca de 3% da população idosa com mais de 65 anos (FOPPA, 2016). No Brasil, estima-se que o número de pessoas com Parkinson (PcP) em 2030 será igual a 340 mil, isto ocorrerá devido à tendência de inversão da pirâmide etária, ou seja, o crescimento da população idosa decorrente do aumento da expectativa de vida (DORSEY, 2007).

A fisiopatologia da DP consiste na degeneração progressiva de neurônios dopaminérgicos presentes na substância negra pars compacta (SNPC), devido aos fatores genéticos, ambientais e do envelhecimento. Além disso, esses neurônios se projetam para o estriado, levando a outra característica patológica da doença que é a depleção de dopamina na via nigroestriatal, que possui um papel-chave na função motora. Logo, a deficiência de dopamina nessa via provoca distúrbios do movimento, como a DP. Os sintomas particulares da DP podem ser classificados em: sintomas motores, que são tremor de repouso, acinesia ou bradicinesia, rigidez e alteração postural e de marcha; e sintomas não motores, como depressão, ansiedade, apatia, sialorreia, constipação, hipotensão ortostática, insônia, entre outros (FOPPA, 2016; BRANCHI et al., 2010; AURELI et al., 2014).

Atualmente, não existe uma cura para a DP. O tratamento busca controlar os sintomas e retardar a progressão da doença, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para o paciente. Sendo assim, as possibilidades de tratamento para a DP envolvem intervenções medicamentosas e cirúrgica (implante de estimulador cerebral profundo – DBS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

1.2 Cannabis sativa

Na Figura 1, é possível observar os tricomas glandulares localizados nas flores femininas da *C. sativa*, uma planta da família Cannabinaceae. Esses tricomas glandulares secretam fitocanabinoides, terpenos e flavonoides. Os fitocanabinoides mais abundantes na *C. sativa* são os Δ^9 e Δ^8 -tetrahydrocannabinol (THC), o canabinol (CBN) e o canabidiol (CBD) (ANDRE et al.,

2016; FARAG e KAYSER, 2017; HAPPYANA et al., 2013; HUCHELMANN et al., 2017; TANNEY et al., 2021).

Figura 1 - Tricomas glandulares presentes nas flores femininas da planta *C. sativa*.

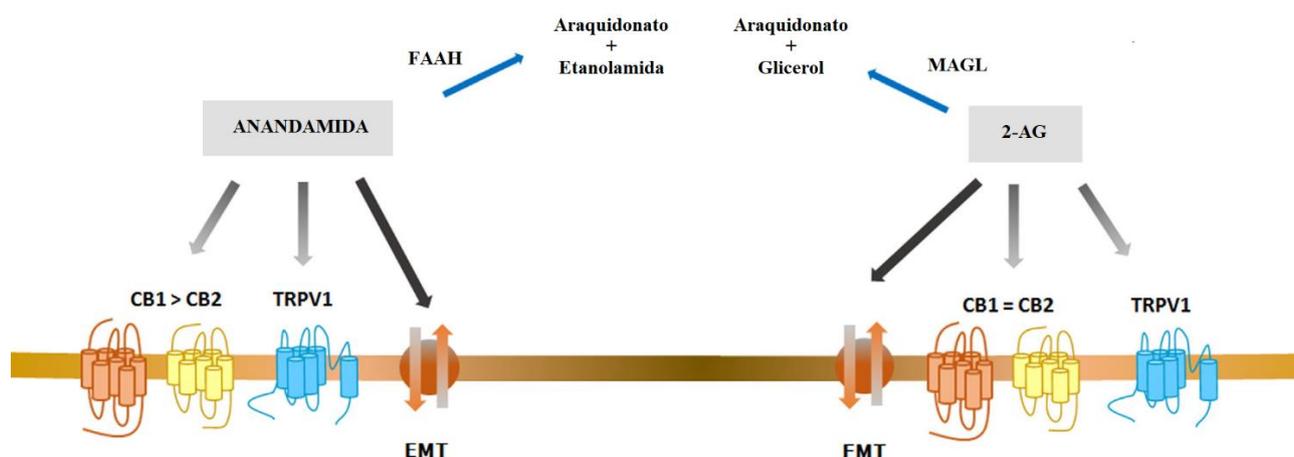


Fonte: Bonini et al. (2018).

1.3 Sistema endocanabinoide (SEC)

O sistema endocanabinoide (SEC) é composto pelos canabinoides endógenos, seus receptores, enzimas e transportador que regulam o tônus canabinodérgico (Figura 2). Os principais endocanabinoides são a N-araquidonoiletanolamina (AEA - anandamida) e o 2-araquidonoilglicerol (2-AG), sintetizados a partir de fosfolipídios da membrana celular e liberados imediatamente. A amida hidrolase de ácidos graxos (FAAH) e a monoacilglicerol lipase (MAGL) são enzimas encarregadas da degradação da AEA e 2-AG, respectivamente. O transportador de membrana endocanabinoide (EMT) é responsável pelo transporte facilitado através da membrana plasmática. Os receptores endocanabinoides mais importantes são o receptor canabinoide tipo 1 (CB1R) e o receptor canabinoide tipo 2 (CB2R). Os endocanabinoides também atuam no receptor de potencial transitório vanilóide tipo 1 (TRPV1) (HOWLETT et al., 1991; IANNOTTI, et al., 2016; McPARTLAND, 2004; MECHOULAM et al., 1998).

Figura 2 - Sistema endocanabinoide (SEC).



Fonte: Adaptada de Iannotti et al. (2016).

O Δ^9 -THC é o principal composto da *C. sativa* com efeitos psicoativos. Do ponto de vista farmacológico, o THC é um agonista parcial de ambos os receptores canabinoides, atuando como modulador de efeitos psicoativos em CB1R, e como modulador de efeitos imunológicos e anti-inflamatórios em CB2R. Os efeitos psicoativos do THC (p. ex. alterações perceptivas e déficits cognitivos) ocorrem devido a sua ação, mediada por CB1R, na neurotransmissão glutamatérgica e liberação de dopamina (PERTWEE, 2008).

O CBD possui baixa afinidade por CB1R e CB2R, sua ação resulta da intervenção na sinalização dos endocanabinoides tanto na hidrólise enzimática por meio da FAAH, quanto na inibição da recaptção da anandamida através do transportador EMT (MECHOULAM et al., 2002). O CBD pode atuar como um agonista do subtipo 1A do receptor da 5-hidroxitriptamina (5-HT_{1A}) promovendo efeito ansiolítico (CAMPOS e GUIMARÃES, 2008; GOMES et al, 2011; FOGAÇA et al., 2014; MARINHO et al., 2015). Além disso, o CBD promove efeitos antipsicóticos e analgésicos através do receptor TRPV1, onde atua como um agonista (CASSANO et al., 2020).

1.3.1 SEC na DP

A mudança na expressão de receptores canabinoides em amostras cerebrais de pacientes com DP evidencia que existe modulação da atividade dopaminérgica pelos endocanabinoides nos gânglios da base. Em pacientes com DP, foi observada uma expressão quatro vezes maior de CB2R quando comparada às amostras de controle, enquanto o nível de expressão de CB1R permaneceu inalterado. Essa expressão diferencial do CB2R sugere seu papel principal na patogênese da DP mais do que a do CB1R (BAUL et al., 2019; GUGLIANDOLO et al., 2020).

A insuficiência de dopamina tem um grande impacto na plasticidade estriatal dependente de endocanabinoides. Gubellini et al. (2002) demonstraram que a depleção de dopamina na via nigroestriatal resulta no aumento dos níveis de endocanabinoides, que ativa plasticidade sináptica anormal no estriato, resultando no aparecimento de sintomas motores em modelos de roedores lesionados com 6-OHDA (6-hidroxidopamina). Em um estudo piloto de Sieradzan et al. (2001), os canabinoides mostraram reduzir as discinesias induzidas por levodopa por meio da ativação de receptores CB1. Além disso, estudos in vivo e in vitro comprovaram o papel neuroprotetor dos receptores CB2 em vários modelos de DP e outras doenças neurodegenerativas. A propriedade neuroprotetora de CBD também está relacionada com a ativação do receptor 5-HT1A, com localização pré e pós-sináptica em várias regiões cerebrais (RUSSO et al., 2005; CASSANO et al., 2020).

1.4 Uso compassivo da *Cannabis* na DP

A terapia com canabinoides pode ser uma alternativa promissora para tratar a DP devido ao papel desempenhado pelos receptores canabinoides na lentificação da progressão da DP pela ativação de vias neuroprotetoras e na diminuição dos efeitos adversos associado ao uso de levodopa (SHAH et al., 2017; SIERADZAN et al., 2001).

No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 38 de 2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Publicada DOU em 12 de agosto de 2013) ampara o uso de compostos canabinoides, seja de origem natural ou sintética, pois regulamenta o uso compassivo, que consiste na utilização de novos medicamentos, ainda sem registro na Anvisa, por pacientes portadores de doenças debilitantes graves e/ou que ameacem a vida e sem alternativa terapêutica satisfatória com produtos registrados no país. Em 2019, foi publicada pela Anvisa a RDC nº 327 (Publicada DOU em 9 de dezembro de 2019, seção I), um marco importante para o uso da *Cannabis* como medida terapêutica, pois dispõe sobre a fabricação, importação, comercialização, prescrição, dispensação, monitoramento e fiscalização de produtos de *Cannabis* para fins medicinais. Esse cenário evidencia a necessidade de educação em saúde e abordagem interdisciplinar para garantia do uso seguro e racional.

1.5 Educação em saúde

A educação em saúde, conjunto de ações educativas elaboradas com o intuito de desenvolver o empoderamento dos indivíduos no cuidado com a própria saúde, está incluída nos serviços ofertados no Cuidado Farmacêutico (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016). Deste modo, a Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585 de 2013 (Publicada DOU em 25 de setembro de 2013, seção I) destaca a participação do farmacêutico na produção

de materiais educativos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de doenças.

A educação em saúde e promoção da saúde andam juntas desde a origem do conceito de promoção da saúde, no começo do século XX, quando os higienistas notaram mudanças nos índices de adoecimento a partir da realização de ações educativas. A educação em saúde é um instrumento essencial para promoção da saúde, pois estimula o autocuidado e encoraja a autonomia, tornando-o protagonista no cuidado da sua saúde, através do processo de aprendizagem. Além disto, a educação em saúde, como processo pedagógico emancipatório, também é capaz de promover a melhoria da qualidade de vida e da saúde em idosos. É importante ressaltar o envolvimento dos próprios idosos, dos familiares e cuidadores, e da comunidade nas ações de educação em saúde para que seja um método efetivo (JANINI et al., 2015; SÁ et al., 2019; SEABRA et al., 2019).

Atualmente, observa-se alterações nas características demográficas na população mundial, devido ao rápido crescimento da população idosa. A saúde do idoso tornou-se prioridade no Brasil, constando na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2015). Neste cenário, a educação em saúde para idosos ganhou destaque, refletindo no crescimento progressivo de produções científicas relacionadas às tecnologias educacionais, principalmente entre os anos de 2012 e 2017. Sendo assim, pesquisadores são incentivados a desenvolverem ações em saúde voltadas para este público, a fim de promover a autonomia e a melhora na qualidade de vida (SÁ et al., 2019; SEABRA et al., 2019).

O conhecimento sobre as tecnologias educacionais é importante na construção de materiais destinados à educação em saúde, pois deve-se escolher a melhor forma de transmitir saberes para determinado público-alvo. Em uma revisão integrativa da literatura, Sá et al. (2019) expuseram que as principais tecnologias utilizadas para educação em saúde de idosos foram elaboradas nas modalidades *softwares*, vídeos e materiais impressos. Todos estes formatos apresentaram efeitos positivos e efetividade no processo de aprendizado sobre várias temáticas por idosos.

Portanto, esse livro apresenta resultados inerentes à construção e avaliação de materiais educativos para educação em saúde, utilizando diferentes tecnologias educacionais, direcionados à PcP que fazem o uso compassivo, ou não, de óleo de *Cannabis* como medida terapêutica.

CAPÍTULO II

MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado entre novembro de 2020 e novembro de 2022, a fim de descrever o processo de construção de materiais educativos para educação em saúde, utilizando diferentes tecnologias educacionais, direcionados às PcP que fazem o uso compassivo, ou não, de óleo de *Cannabis* como medida terapêutica.

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa “Estudo observacional do uso compassivo de extrato de *Cannabis* associado à farmacoterapia da doença de Parkinson”, realizado através da parceria entre Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), aprovado pelo Comitê de Ética do IESC/UFRJ, sob o nº 42087421.3.0000.5286.

2.2 Construção dos materiais educativos

2.2.1 Ferramentas educativas em saúde

Primeiramente, foi realizada uma busca na literatura por modelos de ferramentas educativas que auxiliam na adesão medicamentosa, amplamente empregados por farmacêuticos no exercício da profissão na área de serviços ofertados no Cuidado Farmacêutico, que pudessem ser usados como base para a construção do calendário posológico e do controle mensal. Em seguida, o calendário posológico e o controle mensal foram desenvolvidos através da adaptação dos modelos encontrados na busca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2019).

2.2.2 Boletins informativos

Os boletins informativos foram construídos em conjunto com os integrantes do projeto de pesquisa “Estudo observacional do uso compassivo de extrato de *Cannabis* associado à farmacoterapia da doença de Parkinson”.

Inicialmente, realizou-se uma busca na literatura utilizando descritores em saúde e palavras-chave como “educação em saúde”, “produção de materiais educativos”, “comunicação com a pessoa idosa” e “divulgação em mídias digitais”. Esta busca restringiu-se às bases de dados Scielo e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde. Após esta etapa, foi realizada

uma reunião de forma remota, com todos os integrantes do projeto de pesquisa. Na reunião, foram apresentados os resultados da busca na literatura e ocorreu a deliberação para o levantamento dos potenciais assuntos a serem abordados nos boletins informativos. Os graduandos foram divididos em duas frentes de trabalho: a primeira ficou responsável pela revisão bibliográfica sobre o tema e a redação do texto base, e a segunda pela criação da identidade visual. Além disso, jogos educativos e interativos foram criados de acordo com o assunto tratado no boletim, visando auxiliar na compreensão do conteúdo.

2.2.3 Vídeos educativos

Os vídeos educativos foram elaborados através da adaptação dos boletins informativos para o formato audiovisual. O conteúdo dos boletins foi resumido para se adequar ao novo formato. Foram acrescentadas ilustrações para tornar os vídeos mais lúdicos. Além disso, os vídeos educativos passaram por um processo de narração, visando torná-los inclusivos para pessoas com baixa acuidade visual ou iletradas.

Os vídeos foram desenvolvidos utilizando a plataforma de design gráfico Canva®, no formato de mídia compatível com equipamentos digitais (.mp4), como smartphones e computadores.

2.3 Participantes

2.3.1 Validação dos questionários de aceitação

Para validação dos questionários de avaliação de aceitação, foram convidados 10 profissionais da saúde. Foram incluídos no processo de validação os profissionais que responderam o Formulário de Validação dos Questionários de Aceitação.

2.3.2 Avaliação da aceitação dos materiais educativos

Todos os 98 pacientes com DP usuários ou não de Cannabis como medida terapêutica adjuvante, e seus respectivos acompanhantes familiares ou cuidadores, assistidos pelo projeto de pesquisa “Estudo observacional do uso compassivo de extrato de Cannabis associado à farmacoterapia da doença de Parkinson” foram convidados a participar deste estudo.

Foram incluídos no estudo os pacientes que se enquadraram nos seguintes critérios:

- a) expressar interesse em participar das ações de educação em saúde;
- b) quando solicitados, enviaram uma fotografia do calendário posológico e do controle mensal preenchidos;
- c) responder os questionários de avaliação da aceitação dos materiais educativos.

Foram excluídos os pacientes que se enquadraram nos seguintes critérios:

- a) expressaram a sua vontade em não participar da atividade relacionada ao calendário posológico e controle mensal, seja por algum motivo pessoal ou por ter um método próprio já estabelecido para organização da sua rotina terapêutica;
- b) enviaram uma fotografia de apenas uma das ferramentas de educação em saúde preenchidas;
- c) enviaram uma fotografia do calendário posológico e controle mensal, mas não responderam o respectivo questionário de avaliação da aceitação;
- d) responderam os questionários de avaliação da aceitação dos boletins informativos, mas não responderam os questionários de avaliação da aceitação dos vídeos educativos.

2.4 Fonte de dados

2.4.1 Questionários de avaliação da aceitação

Os questionários de avaliação da aceitação foram construídos através da adaptação do instrumento de avaliação de materiais educativos impressos (EVALPEM) (CASTRO et. al, 2007). O processo de adaptação foi necessário para adequar os questionários ao público-alvo e suprir as demandas relacionadas às particularidades de cada material educativo elaborado.

O questionário de avaliação da aceitação de ferramentas educativas em saúde (Apêndice A) é constituído por 54 itens, divididos em três blocos, um para identificação do paciente, e os outros dois com a finalidade de avaliar o calendário posológico e o controle mensal. Cada bloco é subdividido em 4 categorias, são elas: conteúdo, estrutura, relevância, e opiniões pessoais. Cada item das três primeiras categorias foi apresentado na forma de afirmativa, seguido de uma escala de avaliação com 3 categorias: concordo totalmente; concordo parcialmente; discordo. Os itens da categoria opiniões pessoais foram apresentadas na forma de interrogativas, nas quais os participantes puderam relatar o que gostou e o que não gostou, o que adicionaria e o que retiraria, em relação ao calendário posológico e controle mensal.

O questionário de avaliação da aceitação de boletins informativos (Apêndice B) é constituído por 29 itens, divididos em 4 categorias, são elas: conteúdo, estrutura, relevância, e opiniões pessoais. Cada item das três primeiras categorias foi apresentado na forma de afirmativa, seguido de uma escala de avaliação com 3 categorias: concordo totalmente; concordo parcialmente; discordo. Os itens da categoria opiniões pessoais foram apresentadas na forma de interrogativas, nas quais os participantes puderam relatar o que gostou e o que não

gostou, o que adicionaria e o que retiraria, em relação ao boletim informativos, além de sugerir temas para os próximos boletins a serem elaborados.

O questionário de avaliação da aceitação de vídeos educativos (Apêndice C) é constituído por 26 itens, divididos em 4 categorias, são elas: conteúdo, estrutura, relevância, e opiniões pessoais. Cada item das três primeiras categorias foi apresentado na forma de afirmativa, seguido de uma escala de avaliação com 3 categorias: concordo totalmente; concordo parcialmente; discordo. Os itens da categoria opiniões pessoais foram apresentadas na forma de interrogativas, nas quais os participantes puderam relatar o que gostou e o que não gostou, o que adicionaria e o que retiraria, em relação ao vídeo educativo.

2.4.2 Formulário de validação dos questionários de aceitação

A fim de validar os questionários de avaliação da aceitação, foi elaborado um formulário de validação (Apêndice D), constituído por 5 itens. Os itens foram apresentados na forma de interrogativas, sendo quatro itens seguidos de alternativas dicotômicas (sim/não) como possibilidade de resposta, e um item no qual o profissional da saúde poderia relatar o que incluiria, substituiria ou excluiria, em relação aos questionários de avaliação da aceitação.

2.5 Acompanhamento

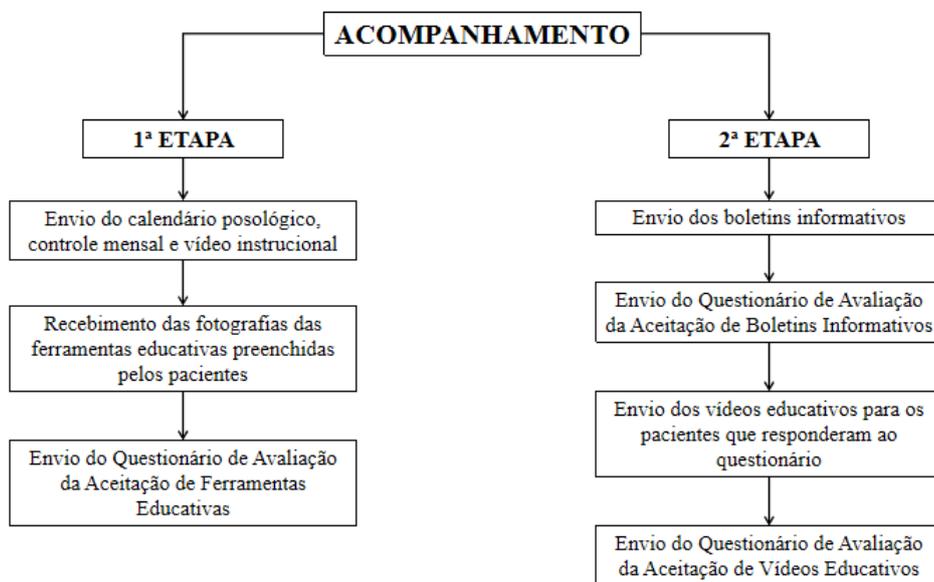
No processo de validação dos questionários, foi enviado aos profissionais da saúde o formulário de validação dos questionários de avaliação da aceitação, juntamente com os questionários desenvolvidos.

A Figura 3 apresenta um fluxograma esquematizando as etapas do processo de acompanhamento dos pacientes. Primeiramente, foram enviados aos pacientes o calendário posológico e o controle mensal, juntamente com um vídeo instrucional, explicando o que são estas ferramentas educativas e como utilizá-las corretamente. Foi informado aos pacientes que eles deveriam assistir o vídeo instrucional, preencher o calendário posológico e o controle mensal com as informações acerca da própria rotina farmacoterapêutica, e em seguida enviar fotografias de ambas as ferramentas preenchidas para a autora responsável por este estudo. Após o recebimento das fotografias, foi enviado o questionário de avaliação da aceitação de ferramentas educativas.

Na segunda etapa do acompanhamento, foram enviados aos pacientes os boletins informativos, além do questionário de avaliação da aceitação de boletins informativos. Foi recomendado aos pacientes que fizessem a leitura dos boletins antes de responder o questionário.

Para aqueles que responderam ao questionário de avaliação da aceitação de boletins informativos, foram enviados os vídeos educativos, juntamente com o questionário de avaliação da aceitação de vídeos educativos. Foi sugerido aos pacientes que assistissem os vídeos antes de responder o questionário.

Figura 3 - Fluxograma com as etapas do acompanhamento dos pacientes



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

2.6 Variáveis do estudo

Foi feita uma reunião com os pacientes, com o intuito de explicar todas as etapas do acompanhamento e apresentar brevemente os materiais educativos a serem avaliados.

Durante o processo de avaliação dos materiais educativos, foram esclarecidas dúvidas dos pacientes relacionadas ao uso de tecnologias digitais, com o objetivo evitar que estes abandonassem o estudo devido tais dificuldades. Também foram esclarecidas dúvidas sobre como preencher corretamente o calendário posológico e controle mensal e os questionários.

Na validação dos questionários de avaliação da aceitação, também foram enviados aos profissionais da saúde o calendário posológico e o controle mensal, a fim de evitar que o desconhecimento sobre estas ferramentas afetasse a avaliação.

2.7 Métodos estatísticos

Os dados foram coletados de forma remota por meio de formulários eletrônicos desenvolvidos para o estudo através da ferramenta online Google Forms®. O banco de dados gerado foi exportado para uma planilha Excel 2019® para organização e análise. Os dados obtidos foram expressos em frequência absoluta e frequência relativa.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Materiais educativos

Os materiais educativos elaborados foram confeccionados com base nas tecnologias em saúde mais aceitas pelo público-alvo do estudo (SÁ et al., 2019).

3.1.1 Ferramentas educativas em saúde

O calendário posológico é uma estratégia educativa utilizada no cuidado farmacêutico com o objetivo de facilitar a adesão ao tratamento em pacientes polimedicados. Além disso, o calendário contribui para autonomia do paciente sobre o próprio tratamento, pois auxilia na organização da sua rotina terapêutica. Do ponto de vista do farmacêutico, o calendário posológico possibilita o planejamento dos horários de tomada dos medicamentos a fim de evitar possíveis interações medicamentosas (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O calendário posológico consiste em uma tabela, na qual na primeira coluna deve-se escrever em cada linha o nome e a dose dos medicamentos utilizados. Na segunda coluna da tabela, denominada “Modo de uso”, recomenda-se escrever a posologia de cada medicamento, ou seja, a quantidade de comprimidos, cápsulas ou gotas, conforme a forma farmacêutica, e a frequência de administração, de acordo com a prescrição médica. Os horários de tomada de cada medicamento devem ser distribuídos entre as demais colunas, de acordo com as ações realizadas ao longo do dia, por exemplo, se o medicamento é administrado ao acordar (em jejum), antes ou depois do café da manhã, antes ou depois do almoço, antes ou depois do lanche da tarde, antes ou depois do jantar, ou antes de dormir. O calendário posológico também possui um espaço denominado “Observações”, no qual é possível anotar prováveis efeitos indesejáveis ou outras considerações relevantes. O modelo do calendário posológico elaborado encontra-se no Apêndice E.

O controle mensal (Apêndice F) tem como objetivo evitar o esquecimento da tomada de uma dose do medicamento. Primeiramente, deve-se escrever o nome do medicamento e o mês atual, nos respectivos espaços presentes no controle mensal. O controle mensal também se apresenta no formato de tabela, na qual na primeira coluna deve-se escrever o horário de tomada do medicamento, cada linha da primeira coluna na tabela corresponde a um horário.

Os números nas colunas seguintes representam um dia do mês. Sendo assim, deve-se preencher com um “X” o espaço que corresponde o dia do mês e o horário de administração, todas as vezes que tomar o medicamento no horário equivalente. Caso, ao final do dia, tenha algum espaço não sinalizado com um “X”, isto significa que provavelmente a pessoa esqueceu de tomar uma dose do medicamento.

3.1.2 Boletins informativos

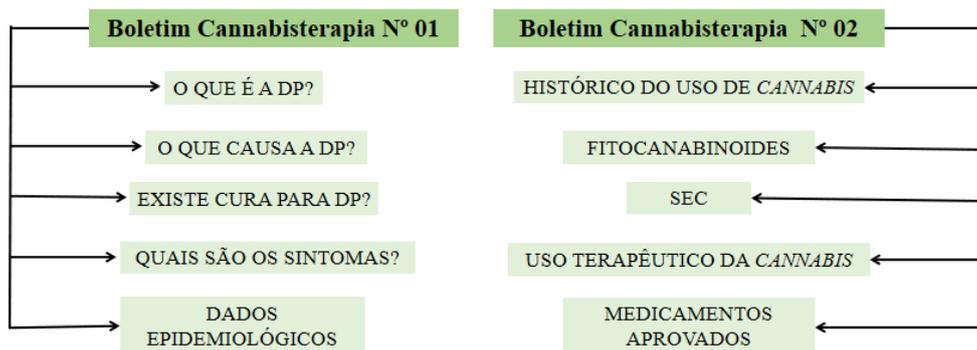
Os boletins informativos foram denominados Boletim Cannabisterapia, em que cada edição teve um tema central (Figura 4). A Figura 5 apresenta um esquema contendo os principais tópicos abordados em cada boletim informativo. O primeiro boletim, publicado em dezembro de 2020, abordou a DP, descrevendo os sintomas, dados epidemiológicos e todas as repercussões relacionadas ao cuidado do paciente com DP. O segundo boletim elaborado foi publicado em fevereiro de 2021 e teve como temática principal os canabinoides, trazendo informações sobre o histórico de uso da *Cannabis*, fitocanabinoides, SEC, evidências relacionadas ao uso terapêutico da *Cannabis*, produtos farmacêuticos à base de *Cannabis* aprovados no Brasil e em outros países, e indicações de ONGs que acompanham pacientes usuários de *Cannabis* medicinal. Jogos educativos e interativos como palavras cruzadas, quebra-cabeças, labirinto e caça palavras foram elaborados para cada edição respeitando o tema (Figura 6). Além disso, foram convidados especialistas para escreverem um pequeno editorial sobre o assunto abordado na edição.

Figura 4 - Capas dos boletins informativos desenvolvidos



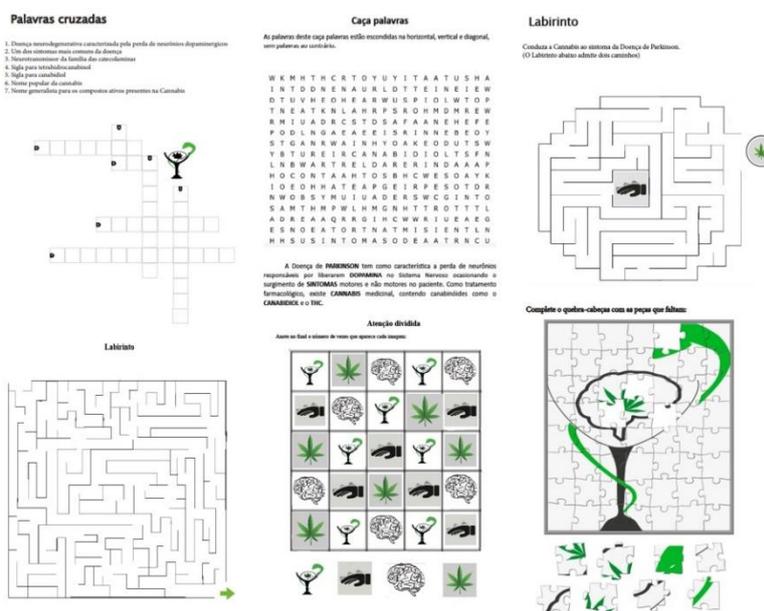
Fonte: Adaptada pela autora do original elaborado pela equipe do Grupo de Pesquisa de Cannabis no Parkinson (GPeCaP) (2023).

Figura 5 - Esquema com os principais tópicos abordados em cada boletim informativo.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

Figura 6 - Exemplos de jogos educativos presentes nos boletins informativos.



Fonte: Adaptada pela autora do original elaborado pela equipe do GPeCaP (2023).

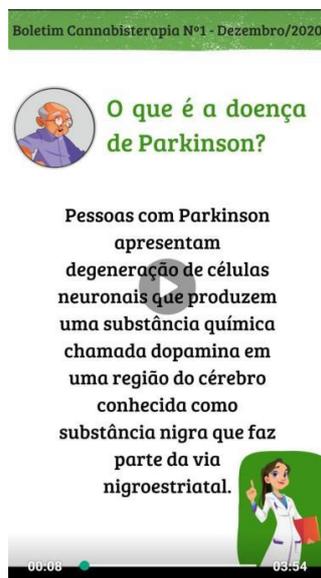
Apesar do material impresso, geralmente, ser o mais utilizado para divulgar informações de saúde, por ser visto com maior credibilidade e aceitação pelos receptores, não foi possível ofertar o material educativo neste formato devido à pandemia da COVID-19. Portanto, optou-se pela divulgação em formato digital. Os boletins foram publicados com periodicidade bimestral por uma editora, portanto, possuem ISBN.

3.1.3 Vídeos educativos

O primeiro vídeo educativo elaborado teve como tema a DP, assim como o Boletim Cannabiterapia Nº 1. A duração do vídeo foi de 3 minutos e 54 segundos. O vídeo contém as principais informações constantes no boletim, mas apresentadas como um diálogo entre uma

farmacêutica e uma pessoa idosa na forma de perguntas e respostas, e utilizando recursos visuais como ilustrações (Figura 7).

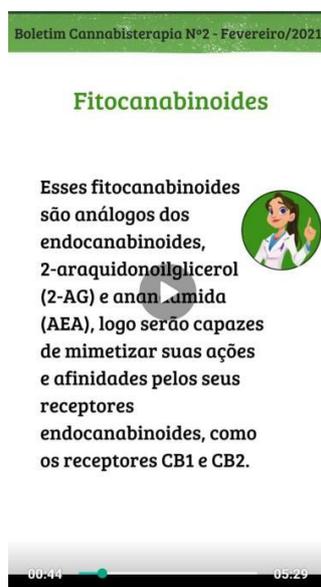
Figura 7 - Uma das cenas presentes no vídeo educativo nº 1 - Doença de Parkinson.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

O Boletim Cannabiterapia nº 2 serviu como inspiração para o segundo vídeo educativo desenvolvido, abordando como tema os canabinoides. Ao longo de 5 minutos e 29 segundos, o vídeo contemplou as informações mais relevantes presentes no boletim, porém dispostas de uma forma mais dinâmica, como se fosse uma breve palestra ministrada por uma farmacêutica (Figura 8). Além disso, foram utilizadas ilustrações para deixar o vídeo mais lúdico.

Figura 8 - Cena do vídeo educativo nº 2 - Canabinoides.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

3.2 Participantes

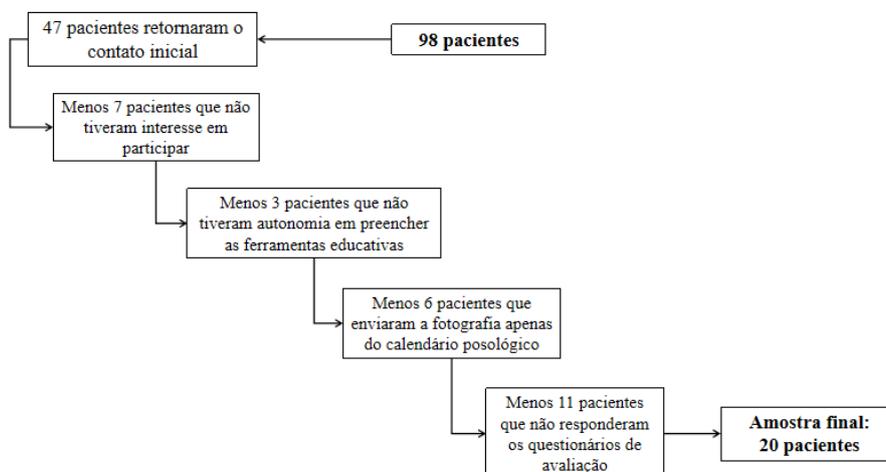
3.2.1 Formulário de validação dos questionários de aceitação

Sete profissionais da saúde participaram da validação dos questionários de aceitação, nos quais 5 são farmacêuticos (71,43%) e 2 são médicos (28,57%).

3.2.2 Questionário de avaliação da aceitação de ferramentas educativas em saúde

A Figura 9 apresenta um fluxograma esquematizando o processo de triagem dos pacientes que participaram da avaliação. Apenas 47 pacientes da amostra retornaram o contato inicial. Dentre estes, 7 expressaram que não tinham interesse em participar da avaliação, por algum motivo pessoal ou por utilizarem outro método para organizar a sua rotina terapêutica. Três pacientes demonstraram interesse, mas não conseguiram preencher o calendário posológico e o controle mensal sozinhos, tampouco com auxílio de seus cuidadores. Por isso, a própria autora do estudo preencheu as ferramentas educativas de acordo com as informações enviadas pelos pacientes, a fim de que pudessem usufruir do material educativo elaborado, contudo eles não participaram da avaliação. Seis pacientes enviaram a fotografia somente do calendário posológico, logo foram excluídos do estudo por se enquadrarem no critério de exclusão. Onze pacientes enviaram as fotografias do calendário posológico e do controle mensal quando solicitadas, porém, não responderam os respectivos questionários de avaliação, portanto, também foram excluídos do estudo devido ao critério de exclusão. Sendo assim, a amostra final foi igual a 20 pacientes.

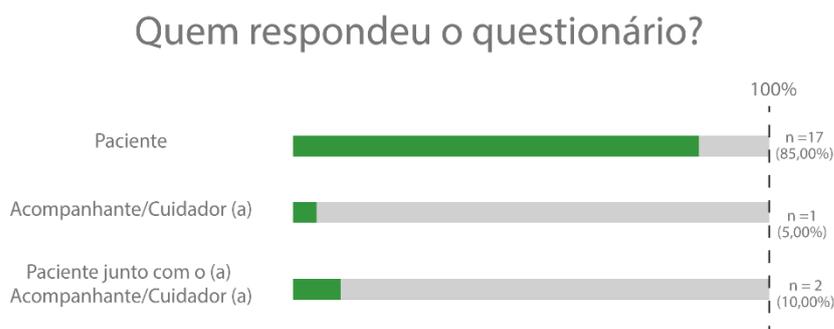
Figura 9 - Fluxograma mostrando a triagem dos pacientes que participaram da avaliação das ferramentas educativas.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

A maioria dos pacientes com DP (85,00%, n = 17) respondeu ao questionário de avaliação da aceitação das ferramentas educativas em saúde por conta própria; 10,00% (n = 2) responderam com auxílio de seus acompanhantes ou cuidadores; e 5,00% (n = 1) foi respondido apenas pelos acompanhantes ou cuidadores (Figura 10).

Figura 10 – Detalhamento da forma como os pacientes responderam ao questionário de avaliação das ferramentas educativas em saúde.



Fonte: Elaborada por Felipe Alexandre Ferreira da Silva, integrante do GPeCaP (2023).

O fato da maioria dos pacientes ter participado da avaliação da aceitação das ferramentas educativas em saúde sozinhos ou com ajuda de seus acompanhantes ou cuidadores, comprova que o emprego do calendário posológico e controle mensal pode contribuir para a promoção do autocuidado, pois tais ferramentas apresentam aspectos que englobam os três componentes principais que constituem o conceito de autocuidado. O autocuidado consiste na realização de atividades relacionadas à manutenção da vida, saúde e bem-estar que as pessoas executam para beneficiamento próprio. O autocuidado abrange três elementos essenciais: automanutenção, que são práticas associadas a diversos aspectos da vida que um indivíduo deve exercer para manutenção da sua saúde e bem-estar; automonitoramento, que envolve o desenvolvimento da autoconsciência, adquirida através da observação e avaliação dos sintomas e atividades da vida diária; e autogerenciamento (ou autogestão), que consiste na capacidade de enfrentamento de uma pessoa, com apoio da família, da sociedade e dos serviços de saúde, em lidar com questões relacionadas ao processo de adoecimento, incluindo sintomas, tratamentos, alterações no estilo de vida e fatores psicossociais (HELLQVIST et al., 2020).

De acordo com a Figura 11, a maior parte dos pacientes reside no estado do Rio de Janeiro (75,00%, n = 15), seguido por Minas Gerais (10,00%, n = 2), Ceará, São Paulo e Tocantins (5,00%, n = 1); 60,00% (n = 12) tem entre 61 e 70 anos, 20,00% (n = 4) entre 50 e 60 anos ou entre 71 e 80 anos; existe uma predominância de pacientes homens (60,00%, n = 12)

comparada as mulheres (40,00%, n = 8); a renda familiar predominante foi entre 4 a 10 salários (35,00%, n = 7), seguida por 2 a 4 salários e 10 a 20 salários mínimos (25,00%, n = 5; 25,00%, n = 5), 1 a 2 salários (10,00%, n = 2), e acima de 20 salários mínimos (5,00%, n = 1). Além disso, metade dos pacientes (50,00%, n = 10) faz uso compassivo de óleo de *Cannabis*.

Figura 11 – Dados sociodemográficos dos pacientes que participaram da avaliação das ferramentas educativas em saúde.



Fonte: Elaborada por Felipe Alexandre Ferreira da Silva, integrante do GPeCaP (2023).

A maioria dos pacientes encontra-se no estágio 3 no Estadiamento de Hoehn e Yahr (25,00%, n = 5), enquanto 20,00% (n = 4) estão no estágio 1,5, 15,00% (n = 3) nos estágios 1, 2 ou 2,5, 10,00% (n = 2) no estágio 5, e nenhum paciente está no estágio 4.

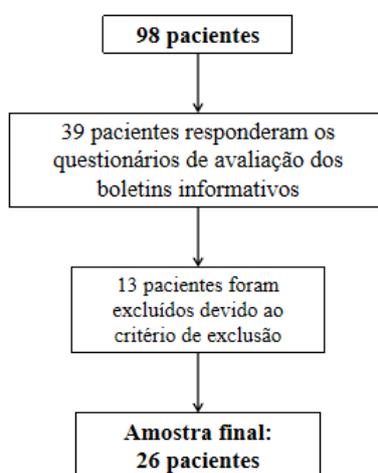
O Estadiamento de Hoehn e Yahr (H&Y) consiste em uma escala usada para classificar a gravidade dos sintomas da DP, de acordo com envolvimento motor bilateral e comprometimento do equilíbrio e da marcha. Inicialmente, o Estadiamento de H&Y apresentava cinco estágios (1-5), porém na década de 1990 foram acrescentados os estágios 1,5 e 2,5 (HOEHN e YAHR, 1967; GOETZ et al., 2004). Há uma relação negativa entre os estágios da escala H&Y e as habilidades cognitivas, ou seja, à medida que o escore aumenta ocorre um declínio na cognição geral, principalmente na velocidade de processamento, atenção e memória. Entretanto, existem evidências de que níveis educacionais mais altos compensam o comprometimento cognitivo e motor na DP, provavelmente por possuir recursos mentais mais significativos (MODESTINO et. al., 2018). Desse modo, apesar de a maioria dos participantes da avaliação da aceitação das ferramentas educativas em saúde estar no estágio 3 do estadiamento H&Y, o que levaria a suposição que o grau de comprometimento cognitivo e motor desses

pacientes poderia dificultar a participação efetiva deles neste estudo, tem-se que 75,00% dos pacientes possuem pós-graduação e/ou ensino superior, agregando ao fato de que o déficit cognitivo e motor desses pacientes não é tão elevado ao ponto de ser um impeditivo para participar do estudo e afetar a avaliação.

3.2.3 Questionários de avaliação da aceitação dos boletins informativos e vídeos educativos

A Figura 12 apresenta um fluxograma mostrando o processo de triagem dos pacientes que participaram tanto da avaliação dos boletins informativos quanto da avaliação dos vídeos educativos. Ao todo, 39 pacientes com DP responderam ao questionário de avaliação da aceitação de boletins informativos, para cada um dos dois boletins elaborados. Dentre estes, apenas 26 pacientes responderam ao questionário de avaliação da aceitação de vídeos educativos, referente aos dois vídeos desenvolvidos. Por este motivo, somente 26 das 39 respostas relativas à avaliação dos boletins informativos foram analisadas, encontrando-se, portanto, em concordância com o critério de exclusão.

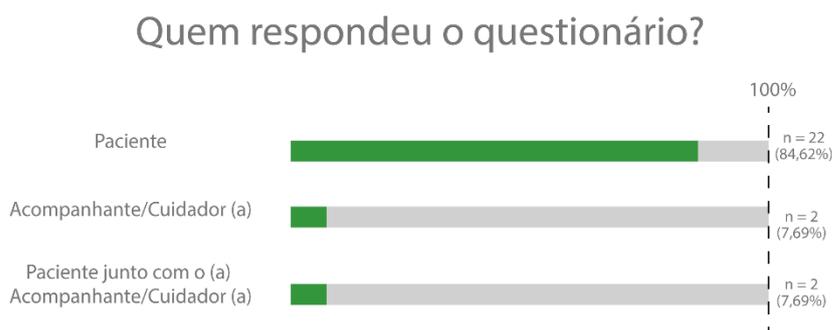
Figura 12 - Fluxograma da triagem dos pacientes que participaram da avaliação dos boletins informativos e vídeos educativos.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

Quase todos os pacientes com DP (84,62%, n = 22) responderam sozinhos tanto ao questionário de avaliação da aceitação de boletins informativos quanto ao questionário de avaliação da aceitação de vídeos educativos; 7,69% (n = 2) responderam com auxílio de seus acompanhantes ou cuidadores; e 7,69% (n = 2) foram respondidos somente pelos acompanhantes ou cuidadores (Figura 13).

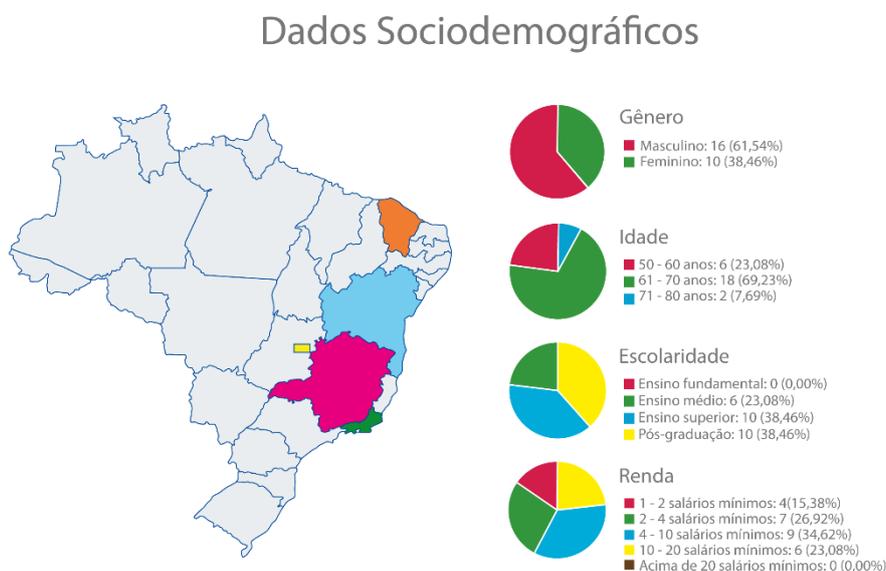
Figura 13 – Detalhamento da forma como os pacientes responderam aos questionários de avaliação dos boletins informativos e vídeos educativos.



Fonte: Elaborada por Felipe Alexandre Ferreira da Silva, integrante do GPeCaP (2023).

Conforme apresentado na Figura 14, a maioria dos pacientes são residentes do Rio de Janeiro (80,77%, n = 21), seguido por Minas Gerais (7,69%, n = 2), Ceará, Bahia e Distrito Federal (3,85%, n = 1); 69,23% (n = 18) tem entre 61 e 70 anos, 23,08% (n = 6) entre 50 e 60 anos, e 7,69% (n = 2) entre 71 e 80 anos; há uma predominância de pacientes do gênero masculino (61,54%, n = 16; 38,46%, n = 10); em relação a escolaridade, a maior parte possui ensino superior ou pós graduação (38,46%, n = 10; 38,46%, n = 10; respectivamente), 23,08% tem o ensino médio (n = 6), e nenhum paciente possui apenas o ensino fundamental; a renda familiar predominante foi entre 4 a 10 salários (34,62%, n = 9), seguida por 2 a 4 salários (26,92%, n = 7), 10 a 20 salários mínimos (23,08%, n = 6), 1 a 2 salários (15,38%, n = 4), e nenhum paciente apresenta renda familiar acima de 20 salários mínimos.

Figura 14 – Dados sociodemográficos dos pacientes que participaram da avaliação dos boletins informativos e vídeos educativos.



Fonte: Elaborada por Felipe Alexandre Ferreira da Silva, integrante do GPeCaP (2023).

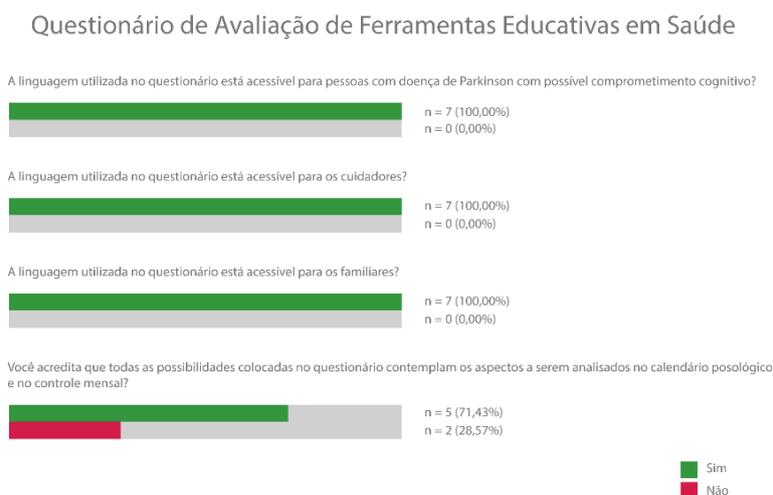
A maior parte dos pacientes estão no estágio 3 no Estadiamento de Hoehn e Yahr (30,77%, n = 8), enquanto 23,08% (n = 6) encontram-se no estágio 2,5, 15,38% (n = 4) no estágio 2, 11,54% (n = 3) nos estágios 1 e 1,5, e 3,85% (n = 1) nos estágios 4 e 5.

Metade dos entrevistados (50,00%, n = 13) utiliza óleo de *Cannabis* como medida terapêutica adjuvante. Os endocanabinoides (AEA e 2-AG) estão envolvidos no processo de aprendizagem e consolidação da memória. Isto sugere que a administração de canabinoides exógenos pode induzir os mesmos efeitos. O THC e o CBD afetam de modo diferente o aprendizado, a consolidação e recuperação da memória. Enquanto o THC provoca efeitos prejudiciais no domínio cognitivo, o CBD modula positivamente devido ao aumento na plasticidade sináptica, portanto, possuindo potencial para tratar *déficits* associados ao processo de aprendizagem e memória (NILOY et al., 2023). Sendo assim, seria interessante realizar futuramente uma investigação mais profunda para avaliar se houve diferença no aprendizado entre os pacientes que utilizam o óleo de *Cannabis* como medida terapêutica adjuvante e aqueles que usam apenas os medicamentos convencionais, comparando as respostas dadas pelos dois grupos na avaliação da aceitação dos materiais educativos.

3.3 Validação dos questionários de aceitação

De acordo com a Figura 15, todos os profissionais da saúde (100,00%, n = 7) concordaram que a linguagem utilizada no questionário está acessível tanto para PcP com possível comprometimento cognitivo quanto para seus cuidadores e familiares; e a maioria (71,43%, n = 5) acredita que todas as possibilidades colocadas no questionário contemplam os aspectos a serem analisados no calendário posológico e controle mensal. Quando perguntados sobre o que eles incluiriam, substituiriam e/ou excluiriam no questionário, 71,43% (n = 5) dos avaliadores responderam “Nada”, e 28,57% (n = 2) deram sugestões consideradas inválidas e inadequadas, pois estavam relacionadas ao calendário posológico e controle mensal em si e não aos seus respectivos questionários de avaliação, fugindo, portanto, do objetivo do processo de validação.

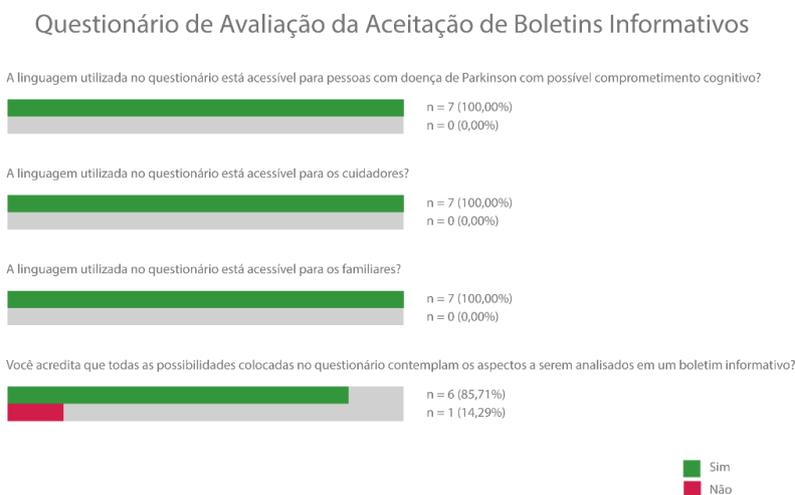
Figura 15 – Opiniões dos especialistas na validação do questionário de avaliação da aceitação das ferramentas educativas em saúde.



Fonte: Elaborada por Felipe Alexandre Ferreira da Silva, integrante do GPeCaP (2023).

Conforme sinalizado na Figura 16, todos (100,00%, n = 7) concordaram que a linguagem utilizada no questionário é compreensível para PcP com possível comprometimento cognitivos e seus cuidadores e familiares; e apenas um dos avaliadores (14,29%) não acredita que as possibilidades colocadas no questionário abordam todos os aspectos a serem analisados em um boletim informativo. Dois avaliadores (28,57%) fizeram sugestões consideradas válidas e adequadas, conforme seguem: substituir a palavra “expandiu” por “acrescentou” na afirmativa “A leitura do boletim informativo expandiu o meu conhecimento sobre o tema abordado”; e adicionar as afirmativas “Não gosto de jogos” e “Não gosto de ler”. O questionário foi modificado de acordo com as sugestões.

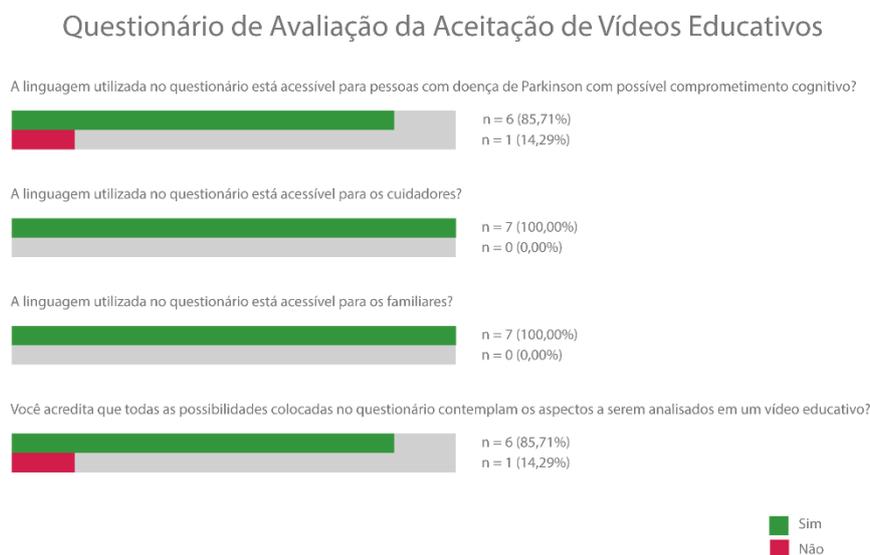
Figura 16 – Opiniões dos especialistas na validação do questionário de avaliação da aceitação dos boletins informativos.



Fonte: Elaborada por Felipe Alexandre Ferreira da Silva, integrante do GPeCaP (2023).

Segundo a Figura 17, todos os avaliadores (100,00%, n = 7) concordaram que a linguagem usada no questionário de avaliação da aceitação de vídeos educativos é acessível para os cuidadores e familiares; não houve unanimidade em relação a linguagem ser acessível para PcP com possível comprometimento cognitivo (Sim: 85,71%, n = 6; Não: 14,29%, n = 1); e a maior parte dos avaliadores (85,71%, n = 6) concordam que todos os aspectos a serem analisados em um vídeo educativo foram contemplados no questionário. Um dos avaliadores (14,29%, n = 1) fez uma sugestão considerada válida e adequada, a qual foi incluir no questionário uma pergunta questionando se o conteúdo do vídeo educativo o incomodou. Sendo assim, o questionário foi alterado e a pergunta foi acrescentada na forma da afirmativa “O conteúdo do vídeo me incomodou”.

Figura 17 – Opiniões dos especialistas na validação do questionário de avaliação da aceitação dos vídeos educativos.



Fonte: Elaborada por Felipe Alexandre Ferreira da Silva, integrante do GPeCaP (2023).

3.4 Avaliação da aceitação dos materiais educativos

Foi adotada uma conduta participativa e dialógica, buscando incluir as PcP na construção das tecnologias educativas através dos questionários de avaliação da aceitação (JANINI et al., 2015; SEABRA et al., 2019).

3.4.1 Avaliação da aceitação das ferramentas educativas em saúde

A Tabela 1 apresenta os resultados da avaliação da aceitação do calendário posológico. Sobre o conteúdo, 95,00% (n = 19) dos pacientes conseguiram compreender plenamente os objetivos do calendário posológico, e a maioria (95,00%, n = 19) concordou totalmente que as informações contidas no calendário são suficientes para orientar sobre como utilizá-lo

corretamente, porém 20,00% (n = 4) relataram que necessitam de mais orientações. Com relação à estrutura, 85,00% (n = 17) atestaram a praticidade e a facilidade em usar o calendário posológico; a maioria discordou que tiveram dificuldade na leitura do calendário devido ao tamanho, formato, proximidade e cores das letras (90,00%, n = 18; 95,00%, n = 19; 95,00%, n = 19; 100,00%, n = 20, respectivamente); e 85,00% (n = 17) concordaram totalmente que as figuras e tabelas presentes são autoexplicáveis. Quanto à relevância do calendário posológico, todos (100,00%, n = 20) acreditam que o calendário promove o uso correto dos medicamentos; nenhum paciente relatou que o calendário é totalmente inadequado a sua realidade; 90,00% (n = 18) afirmaram que o calendário é totalmente útil na organização da sua rotina terapêutica; e 80,00% (n = 16) concordam totalmente que o calendário posológico facilita a adesão à farmacoterapia, permite o alcance máximo de benefícios possíveis do tratamento e ajuda a prevenir prováveis problemas relacionados ao esquecimento ou a tomada duplicada de uma dose do medicamento.

Tabela 1. Avaliação da aceitação do calendário posológico.

	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Conteúdo			
Conseguo compreender os objetivos do calendário posológico	95,00 (n = 19)	5,00 (n = 1)	-
Necessito de mais orientações para utilizar o calendário posológico corretamente	20,00 (n = 4)	10,00 (n = 2)	70,00 (n = 14)
As informações escritas no calendário posológico são suficientes para me orientar sobre como utilizá-lo corretamente	95,00 (n = 19)	5,00 (n = 1)	-
O calendário posológico é muito confuso	10,00 (n = 2)	15,00 (n = 3)	75,00 (n = 15)
Estrutura			
A linguagem usada no calendário posológico é difícil de entender	10,00 (n = 2)	10,00 (n = 2)	80,00 (n = 16)
A maioria do vocabulário usado no calendário posológico é composto de palavras comuns	100,00 (n = 20)	-	-
É muito fácil utilizar o calendário posológico	85,00 (n = 17)	15,00 (n = 3)	-
Conseguo compreender facilmente as ilustrações (figuras/tabela) presentes no calendário posológico	90,00 (n = 18)	10,00 (n = 2)	-
As figuras do calendário posológico são familiares para mim	95,00 (n = 19)	-	5,00 (n = 1)
			continua

	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Estrutura			
As figuras do calendário posológico estão relacionadas com suas respectivas legendas	95,00 (n = 19)	5,00 (n = 1)	-
As ilustrações (figuras/tabela) presentes no calendário posológico são autoexplicáveis	85,00 (n = 17)	15,00 (n = 3)	-
Tive dificuldade com o tamanho das letras do calendário posológico	5,00 (n = 1)	5,00 (n = 1)	90,00 (n = 18)
Tive dificuldade com o formato das letras do calendário posológico	5,00 (n = 1)	-	95,00 (n = 19)
A proximidade entre as letras no calendário posológico dificulta a leitura	-	5,00 (n = 1)	95,00 (n = 19)
Tive dificuldade na leitura porque as cores das letras no calendário posológico são muito claras	-	-	100,00 (n = 20)
O formato do calendário posológico é prático	85,00 (n = 17)	15,00 (n = 3)	-
Não existe no texto do calendário posológico o uso de palavras ou expressões de duplo sentido	80,00 (n = 16)	5,00 (n = 1)	15,00 (n = 3)
Relevância			
Acredito que o calendário posológico promove o uso correto dos medicamentos	100,00 (n = 20)	-	-
O calendário posológico está adequado a minha realidade	95,00 (n = 19)	5,00 (n = 1)	-
Me sinto capaz em usar o calendário posológico corretamente	90,00 (n = 18)	10,00 (n = 2)	-
O calendário posológico me ajuda a prevenir possíveis problemas relacionados ao esquecimento de tomar uma dose do medicamento ou a tomada duplicada de uma dose do medicamento	80,00 (n = 16)	20,00 (n = 4)	-
O uso do calendário posológico permite que eu alcance o máximo de benefícios possíveis no meu tratamento	80,00 (n = 16)	20,00 (n = 4)	-
O calendário posológico é útil na organização da minha rotina terapêutica	90,00 (n = 18)	10,00 (n = 2)	-
O calendário posológico facilita a adesão ao tratamento	80,00 (n = 16)	20,00 (n = 4)	-
			conclusão

Fonte: Elaborada pelas autoras.

De acordo com a Tabela 2, 95,00% (n = 19) dos pacientes relataram que conseguiram compreender plenamente os objetivos do controle mensal, e a maioria (90,00%, n = 18)

concordou totalmente que as informações contidas são suficientes para orientar sobre como utilizá-lo corretamente. Mas, 15,00% (n = 3) concordam parcialmente que necessitam de mais orientações. A respeito da estrutura, 90,00% (n = 18) confirmaram a praticidade do controle mensal, porém somente 75,00 % (n = 15) concordaram totalmente que é muito fácil usá-lo; a maior parte discordou que tiveram dificuldade na leitura do calendário devido ao tamanho, formato, proximidade e cores das letras (95,00%, n = 19; 100,00%, n = 20; 90,00%, n = 18; 95,00%, n = 19, respectivamente); e 85,00% (n = 17) conseguiram entender completamente as tabelas presentes. Com relação à relevância, 85,00% (n = 17) acreditam que o controle mensal promove o uso correto dos medicamentos; nenhum paciente informou que o controle mensal é totalmente inadequado a sua realidade; 95,00% (n = 19) afirmaram que o controle mensal é totalmente útil na organização da sua rotina terapêutica; a maioria concordou totalmente que o controle mensal facilita a adesão à terapia medicamentosa, possibilita o alcance máximo de benefícios possíveis do tratamento e auxilia na prevenção de prováveis problemas associados ao esquecimento ou a tomada duplicada de uma dose do medicamento (90,00%, n = 18; 90,00%, n = 18; 100,00%, n = 20).

Tabela 2. Avaliação da aceitação do controle mensal.

	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Conteúdo			
Consigo compreender os objetivos do controle mensal	95,00 (n = 19)	5,00 (n = 1)	-
Necessito de mais orientações para utilizar o controle mensal corretamente	5,00 (n = 1)	15,00 (n = 3)	80,00 (n = 16)
As informações escritas no controle mensal são suficientes para me orientar sobre como utilizá-lo corretamente	90,00 (n = 18)	10,00 (n = 2)	-
O controle mensal é muito confuso	-	10,00 (n = 2)	90,00 (n = 18)
Estrutura			
A linguagem usada no controle mensal é difícil de entender	-	-	100,00 (n = 20)
A maioria do vocabulário usado no controle mensal é composto de palavras comuns	90,00 (n = 18)	5,00 (n = 1)	5,00 (n = 1)
É muito fácil utilizar o controle mensal	75,00 (n = 15)	20,00 (n = 4)	5,00 (n = 1)
Conseguí compreender facilmente as tabelas presentes no controle mensal	85,00 (n = 17)	10,00 (n = 2)	5,00 (n = 1)
As tabelas presentes no controle mensal são autoexplicáveis	90,00 (n = 18)	10,00 (n = 2)	-
			continua

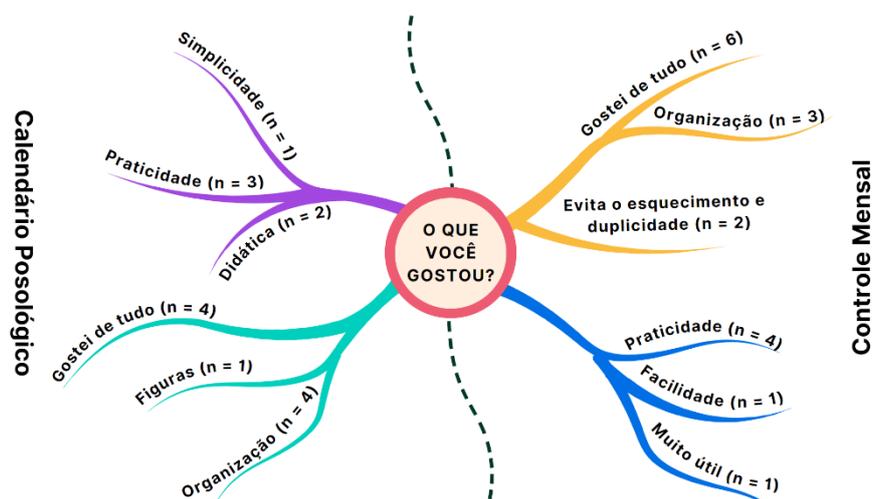
	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Estrutura			
Tive dificuldade com o tamanho das letras do controle mensal	-	5,00 (n = 1)	95,00 (n = 19)
Tive dificuldade com o tamanho das letras do controle mensal	-	5,00 (n = 1)	95,00 (n = 19)
Tive dificuldade com o formato das letras do controle mensal	-	-	100,00 (n = 20)
A proximidade entre as letras no controle mensal dificulta a leitura	5,00 (n = 1)	5,00 (n = 1)	90,00 (n = 18)
Tive dificuldade na leitura porque as cores das letras no controle mensal são muito claras	-	5,00 (n = 1)	95,00 (n = 19)
O formato do controle mensal é prático	90,00 (n = 18)	10,00 (n = 2)	-
Não existe no texto do controle mensal o uso de palavras ou expressões de duplo sentido	90,00 (n = 18)	-	10,00 (n = 2)
Relevância			
Acredito que o controle mensal promove o uso correto dos medicamentos	85,00 (n = 17)	10,00 (n = 2)	5,00 (n = 1)
O controle mensal está adequado a minha realidade	90,00 (n = 18)	10,00 (n = 2)	-
Me sinto capaz em usar o controle mensal corretamente	100,00 (n = 20)	-	-
O controle mensal me ajuda a prevenir possíveis problemas relacionados ao esquecimento de tomar uma dose do medicamento ou a tomada duplicada de uma dose do medicamento	100,00 (n = 20)	-	-
O uso do controle mensal permite que eu alcance o máximo de benefícios possíveis no meu tratamento	90,00 (n = 18)	5,00 (n = 1)	5,00 (n = 1)
O controle mensal é útil na organização da minha rotina terapêutica	95,00 (n = 19)	5,00 (n = 1)	-
O controle mensal facilita a adesão ao tratamento	90,00 (n = 18)	10,00 (n = 2)	-
			conclusão

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Apesar de a maioria dos pacientes ter respondido que se sente apto em usar o calendário posológico e controle mensal (90,00%, n = 18; 100,00%, n = 20, respectivamente), apenas 8 pacientes preencheram ambas as ferramentas educativas corretamente. Dez pacientes preencheram somente o controle mensal corretamente, e dois apenas o calendário posológico.

A Figura 18 apresenta as principais respostas dos pacientes quando questionados sobre o que gostaram nas ferramentas educativas. A respeito do calendário posológico, 4 pacientes relataram que gostaram de tudo; 4 ressaltaram a praticidade e simplicidade do método; 2 gostaram da didática da proposta; 4 citaram a organização que o calendário proporciona para que os medicamentos sejam usados da melhor maneira possível, promovendo a tomada no horário correto e evitando o esquecimento; e 1 mencionou que as figuras facilitaram o entendimento. Com relação ao controle mensal, 6 pacientes disseram que gostaram de tudo; 5 relataram que é um método prático e fácil de utilizar; 3 gostaram da organização que o controle mensal proporciona; 2 gostaram da possibilidade de evitar a tomada em duplicidade do medicamento devido ao esquecimento de alguma dose; 1 citou que o controle mensal é muito útil se for utilizado diariamente.

Figura 18 - Principais respostas dos pacientes sobre o que gostaram nas ferramentas educativas.



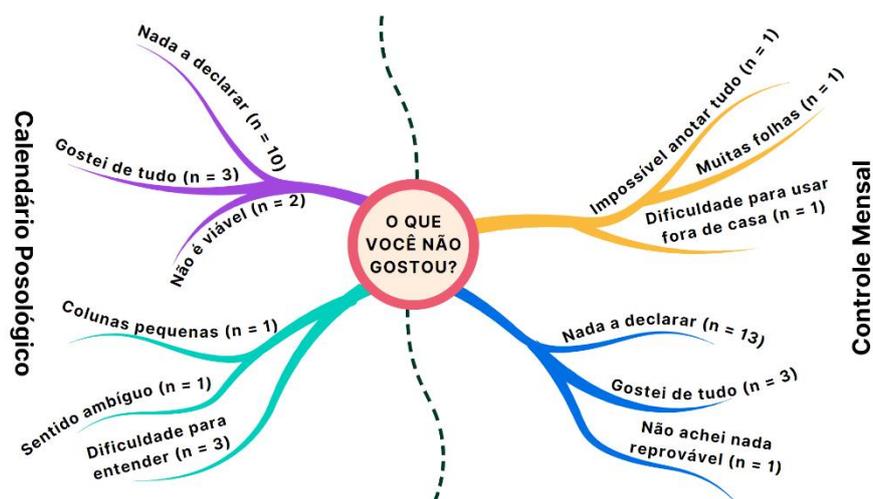
Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

De acordo com a Figura 19, a maioria dos pacientes (n = 13) disse que não tinha nada a declarar ou que gostou de tudo quando perguntado sobre o que não gostou no calendário posológico; 2 relataram que não é um método viável por causa da necessidade de ser acompanhado diariamente, e também do incomodo em levar consigo ao sair de casa; 3 mencionaram que tiveram dificuldade em entender como deve ser usado o calendário; 1 destacou que algumas colunas presentes no calendário são pequenas, dificultando a escrita; e 1 ressaltou a presença de uma expressão de duplo sentido, que foi “Modo de Uso”, pois dá a entender que é para relatar a via de administração do medicamento e não sua posologia. Em relação ao controle mensal, também a maioria dos pacientes (n = 17) não tiveram nada a declarar, gostaram de tudo ou não encontraram nada que fosse reprovável; 1 relatou que é impossível anotar cada horário dos medicamentos todos os dias do mês para que o método

funcione; 1 ressaltou a dificuldade em levar o controle mensal ao sair de casa; e 1 sugeriu incluir mais linhas na tabela para que pudesse escrever todos os medicamentos na mesma página, evitando ao máximo a necessidade de usar muitas folhas de papel.

Um paciente destacou que algumas colunas presentes no calendário posológico são pequenas, dificultando a escrita. A micrografia é um dos sintomas presente na DP, na qual a escrita torna-se progressivamente menor. Além disso, um dos principais sintomas da DP é o tremor em repouso, que piora significativamente quando o paciente está sob estresse ou realizando alguma tarefa cognitiva (GALHARDO et al., 2009). Ambos os sintomas podem contribuir para dificultar a aplicação de forma manual das ferramentas educativas em saúde, isto irá depender do grau de comprometimento motor do paciente. Portanto, é necessário aumentar os espaços presentes no calendário posológico e controle mensal reservados para escrita, e desenvolver alternativas.

Figura 19 - Principais respostas dos pacientes sobre o que não gostaram nas ferramentas educativas.



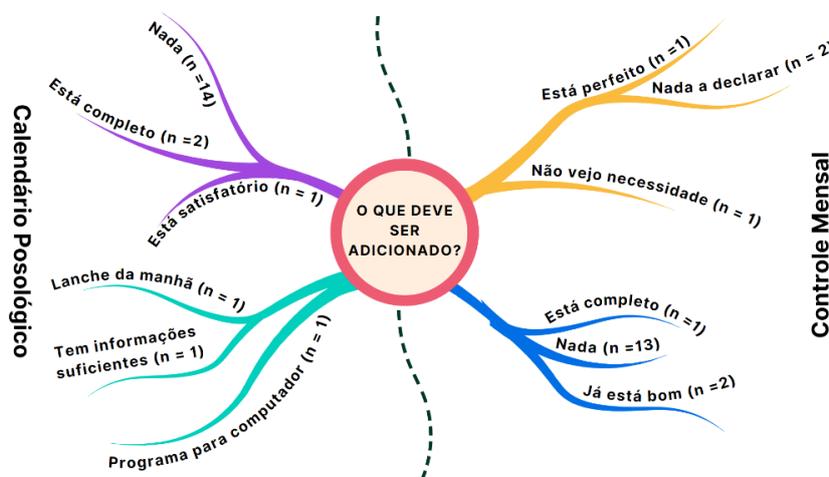
Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

A Figura 20 apresenta as respostas dos pacientes sobre o que gostariam de adicionar as ferramentas educativas. Dezoito pacientes não viram necessidade em adicionar algo ao calendário posológico, alegando que está completo, satisfatório e tem informações suficientes; 1 ressaltou a necessidade de adicionar o “Lanche da Manhã” entre as colunas para distribuição dos horários dos medicamentos; e 1 sugeriu o desenvolvimento de um programa que possa ser utilizado em computadores para acabar com a necessidade de imprimir e tirar fotocópias das ferramentas educativas, pois nem todos tem acesso a uma impressora. Todos os pacientes (n = 20) não quiseram adicionar nada ao controle mensal.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua (IBGE, 2021), o número de idosos com 60 anos ou mais que possuem telefone móvel celular

para uso pessoal aumento de 66,6%, em 2019, para 71,2%, em 2021. Além disso, 90,0% das pessoas têm acesso à internet em casa. Houve também um crescimento significativo no percentual de pessoas com 50 a 59 anos e de 60 anos ou mais que utilizam à internet (8,9 p.p. e 12,7 p.p., respectivamente). Esses dados colaboram para que os materiais educativos construídos nesse estudo sejam adaptados, futuramente, para a modalidade digital, através do desenvolvimento de um aplicativo para telefone móvel celular, semelhante ao que foi sugerido pelo paciente quando questionado sobre o que deve ser adicionado às ferramentas educativas em saúde.

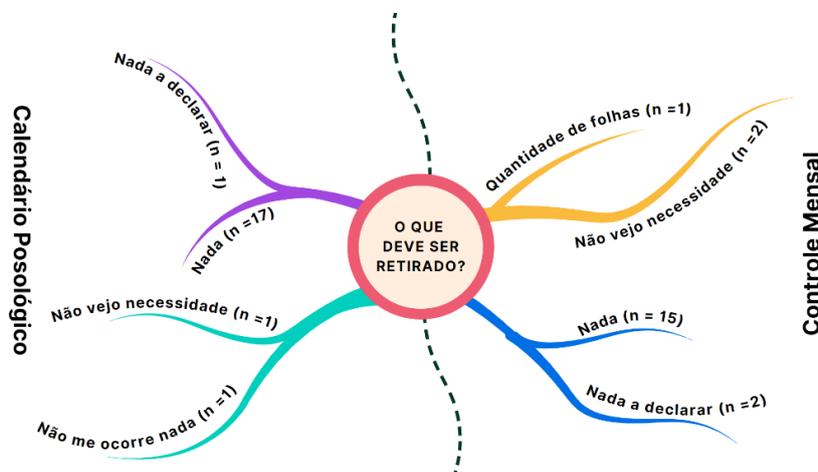
Figura 20 - Principais respostas dos pacientes sobre o que deve ser adicionado às ferramentas educativas.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

Todos os pacientes não acharam necessário retirar nada do calendário posológico. Apenas um paciente fez uma sugestão para retirar algo do controle mensal, que foi a quantidade de folhas de papel a serem utilizadas (Figura 21).

Figura 21 - Principais respostas dos pacientes sobre o que deve ser retirado das ferramentas educativas.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

3.4.2 Avaliação da aceitação dos boletins informativos

A Tabela 3 mostra os resultados da avaliação da aceitação do Boletim Cannabiterapia nº 1 – Doença de Parkinson. Em relação ao conteúdo do boletim, 80,77% (n = 21) dos pacientes entrevistados discordaram é muito confuso, 96,15% (n = 25) discordaram que o conteúdo é totalmente desinteressante, 96,15% (n = 25) acreditam que as informações contidas no boletim são confiáveis, e a maioria concordou totalmente que os jogos educativos presentes nos boletins são interessantes (73,08%, n = 19) e contribuíram para reforçar o conteúdo (76,92%, n = 20); sobre a estrutura, 84,62% (n = 22) concordaram totalmente que a capa do boletim chamou a atenção, 76,92% (n = 20) concordaram que o boletim é de fácil leitura e 73,08% (n = 19) discordaram que a maioria do vocabulário usado é composto por palavras técnicas de difícil entendimento, 84,62% (n = 22) concordaram totalmente que as ilustrações presentes no boletim contribuíram para o entendimento do conteúdo, 76,92% (n = 20) discordaram que o formato digital prejudicou a leitura do boletim informativo, e a maioria discordou que tiveram dificuldade na leitura do boletim devido ao tamanho, formato e proximidade das letras (57,69%, n = 15; 76,92%, n = 20; 80,77%, n = 21, respectivamente); sobre a relevância do boletim, 46,15% (n = 12) concordaram parcialmente que não tinham conhecimento sobre a maior parte do conteúdo abordado, 96,15% (n = 25) concordaram totalmente que o boletim acrescentou conhecimento sobre o tema, 100,00% (n = 26) concordaram totalmente que o tema abordado no boletim é relevante, todos (100,00%, n = 26) discordaram que não gostaram dos jogos educativos porque não gostam de jogos em geral, e apenas 11,54% (n = 3) concordaram parcialmente que não gostaram do boletim informativo pois não possuem o hábito de ler.

Tabela 3. Avaliação da aceitação do Boletim Cannabiterapia Nº 1 – Doença de Parkinson.

	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Conteúdo			
O conteúdo do boletim informativo é muito confuso	3,85 (n = 1)	15,38 (n = 4)	80,77 (n = 21)
O conteúdo do boletim informativo é totalmente desinteressante	-	3,85 (n = 1)	96,15 (n = 25)
Acredito que as informações contidas no boletim informativo são confiáveis	96,15 (n = 25)	3,85 (n = 1)	-
Os jogos educativos, presentes no final do boletim informativo, contribuíram para reforçar o conteúdo	76,92 (n = 20)	23,08 (n = 6)	-
Os jogos educativos, presentes no final do boletim informativo, são totalmente interessantes	73,08 (n = 19)	26,92 (n = 7)	-
			continua

	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Estrutura			
A capa do boletim informativo chamou a minha atenção	84,62 (n = 22)	15,38 (n = 4)	-
A linguagem usada no boletim informativo é difícil de entender	3,85 (n = 1)	15,38 (n = 4)	80,77 (n = 21)
A maioria do vocabulário usado no boletim informativo é composto por palavras comuns	46,15 (n = 12)	50,00 (n = 13)	3,85 (n = 1)
O boletim informativo é de fácil leitura	76,92 (n = 20)	15,38 (n = 4)	7,69 (n = 2)
A maioria do vocabulário usado no boletim informativo é composto palavras técnicas de difícil entendimento	-	26,92 (n = 7)	73,08 (n = 19)
Consegui compreender facilmente as ilustrações (figuras/gráfico/tabelas) presentes no boletim informativo	80,77 (n = 21)	19,23 (n = 5)	-
As ilustrações presentes no boletim contribuíram para o entendimento do texto	84,62 (n = 22)	15,38 (n = 4)	-
O formato digital prejudicou a leitura do boletim informativo	3,85 (n = 1)	19,23 (n = 5)	76,92 (n = 20)
Não existe no texto do boletim o uso de palavras ou expressões de duplo sentido	69,23 (n = 18)	11,54 (n = 3)	19,23 (n = 5)
Tive dificuldade na leitura do boletim por causa do tamanho das letras	19,23 (n = 5)	23,08 (n = 6)	57,69 (n = 15)
Tive dificuldade na leitura do boletim por causa do formato das letras	-	23,08 (n = 6)	76,92 (n = 20)
Tive dificuldade na leitura do boletim porque as letras estão muito próximas	3,85 (n = 1)	15,38 (n = 4)	80,77 (n = 21)
Os jogos educativos, presentes no final do boletim, são muito difíceis	-	7,69 (n = 2)	92,31 (n = 24)
Relevância			
Antes da leitura, eu não tinha conhecimento sobre a maior parte do conteúdo abordado no boletim informativo	30,77 (n = 8)	46,15 (n = 12)	23,08 (n = 6)
A leitura do boletim informativo acrescentou ao meu conhecimento sobre o tema abordado	96,15 (n = 25)	-	3,85 (n = 1)
Me sinto motivado (a) a ler o boletim informativo até o final	76,92 (n = 20)	23,08 (n = 6)	-
O tema abordado no boletim informativo é relevante	100,00 (n = 26)	-	-
Não gostei dos jogos educativos presentes no boletim porque não gosto de jogos no geral	-	-	100,00 (n = 26)
Não gostei do boletim informativo porque não tenho o hábito de ler	-	11,54 (n = 3)	88,46 (n = 23)
			conclusão

Fonte: Elaborada pelas autoras.

De acordo a Tabela 4, 80,77% (n = 21) dos pacientes entrevistados discordaram que o conteúdo do Boletim Cannabisterapia nº 2 – Canabinoides é muito confuso, todos (100%, n = 26) discordaram que o conteúdo é totalmente desinteressante, 100,00% (n = 26) acreditam que as informações contidas no boletim são confiáveis, e a maior parte concordou totalmente que os jogos educativos presentes nos boletins são interessantes e contribuíram para reforçar o conteúdo (69,23%, n = 18; 73,08%, n = 19); em relação a estrutura, 88,46% (n = 23) concordaram totalmente que a capa do boletim chamou a atenção, 61,54% (n = 16) concordaram que o boletim é de fácil leitura e discordaram que a maioria do vocabulário usado é composto por palavras técnicas de difícil entendimento, 73,08% (n = 19) concordaram totalmente que as ilustrações presentes no boletim contribuíram para o entendimento do conteúdo, 80,77% (n = 21) discordaram que o formato digital prejudicou a leitura do boletim informativo, e a maioria discordou que tiveram dificuldade na leitura do boletim devido ao tamanho, formato e proximidade das letras (61,54%, n = 16; 84,62%, n = 22; 88,46%, n = 23, respectivamente); sobre a relevância do boletim, 42,31% (n = 11) concordaram parcialmente que não tinham conhecimento sobre a maior parte do conteúdo abordado, 92,31% (n = 24) concordaram totalmente que o boletim acrescentou conhecimento sobre o tema, 92,31% (n = 24) concordaram totalmente que o tema abordado no boletim é relevante, e a minoria concordou parcialmente (3,85%, n = 1; 7,69%, n = 2) que não gostaram dos jogos educativos ou do boletim informativo, porque não gostam de jogos em geral e não possuem o hábito de ler, respectivamente.

Tabela 4. Avaliação da aceitação do Boletim Cannabisterapia nº 2 – Canabinoides.

	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Conteúdo			
O conteúdo do boletim informativo é muito confuso	3,85 (n = 1)	15,38 (n = 4)	80,77 (n = 21)
O conteúdo do boletim informativo é totalmente desinteressante	-	-	100,00 (n = 26)
Acredito que as informações contidas no boletim informativo são confiáveis	100,00 (n = 26)	-	-
Os jogos educativos, presentes no final do boletim informativo, contribuíram para reforçar o conteúdo	73,08 (n = 19)	23,08 (n = 6)	3,85 (n = 1)
Os jogos educativos, presentes no final do boletim informativo, são totalmente interessantes	69,23 (n = 18)	23,08 (n = 6)	7,69 (n = 2)
Estrutura			
A capa do boletim informativo chamou a minha atenção	88,46 (n = 23)	7,69 (n = 2)	3,85 (n = 1)
A linguagem usada no boletim informativo é difícil de entender	7,69 (n = 2)	26,92 (n = 7)	65,38 (n = 17)
			continua

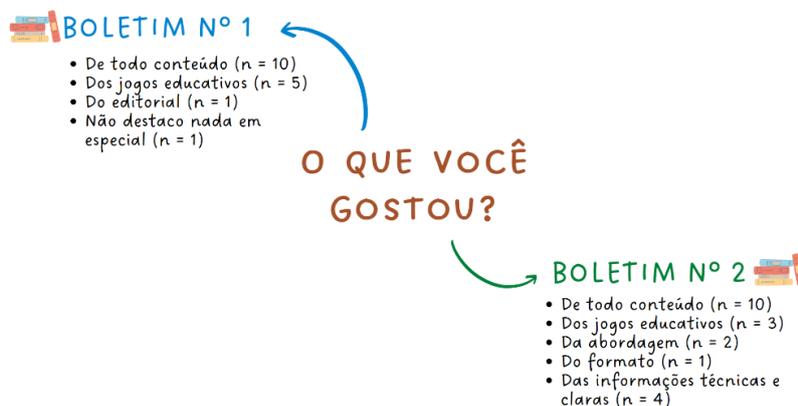
	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Estrutura			
A maioria do vocabulário usado no boletim informativo é composto por palavras comuns	50,00 (n = 13)	23,08 (n = 6)	26,92 (n = 7)
O boletim informativo é de fácil leitura	61,54 (n = 16)	23,08 (n = 6)	15,38 (n = 4)
A maioria do vocabulário usado no boletim informativo é composto por palavras técnicas de difícil entendimento	7,69 (n = 2)	30,77 (n = 8)	61,54 (n = 16)
Consegui compreender facilmente as ilustrações (figuras/gráfico/tabelas) presentes no boletim informativo	80,77 (n = 21)	19,23 (n = 5)	-
As ilustrações presentes no boletim contribuíram para o entendimento do texto	73,08 (n = 19)	19,23 (n = 5)	7,69 (n = 2)
O formato digital prejudicou a leitura do boletim informativo	3,85 (n = 1)	15,38 (n = 4)	80,77 (n = 21)
Não existe no texto do boletim o uso de palavras ou expressões de duplo sentido	69,23 (n = 18)	11,54 (n = 3)	19,23 (n = 5)
Tive dificuldade na leitura do boletim por causa do tamanho das letras	15,38 (n = 4)	23,08 (n = 6)	61,54 (n = 16)
Tive dificuldade na leitura do boletim por causa do formato das letras	-	15,38 (n = 4)	84,62 (n = 22)
Tive dificuldade na leitura do boletim porque as letras estão muito próximas	3,85 (n = 1)	7,69 (n = 2)	88,46 (n = 23)
Os jogos educativos, presentes no final do boletim, são muito difíceis	-	11,54 (n = 3)	88,46 (n = 23)
Relevância			
Antes da leitura, eu não tinha conhecimento sobre a maior parte do conteúdo abordado no boletim informativo	34,62 (n = 9)	42,31 (n = 11)	23,08 (n = 6)
A leitura do boletim informativo acrescentou ao meu conhecimento sobre o tema abordado	92,31 (n = 24)	7,69 (n = 2)	-
Me sinto motivado (a) a ler o boletim informativo até o final	92,31 (n = 24)	7,69 (n = 2)	-
O tema abordado no boletim informativo é relevante	92,31 (n = 24)	3,85 (n = 1)	3,85 (n = 1)
Não gostei dos jogos educativos presentes no boletim porque não gosto de jogos no geral	-	3,85 (n = 1)	96,15 (n = 25)
Não gostei do boletim informativo porque não tenho o hábito de ler	-	7,69 (n = 2)	92,31 (n = 24)
			conclusão

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A Figura 22 apresenta as respostas dos pacientes sobre o que gostaram nos boletins informativos. Sobre o Boletim Cannabiterapia nº 1 - Doença de Parkinson, 10 pacientes relataram que gostaram de todo o conteúdo e informações contidas no boletim; 5 destacaram os jogos educativos e como eles ajudam memorização; 1 citou que gostou muito do editorial elaborado pela especialista convidada; e 1 não quis destacar nada em especial. Em relação ao

segundo boletim informativo, 10 pacientes disseram que gostaram de todo o conteúdo; 4 ressaltaram as informações relevantes, técnicas e claras presentes no boletim; 3 gostaram dos jogos educativos; 2 gostaram da abordagem do conteúdo; 1 citou que o boletim é um meio interessante de divulgação para tornar mais acessível os estudos sobre DP.

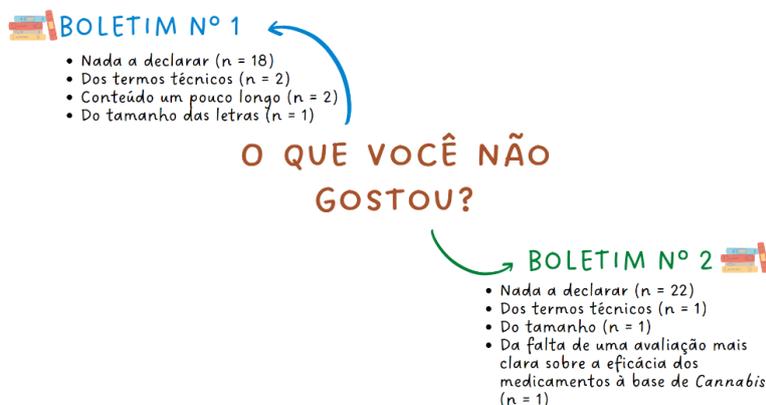
Figura 22 - Respostas dos pacientes sobre o que gostaram nos boletins informativos.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

De acordo com a Figura 23, a maior parte dos pacientes (n = 18) relatou que não havia nada a declarar ou que gostou de tudo quando questionado sobre o que não gostou no primeiro boletim informativo; 2 relataram que o conteúdo é um pouco longo; 2 pacientes não gostaram do uso de termos técnicos; 1 mencionou o tamanho das letras. Sobre o Boletim Cannabiterapia Nº 2 - Canabinoides, também a maioria dos pacientes (n = 22) não teve nada a declarar ou gostou de tudo; 1 relatou que não gostou do uso de palavras técnicas; 1 ressaltou o tamanho do boletim; e 1 citou a falta de uma avaliação mais clara sobre a eficácia do uso compassivo da *Cannabis*.

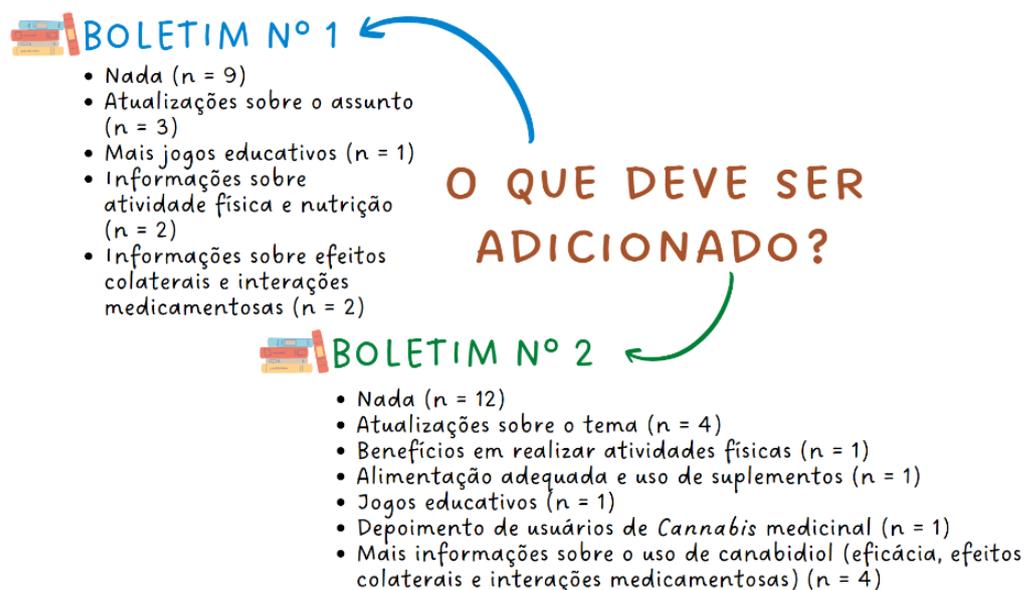
Figura 23 - Respostas dos pacientes sobre o que não gostaram nos boletins informativos.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

Conforme apontado na Figura 24, nove pacientes não viram necessidade em adicionar algo ao primeiro boletim informativo, disseram que já está ótimo e completo; 3 sugeriram adicionar atualizações sobre o tema nos próximos boletins; 1 pediu para acrescentar mais jogos educativos para ajudar a melhorar a memória; 2 sugeriram adicionar informações sobre atividade física e nutrição para PcP; e 2 pediram por mais informações sobre os efeitos colaterais e os riscos de interações medicamentosas dos medicamentos convencionais usados na farmacoterapia da DP. Doze pacientes não quiseram adicionar nada ao segundo boletim; 4 pediram para acrescentar informações sobre novas pesquisas científicas sobre o tema; 1 solicitou a inclusão de mais jogos educativos; 4 sugeriram adicionar mais dados sobre o uso de canabidiol, como eficácia, efeitos colaterais e riscos de interação medicamentosa; 2 pediram para incluir informações sobre os benefícios da prática de atividades físicas, alimentação adequada e uso de suplementos nutricionais; e 1 sugeriu a adição de depoimentos de usuários de *Cannabis* medicinal.

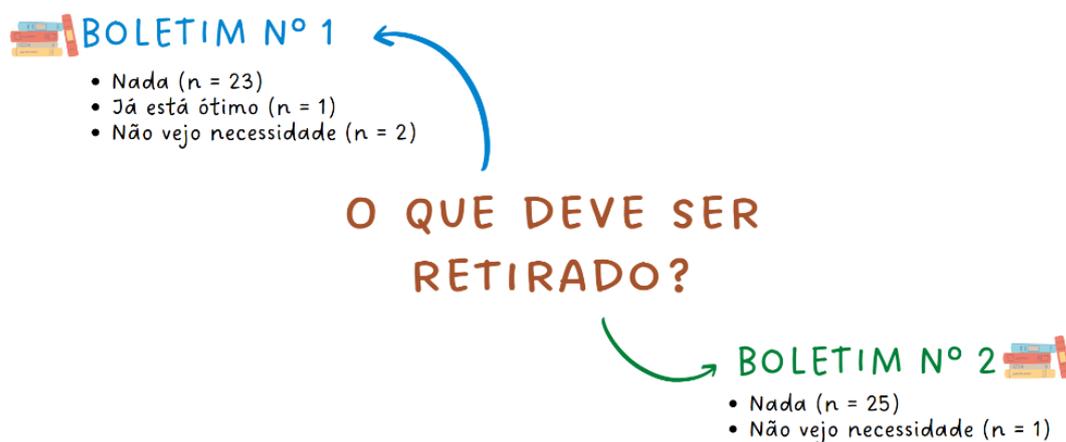
Figura 24 - Respostas dos pacientes sobre o que deve ser adicionado aos boletins informativos.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

Todos os pacientes (n = 26) não acharam necessário retirar algo de ambos os boletins informativos (Figura 25).

Figura 25 - Respostas dos pacientes sobre o que deve ser retirado dos boletins informativos.



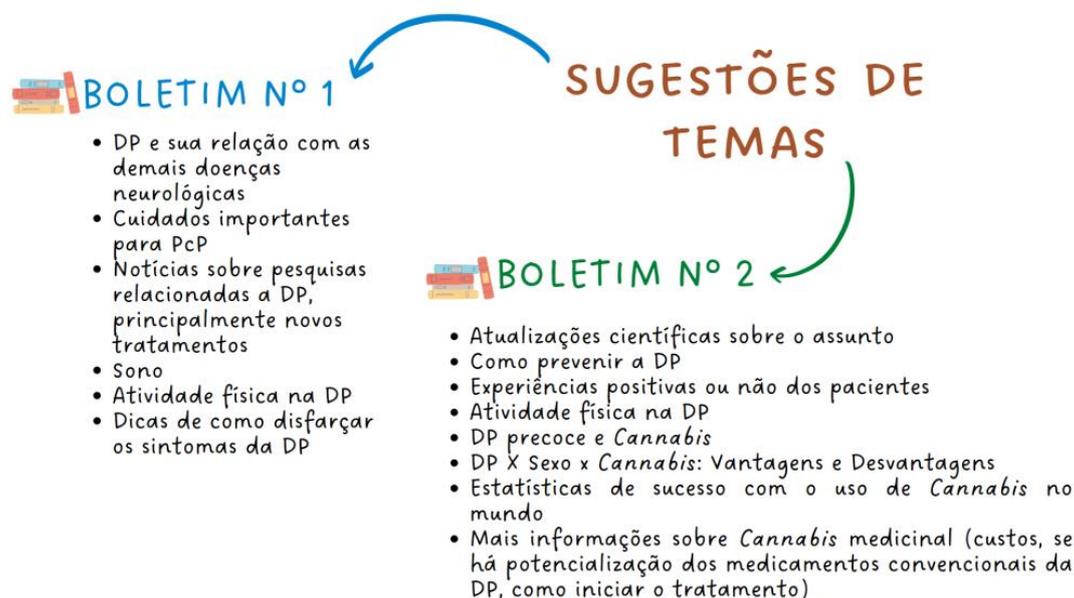
Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

A Figura 26 apresenta os principais temas sugeridos pelos pacientes para os próximos boletins informativos, foram eles: notícias sobre pesquisas relacionadas a DP, principalmente estudos sobre possíveis novos tratamentos; cuidados importantes para PcP; DP e sua relação com as demais doenças neurológicas degenerativas; atividade física na DP; sono; atualizações relacionadas ao uso de *Cannabis* medicinal; como prevenir a DP; experiências positivas ou não de pacientes que fazem o uso compassivo de *Cannabis*; DP precoce e *Cannabis*; DP vs. Sexo vs. *Cannabis* (vantagens e desvantagens); estatísticas de sucesso com o uso de *Cannabis* no mundo; e mais informações sobre *Cannabis* medicinal, como custo do tratamento, se há potencialização dos medicamentos convencionais usados no tratamento da DP, e como iniciar o tratamento com canabidiol.

Uma das sugestões de temas para os próximos boletins que se destacou foi pedindo dicas de como disfarçar os sintomas da DP. Diante de tal resposta, cabe a discussão sobre a percepção da vergonha na DP. A vergonha consiste em uma emoção baseada em uma autoavaliação negativa e dolorosa, geralmente presente quando uma pessoa nota que transgrediu uma regra social. A vergonha relatada por PcP pode ser provocada por diversos fatores: a manifestação dos sintomas da DP, principalmente os sintomas motores visíveis; o declínio da independência física, aumentando a necessidade de auxílio de terceiros; a suposição da PcP que está quebrando alguma norma socialmente estabelecida; e deterioração da imagem corporal. Tanto a vergonha quanto o constrangimento associado à DP podem provocar grande sofrimento emocional, especialmente no começo do processo da doença, pois ainda estão se aprendendo a lidar com a doença e ao estigma ela provoca nas outras pessoas. Muitas PcP procuram dissimular seus sintomas e/ou abster-se de encontros sociais como mecanismo de defesa, o que pode levar ao isolamento social, depressão e ansiedade (ANGULO et al., 2019). A disseminação

de informações de qualidade na forma de boletins informativos pode contribuir para diminuir o estigma social associado à DP, criando um ambiente de discussão entre as próprias PcP, seus cuidadores e familiares, e a sociedade em geral, sobre diversos temas relacionados a DP.

Figura 26 - Sugestões de temas para os próximos boletins informativos dadas pelos pacientes.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

3.4.3 Avaliação da aceitação dos vídeos educativos

A Tabela 5 mostra os resultados da avaliação da aceitação do vídeo educativo nº 1 – Doença de Parkinson. Todos os pacientes (100,00%, n = 26) conseguiram compreender plenamente os objetivos do vídeo, a maioria concordou totalmente que as informações presentes no vídeo são de fácil entendimento e suficientes para aprender sobre o assunto (96,15%, n = 25; 88,46%, n = 23; respectivamente), e apenas 3,85% (n = 1) relataram que se sentiram incomodados com o conteúdo do vídeo e concordaram totalmente que o vídeo é muito confuso. Em relação a estrutura, 76,92% (n = 20) discordaram que a linguagem usada no vídeo é difícil de entender; a maioria discordou que teve dificuldade na leitura do texto presente no vídeo devido ao tamanho, formato e proximidade das letras (76,92%, n = 20; 92,31%, n = 24; 88,46%, n = 23, respectivamente); 80,77% (n = 21) concordaram totalmente que existe um bom contraste de cores entre o texto e o fundo do vídeo; somente 11,54% (n = 3) concordaram parcialmente que o áudio do vídeo tem um volume muito baixo; 88,46% (n = 23) confirmaram a praticidade do formato em vídeo; e nenhum paciente concordou totalmente que o vídeo é muito longo e cansativo. Quanto à relevância do vídeo educativo, a maioria dos pacientes (80,77%, n = 21) concordaram que o vídeo facilitou o aprendizado sobre o tema abordado.

Tabela 5. Avaliação da aceitação do Vídeo Educativo Nº 1 – Doença de Parkinson.

	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Conteúdo			
Consigo compreender os objetivos do vídeo	100,00 (n = 26)	-	-
As informações contidas no vídeo são suficientes para o entendimento sobre o assunto	88,46 (n = 23)	11,54 (n = 3)	-
O vídeo é muito confuso	3,85 (n = 1)	7,69 (n = 2)	88,46 (n = 23)
As informações contidas no vídeo são de fácil entendimento	96,15 (n = 25)	3,85 (n = 1)	-
O conteúdo do vídeo me incomodou	3,85 (n = 1)	3,85 (n = 1)	92,31 (n = 24)
Estrutura			
A linguagem usada no vídeo é difícil de entender	11,54 (n = 3)	11,54 (n = 3)	70,92 (n = 20)
A maioria do vocabulário usado no vídeo é composto de palavras comuns	57,69 (n = 15)	34,62 (n = 9)	7,69 (n = 2)
Consegui compreender facilmente as figuras presentes no vídeo	88,46 (n = 23)	11,54 (n = 3)	-
As figuras no vídeo são familiares para mim	65,38 (n = 17)	34,62 (n = 9)	-
As figuras presentes no vídeo são autoexplicáveis	73,08 (n = 19)	19,23 (n = 5)	7,69 (n = 2)
As figuras contribuíram para o entendimento do vídeo	80,77 (n = 21)	15,38 (n = 4)	3,85 (n = 1)
Tive dificuldade com o tamanho das letras do vídeo	7,69 (n = 2)	15,38 (n = 4)	76,92 (n = 20)
Tive dificuldade com o formato das letras do vídeo	-	7,69 (n = 2)	92,31 (n = 24)
A proximidade entre as letras no vídeo dificulta a leitura	-	11,54 (n = 3)	88,46 (n = 23)
Existe um bom contraste entre o texto e o fundo do vídeo	80,77 (n = 21)	11,54 (n = 3)	7,69 (n = 2)
O formato do vídeo é prático	88,46 (n = 23)	11,54 (n = 3)	-
Não existe no texto do vídeo o uso de palavras ou expressões de duplo sentido	84,62 (n = 22)	3,85 (n = 1)	11,54 (n = 3)
O vídeo é cansativo	-	11,54 (n = 3)	88,46 (n = 23)
O vídeo é muito longo	-	7,69 (n = 2)	92,31 (n = 24)
O áudio do vídeo tem um volume muito baixo	7,69 (n = 2)	11,54 (n = 3)	80,77 (n = 21)
Consigo ouvir todas as palavras que são faladas no vídeo	92,31 (n = 24)	7,69 (n = 2)	-
Relevância			
O vídeo facilitou o entendimento sobre o assunto abordado	80,77 (n = 21)	19,23 (n = 5)	-

Fonte: Elaborada pelas autoras.

De acordo com a Tabela 6, grande parte dos pacientes (92,31%, n = 24) conseguiram compreender totalmente os objetivos do vídeo educativo nº 2 – Canabinoides; 76,92% (n = 20)

acreditam que as informações contidas no vídeo são de fácil entendimento e 73,08% (n = 19) concordam que são suficientes para aprender sobre o tema abordado; e somente 3,85% (n = 1) revelaram que se sentiram incomodados com o conteúdo do vídeo e concordaram totalmente que o vídeo é muito confuso. À respeito da estrutura do vídeo, 80,77% (n = 21) discordaram que a linguagem utilizada é difícil de entender; a maioria discordou que teve dificuldade na leitura do texto presente no vídeo devido ao tamanho, formato e proximidade das letras (84,62%, n = 22; 92,31%, n = 24; 84,62%, n = 22, respectivamente); 76,92% (n = 20) concordaram totalmente que há um bom contraste de cores entre o texto e o fundo do vídeo; 19,23% (n = 5) concordaram parcialmente que o áudio do vídeo tem um volume muito baixo; 80,77% (n = 21) atestaram a praticidade do formato em vídeo; e apenas um paciente (3,85%) concordou totalmente que o vídeo é muito longo e cansativo. Com relação à relevância do vídeo educativo, a maior parte dos pacientes (92,31%, n = 24) concordou que o vídeo favoreceu o entendimento sobre o assunto tratado.

Tabela 6. Avaliação da aceitação do Vídeo Educativo Nº 2 – Canabinoides.

	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Conteúdo			
Consigo compreender os objetivos do vídeo	92,31 (n = 24)	3,85 (n = 1)	3,85 (n = 1)
As informações contidas no vídeo são suficientes para o entendimento sobre o assunto	73,08 (n = 19)	26,92 (n = 7)	-
O vídeo é muito confuso	3,85 (n = 1)	7,69 (n = 2)	88,46 (n = 23)
As informações contidas no vídeo são de fácil entendimento	76,92 (n = 20)	19,23 (n = 5)	3,85 (n = 1)
O conteúdo do vídeo me incomodou	3,85 (n = 1)	7,69 (n = 2)	88,46 (n = 23)
Estrutura			
A linguagem usada no vídeo é difícil de entender	3,85 (n = 1)	15,38 (n = 4)	80,77 (n = 21)
A maioria do vocabulário usado no vídeo é composto de palavras comuns	69,23 (n = 18)	23,08 (n = 6)	7,69 (n = 2)
Consegui compreender facilmente as figuras presentes no vídeo	84,62 (n = 22)	11,54 (n = 3)	3,85 (n = 1)
As figuras no vídeo são familiares para mim	61,54 (n = 16)	30,77 (n = 8)	7,69 (n = 2)
As figuras presentes no vídeo são autoexplicáveis	53,85 (n = 14)	34,62 (n = 9)	11,54 (n = 3)
As figuras contribuíram para o entendimento do vídeo	80,77 (n = 21)	11,54 (n = 3)	7,69 (n = 2)
Tive dificuldade com o tamanho das letras do vídeo	3,85 (n = 1)	11,54 (n = 3)	84,62 (n = 22)
			continua

	Concordo Totalmente (%)	Concordo Parcialmente (%)	Discordo (%)
Estrutura			
Tive dificuldade com o formato das letras do vídeo	-	7,69 (n = 2)	92,31 (n = 24)
A proximidade entre as letras no vídeo dificulta a leitura	-	15,38 (n = 4)	84,62 (n = 22)
Existe um bom contraste entre o texto e o fundo do vídeo	76,92 (n = 20)	11,54 (n = 3)	11,54 (n = 3)
O formato do vídeo é prático	80,77 (n = 21)	11,54 (n = 3)	7,69 (n = 2)
Não existe no texto do vídeo o uso de palavras ou expressões de duplo sentido	69,23 (n = 18)	11,54 (n = 3)	19,23 (n = 5)
O vídeo é cansativo	3,85 (n = 1)	15,38 (n = 4)	80,77 (n = 21)
O vídeo é muito longo	3,85 (n = 1)	7,69 (n = 2)	88,46 (n = 23)
O áudio do vídeo tem um volume muito baixo	3,85 (n = 1)	19,23 (n = 5)	76,92 (n = 20)
Consigo ouvir todas as palavras que são faladas no vídeo	88,46 (n = 23)	11,54 (n = 3)	-
Relevância			
O vídeo facilitou o entendimento sobre o assunto abordado	92,31 (n = 24)	7,69 (n = 2)	-
			conclusão

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A Figura 27 apresenta as respostas dos pacientes sobre o que gostaram nos vídeos educativos. Sobre o vídeo educativo nº 1 - Doença de Parkinson, 8 pacientes relataram que gostaram de todo o conteúdo; 3 destacaram a praticidade, objetividade e clareza; 5 gostaram da didática e das explicações dadas no vídeo; 1 ressaltou a linguagem utilizada; e 2 mencionaram a possibilidade de ter acesso à informação além da leitura ou de aprender sobre o assunto enquanto realiza outras atividades. Em relação ao segundo vídeo educativo, 14 pacientes disseram que gostaram de todo o conteúdo, tanto das explicações dadas quanto das informações presentes; 3 ressaltaram a didática, objetividade, clareza e a forma como o assunto foi abordado; e 1 mencionou que aprendeu algumas palavras técnicas sobre DP.

Conforme demonstrado na Figura 28, a maioria dos pacientes (n = 20) relatou que não havia nada a declarar ou que gostou de tudo quando entrevistados sobre o que não gostou no primeiro vídeo educativo; 1 citou que o uso de algumas palavras técnicas pode confundir os ouvintes; 3 pacientes não gostaram da narração do vídeo, alegando que é cansativa e falta animação na voz. Sobre o vídeo educativo nº 2 - Canabinoides, também a maior parte dos pacientes (n = 20) não teve nada a declarar ou gostou de tudo; 2 relataram que não gostaram do uso de termos técnicos; 1 ressaltou a duração do vídeo, dizendo que é um pouco longo; 2 destacaram que a narração não é fluída e falta animação; 1 mencionou que as figuras ficaram

um pouco ilegíveis; e 1 citou a falta informações sobre a eficácia do uso compassivo da *Cannabis* na DP.

Figura 27 - Principais respostas dos pacientes sobre o que gostaram nos vídeos educativos.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

Figura 28 - Principais respostas dos pacientes sobre o que não gostaram nos vídeos educativos.

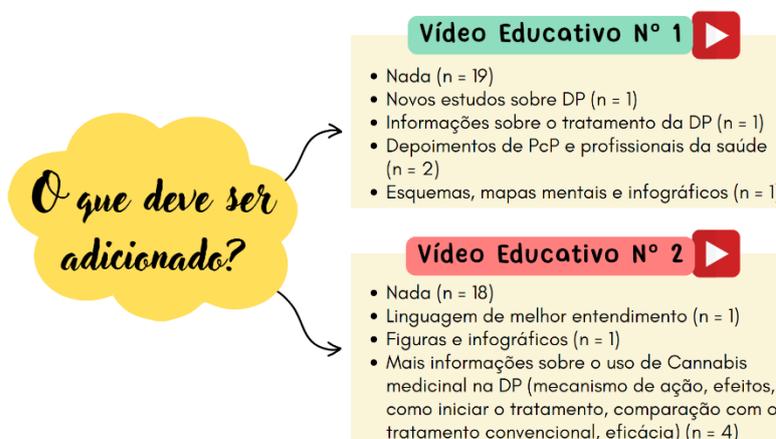


Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

A Figura 29 mostra as respostas dos pacientes quando perguntados sobre o que gostariam que fosse adicionado aos vídeos educativos. Dezenove pacientes não quiseram adicionar algo ao primeiro vídeo educativo; 2 sugeriram adicionar informações sobre o tratamento farmacológico ou novos estudos relacionados a DP; 1 pediu para acrescentar esquemas, mapas mentais e infográficos; e 2 sugeriram adicionar depoimentos de PcP e profissionais da saúde. Dezoito pacientes não quiseram adicionar nada ao segundo vídeo; 1 pediu para melhorar a linguagem do vídeo para alcançar maior entendimento; 4 solicitaram a inclusão de mais informações sobre o uso de *Cannabis* medicinal na DP, principalmente

relacionadas ao mecanismo de ação, efeitos, como iniciar o tratamento, comparação com o tratamento convencional e eficácia; e 1 sugeriu adicionar mais figuras e infográficos.

Figura 29 - Principais respostas dos pacientes sobre o que deve ser adicionado aos vídeos educativos.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

A Figura 30 apresenta as respostas dos pacientes sobre o que gostariam de retirar dos vídeos educativos. Quase todos os pacientes (n = 23) não consideraram necessário retirar nenhuma informação do vídeo educativo N° 1 - Doença de Parkinson; 1 sugeriu retirar o excesso de texto; 1 pediu para retirar alguns termos técnicos que podem confundir os ouvintes; e 1 sugeriu melhorar a forma como foi feita a narração. Apenas três pacientes fizeram sugestões sobre o vídeo educativo N° 2 - Canabinoides, que foram retirar o excesso de texto e termos técnicos desnecessários, e resumir o conteúdo do vídeo.

Figura 30 - Principais respostas dos pacientes sobre o que deve ser retirado dos vídeos educativos.



Fonte: Elaborada pelas autoras (2023).

3.5 Limitações

O tamanho reduzido da amostra dos pacientes que participaram da avaliação da aceitação dos materiais educativos, quanto dos profissionais da saúde que participaram do processo de validação dos questionários, foi uma grande limitação. Muitos dos convidados não retornaram o contato inicial, ou inicialmente demonstraram interesse, mas não realizaram as atividades propostas. Isto pode ter acontecido devido à falta de contato presencial, pois a modalidade remota, adotada devido à pandemia de COVID-19, prejudicou o esclarecimento de dúvidas relacionadas ao processo de avaliação. Além disso, a comunicação impessoal do modo remoto pode ter contribuído para falta de interesse e motivação em participar do estudo.

Outra limitação consiste na falta de comparação estatística dos dados obtidos na avaliação da aceitação dos materiais educativos com os dados sociodemográficos dos entrevistados, a fim de alcançar novos desfechos.

CAPÍTULO IV

CONCLUSÕES

Tanto os boletins informativos quanto os vídeos educativos apresentaram uma boa aceitação pelos pacientes. É necessária uma outra análise para avaliar qual das modalidades teve maior aceitação por parte dos pacientes. Porém, é possível supor que os vídeos educativos podem ser mais bem aceitos, porque são mais dinâmicos e lúdicos, e oferecerem informação de forma mais rápida e acessível. Enquanto, os boletins informativos podem ter como principal público-alvo profissionais da saúde.

De acordo com o resultado da avaliação, o calendário posológico e o controle mensal são ferramentas de educação em saúde de fácil aplicação, sendo um método útil e simples para PcP que buscam organizar a sua rotina terapêutica, a fim de melhorar a adesão e eficácia do tratamento.

Apesar de ser necessário ajustar todos os materiais educativos de acordo com as sugestões dadas nas avaliações, é possível concluir que o uso das tecnologias educacionais, nos formatos material impresso e vídeo, podem ser ótimas alternativas para a vinculação de informações confiáveis em saúde. Esses materiais elaborados podem ser amplamente divulgados na internet, funcionando como uma ponte entre a comunidade científica e a população em geral.

Portanto, os saberes compartilhados nos materiais educativos podem contribuir para promoção do autocuidado e empoderamento das PcP, que muitas vezes se encontram com baixa autoestima devido ao estigma e as dificuldades em conviver com a DP. Além disso, os materiais educativos desenvolvidos também podem ajudar no combate ao preconceito associado ao uso compassivo de *Cannabis*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRE, C.M.; HAUSMAN, J.-F.; GUERRIERO, G. Cannabis sativa: the plant of the thousand and one molecules. **Frontiers in Plant Science**, v. 7, n. 19, 2016. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpls.2016.00019>.
- ANGULO, J.; FLEURY, V.; PÉRON J. A.; PENZENSTADLER, L.; ZULLINO, D.; KRACK, P. Shame in Parkinson's disease: A review. **Journal of Parkinson's Disease**, v. 9, n. 3, p. 489-499, 2019. DOI: 10.3233/JPD-181462.
- AURELI, C.; CASSANO, T.; MASCI, A.; FRANCIOSO, A.; MARTIRE, S.; COCCIOLO, A.; CHICHIARELLI, S.; ROMANO, A.; GAETANI, S.; MANCINI, P.; FONTANA, M.; D'ERME, M.; MOSCA, L. 5-S-cysteinyl-dopamine neurotoxicity: Influence on the expression of α -synuclein and ERp57 in cellular and animal models of Parkinson's disease. **Journal of Neuroscience Research**, v. 92, n. 3, p. 347-58, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/jnr.23318>
- BAUL, H. S.; MANIKANDAN, C.; SEN, D. Cannabinoid receptor as a potential therapeutic target for Parkinson's disease. **Brain Research Bulletin**, v. 146, p. 244-252, 2019. DOI: 10.1016/j.brainresbull.2019.01.016.
- BHAGAVATHULA, A. S.; TEFAYE, W.; VIDYASAGAR, K.; FIALOVA, D. Polypharmacy and hyperpolypharmacy in older individuals with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. **Gerontology**, p. 1-10, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1159/000521214>.
- BONINI, S. A.; PREMOLI, M.; TAMBARO, S.; KUMAR, A.; MACCARINELLI, G.; MEMO, M.; MASTINU, A. Cannabis sativa: A comprehensive ethnopharmacological review of a medicinal plant with a long history. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 227, p. 300-315, 2018. DOI: 10.1016/j.jep.2018.09.004.
- BRANCHI, I.; D'ANDREA, I.; ARMIDA, M.; CARNEVALE, D.; AJMONE-CAT, M. A.; PÈZZOLA, A.; POTENZA, R. L.; MORGESE, M. G.; CASSANO, T.; MINGHETTI, L.; POPOLI, P.; ALLEVA, E. Striatal 6-OHDA lesion in mice: Investigating early neurochemical changes underlying Parkinson's disease. **Behavioural Brain Research**, v. 208, n. 1, p. 137-143, 2010. DOI: 10.1016/j.bbr.2009.11.020
- BRASIL. Resolução nº 38 de 12 de agosto de 2013. Aprova o regulamento para os programas de acesso expandido, uso compassivo e fornecimento de medicamento pós-estudo. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial [da] União**, Poder executivo, Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. ISBN 978-85-334-1249-1.

- BRASIL. Resolução nº 327 de 9 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de Cannabis para fins medicinais, e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial [da] União**, Poder executivo, Brasília, DF, 2019.
- CAMPOS, A.C.; GUIMARÃES, F.S. Involvement of 5HT1A receptors in the anxiolytic-like effects of cannabidiol injected into the dorsolateral periaqueductal gray of rats. **Psychopharmacology**, v. 199, n. 2, p. 223-230, 2008. DOI: 10.1007/s00213-008-1168-x.
- CASSANO, T.; VILLANI, R.; PACE, L.; CARBONE, A.; BUKKE, V.N.; ORKISZ, S.; AVOLIO, C.; SERVIDDIO, G. From Cannabis sativa to Cannabidiol: Promising therapeutic candidate for the treatment of neurodegenerative diseases. **Frontiers in Pharmacology**, v. 11, p. 124, 2020. DOI: 10.3389/fphar.2020.00124.
- CASTRO, M. S.; PILGER, D.; FUCHS, F.D.; FERREIRA, M. B. C. Development and validity of a method for the evaluation of printed education material. **Pharmacy Practice**, v. 5, n. 2, p. 89-94, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4155157/>. Acesso em: 16 jun. 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasília). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, p. 186, 25 set. 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.
- DORSEY, E. R.; R. CONSTANTINESCU, THOMPSON, J. P.; BIGLAN, K. M.; HOLLOWAY, R. G.; KIEBURTZ, K.; MARSHALL, F. J.; RAVINA, B. M.; SCHIFITTO, G.; SIDEROW, A.; TANNER, C. M. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. **Neurology**, v. 68, n. 5, p. 384-386, 2007. DOI: 10.1212/01.wnl.0000247740.47667.03
- DORSEY, E. R.; BLOEM, B. R. The Parkinson pandemic - a call to action. **JAMA Neurology**, v. 75, n. 1, p. 9-10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2017.3299>.
- FARAG, S.; KAYSER, O. The cannabis plant: botanical aspects. **Handbook of Cannabis and Related Pathologies: Biology, Pharmacology, Diagnosis, and Treatment**, p. 3-12, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800756-3.00001-6>.
- FOGAÇA; M.V. et al. Effects of intra-prelimbic prefrontal cortex injection of cannabidiol on anxietylike behavior: involvement of 5HT1A receptors and previous stressful experience. **European Neuropsychopharmacology**, v. 24, n. 3, p. 410-419, 2014. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2013.10.012.

- FOPPA, A. A.; CHEMELLO, C.; FARIA, M. R. Caracterização farmacoepidemiológica de indivíduos com doença de Parkinson para implantação de Serviço Clínico Farmacêutico. **Journal of Applied Pharmaceutical Sciences – JAPHAC**, v. 3, n. 1, p. 28-40, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/303849874>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- GALHARDO, M. M. DE A. M. C.; AMARAL, A. K. DE F. J. DO; VIEIRA, A. C. DE C. Caracterização dos distúrbios cognitivos na Doença de Parkinson. **Revista CEFAC**, v. 11, suppl. 2, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000600015>.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE NEUROLOGICAL COLLABORATION. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. **The Lancet Neurology**, v. 16, ed. 11, p. 877-897, 2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30299-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30299-5).
- GOETZ, C. G. et al. Movement Disorder Society task force report on the Hoehn and Yahr Staging Scale: Status and recommendations. **Movement Disorders**, v. 9, n. 9, p. 1020-1028, 2004. DOI: [10.1002/mds.20213](https://doi.org/10.1002/mds.20213).
- GOMES; F.V. et al. The anxiolytic-like effects of cannabidiol injected into the bed nucleus of the stria terminalis are mediated by 5-HT1A receptors. **Psychopharmacology**, v. 213, n. 2-3, p. 465-473, 2011. DOI: [10.1007/s00213-010-2036-z](https://doi.org/10.1007/s00213-010-2036-z).
- GUBELLINI, P.; PICCONI, B.; BARI, M.; BATTISTA, N.; CALABRESI, P.; CENTONZE, D.; BERNARDI, G.; FINAZZI-AGRÒ, A.; MACCARRONE, M. Experimental parkinsonism alters endocannabinoid degradation: implications for striatal glutamatergic transmission. **The Journal of Neuroscience**, v. 22, n. 16, p. 6900-6907, 2002. DOI: [10.1523/JNEUROSCI.22-16-06900.2002](https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.22-16-06900.2002).
- GUGLIANDOLO, A.; POLLASTRO, F.; BRAMANTI, P.; MAZZON, E. Cannabidiol exerts protective effects in an in vitro model of Parkinson's disease activating AKT/Mtor pathway. **Fitoterapia**, v. 143, p. 104553, 2020. DOI: [10.1016/j.fitote.2020.104553](https://doi.org/10.1016/j.fitote.2020.104553).
- HAPPYANA, N.; AGNOLET, S.; MUNTENDAM, R.; VAN DAM, A.; SCHNEIDER, B.; KAYSER, O. Analysis of cannabinoids in laser-microdissected trichomes of medicinal Cannabis sativa using LCMS and cryogenic NMR. **Phytochemistry**, v. 87, p. 51-59, 2013. DOI: [10.1016/j.phytochem.2012.11.001](https://doi.org/10.1016/j.phytochem.2012.11.001).
- HELLQVIST, C.; BERTERÖ, C.; DIZDAR, N.; SUND-LEVANDER, M.; HAGELL, P. Self-management education for persons with Parkinson's disease and their care partners: a quasi-experimental case-control study in clinical practice. **Parkinson's disease**, p. 6920943, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/6920943>.
- HOEHN, M. M.; YAHR, M. D. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. **Neurology**, v. 17, n. 5, p. 427-442, 1967. DOI: [10.1212/wnl.17.5.427](https://doi.org/10.1212/wnl.17.5.427).
- HOWLETT, A. C.; CHAMPION-DOROW, T. M.; MCMAHON, L. L.; WESTLAKE, T. M. The cannabinoid receptor: biochemical and cellular properties in neuroblastoma cells. **Pharmacology Biochemistry & Behavior**, v. 40, n. 3, p. 565-569, 1991. DOI: [10.1016/0091-3057\(91\)90364-8](https://doi.org/10.1016/0091-3057(91)90364-8).

- HUCHELMANN, A.; BOUTRY, M.; HACHEZ, C. Plant glandular trichomes: Natural cell factories of high biotechnological interest. **Plant Physiology**, v. 175, p. 6–22, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1104/pp.17.00727>.
- IANNOTTI, F. A.; DI MARZO, V.; PETROSINO, S. Endocannabinoids and endocannabinoid-related mediators: Targets, metabolism and role in neurological disorders. **Progress in Lipid Research**, v. 62, p. 107-128, 2016. DOI: 10.1016/j.plipres.2016.02.002.
- IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2021. ISBN 978-85-240-4543-1. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101963_informativo.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.
- JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 480-490, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002015>.
- MARINHO, A.L. et al. Effects of intra-infralimbic prefrontal cortex injections of cannabidiol in the modulation of emotional behaviors in rats: contribution of 5HT_{1A} receptors and stressful experiences. **Behavioural Brain Research**, v. 286, p. 49-56, 2015. DOI: 10.1016/j.bbr.2015.02.023.
- MASNOON, N.; SHAKIB, S.; KALISCH-ELLETT, L.; CAUGHEY, G. E. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 230, 2017. DOI: 10.1186/s12877-017-0621-2.
- MCPARTLAND, J.M. Phylogenomic and chemotaxonomic analysis of the endocannabinoid system. **Brain Research Reviews**, v. 45, n. 1, p. 18–29, 2004. DOI: 10.1016/j.brainresrev.2003.11.005.
- MECHOULAM, R.; FRIDE, E.; DI MARZO, V. Endocannabinoids. **European Journal of Pharmacology**, v. 359, n. 1, p. 1-18, 1998. DOI: 10.1016/s0014-2999(98)00649-9.
- MECHOULAM, R. et al. Cannabinoids and brain injury: therapeutic implications. **Trends in Molecular Medicine**, v. 8, n. 2, p. 58–61, 2002. DOI: 10.1016/s1471-4914(02)02276-1.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 308 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 2). ISBN 978-85-334-2198-1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmacutico_atencao_basica_saude_2.pdf. Acesso em: 26 jan. 2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria Conjunta Nº 10 de 32 de outubro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson. **Diário Oficial [da] União**, Poder executivo, Brasília, DF, 2017.

- MODESTINO, E. J.; REINHOFER, A.; BLUM, K.; AMENECHI, C.; O'TOOLE, P. Hoehn and Yahr staging of Parkinson's disease in relation to neuropsychological measures. **Frontiers In Bioscience**, v. 23, n. 7, p. 1370-1379, 2018. DOI: 10.2741/4649.
- NILOY, N.; HEDIYAL T. A.; VICHITRA, C.; SONALI, S.; CHIDAMBARAM, S. B.; GORANTLA, V. R.; MAHALAKSHMI, A. M. Effect of Cannabis on memory consolidation, learning and retrieval and its current legal status in India: A review. **Biomolecules**, v. 13, n. 1, p. 162, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/biom13010162>.
- PERTWEE, R.G. The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: δ 9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and Δ 9 -tetrahydrocannabivarin. **British Journal of Pharmacology**, v. 153, n. 2, p. 199-215, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.bjp.0707442>.
- RUSSO, E. B.; BURNETT, A.; HALL, B.; PARKER, K. K. Agonistic properties of cannabidiol at 5-HT1a receptors. **Neurochemical Research**, v. 30, n. 8, p. 1037-1043, 2005. DOI: 10.1007/s11064-005-6978-1.
- SÁ, G. G. M.; SILVA, F. L.; SANTOS, A. M. R.; NOLÊTO, J. S.; GOUVEIA, M. T. O.; NOGUEIRA, L. T. Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3171.3186>.
- SALINAS, M. R.; CHAMBERS, E. J.; HO, T.; KHEMANI, P.; OLSON, D. M.; STUTZMAN, S.; CHITNIS, S. Patient perceptions and knowledge of Parkinson's disease and treatment (KnowPD). **Clinical Parkinsonism & Related Disorders**, v. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.prdoa.2020.100038>.
- SEABRA, C. A. M. et al. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 04, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>.
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Cuidando de Todos. Arquivos: Cartão do Hábito. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://cuidandodetodos.org/downloads/>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- SHAH, A.; CRANER, J.; CUNNINGHAM, J.L. Medical cannabis use among patients with chronic pain in an interdisciplinary pain rehabilitation program: Characterization and treatment outcomes. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 77, p. 95-100, 2017. DOI: 10.1016/j.jsat.2017.03.012.
- SIERADZAN, K.A.; FOX, S.H.; HILL, M.; DICK, J.P.; CROSSMAN, A.R.; BROTCHE, J.M. Cannabinoids reduce levodopa-induced dyskinesia in Parkinson's disease: a pilot study. **Neurology**, v. 57, n. 11, p. 2108-2111, 2001. DOI: 10.1212/wnl.57.11.2108.
- TANNEY, C. A. S.; BACKER, R.; GEITMANN, A.; SMITH, D. L. Cannabis glandular trichomes: A cellular metabolite factory. **Frontiers in Plant Science**, v. 12, p. 721986, 2021. DOI: 10.3389/fpls.2021.721986

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DE FERRAMENTAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Quem irá responder este questionário?

- Paciente
 Acompanhante/Cuidador (a)
 Paciente junto com o(a) Acompanhante/Cuidador (a)

Bloco 1: Identificação do paciente com doença de Parkinson

Nome do Paciente:

Bloco 2: Avaliação do calendário posológico

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo
1. Conteúdo			
Consigo compreender os objetivos do calendário posológico	()	()	()
Necessito de mais orientações para utilizar o calendário posológico corretamente	()	()	()
As informações escritas no calendário posológico são suficientes para me orientar sobre como utilizá-lo corretamente	()	()	()
O calendário posológico é muito confuso	()	()	()
2. Estrutura			
A linguagem usada no calendário posológico é difícil de entender	()	()	()
A maioria do vocabulário usado no calendário posológico é composto de palavras comuns	()	()	()
É muito fácil utilizar o calendário posológico	()	()	()
Consegui compreender facilmente as ilustrações (figuras/tabela) presentes no calendário posológico	()	()	()
As figuras do calendário posológico são familiares para mim	()	()	()
As figuras do calendário posológico estão relacionadas com suas respectivas legendas	()	()	()
As ilustrações (figuras/tabela) presentes no calendário posológico são autoexplicáveis	()	()	()
Tive dificuldade com o tamanho das letras do calendário posológico	()	()	()
Tive dificuldade com o formato das letras do calendário posológico	()	()	()

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo
A proximidade entre as letras no calendário posológico dificulta a leitura	()	()	()
Tive dificuldade na leitura porque as cores das letras no calendário posológico são muito claras	()	()	()
O formato do calendário posológico é prático	()	()	()
Não existe no texto do calendário posológico o uso de palavras ou expressões de duplo sentido	()	()	()
3. Relevância			
Acredito que o calendário posológico promove o uso correto dos medicamentos	()	()	()
O calendário posológico está adequado a minha realidade	()	()	()
Me sinto capaz em usar o calendário posológico corretamente	()	()	()
O calendário posológico me ajuda a prevenir possíveis problemas relacionados ao esquecimento de tomar uma dose do medicamento ou a tomada duplicada de uma dose do medicamento	()	()	()
O uso do calendário posológico permite que eu alcance o máximo de benefícios possíveis no meu tratamento	()	()	()
O calendário posológico é útil na organização da minha rotina terapêutica	()	()	()
O calendário posológico facilita a adesão ao tratamento	()	()	()
4. Opiniões pessoais			
O que você gostou no calendário posológico?			
O que você não gostou no calendário posológico?			
O que deve ser adicionado ao calendário posológico?			
O que deve ser retirado do calendário posológico?			

Bloco 3: Avaliação do controle mensal

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo
1. Conteúdo			
Consigo compreender os objetivos do controle mensal	()	()	()
Necessito de mais orientações para utilizar o controle mensal corretamente	()	()	()
As informações escritas no controle mensal são suficientes para me orientar sobre como utilizá-lo corretamente	()	()	()
O controle mensal é muito confuso	()	()	()

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo
2. Estrutura			
A linguagem usada no controle mensal é difícil de entender	()	()	()
A maioria do vocabulário usado no controle mensal é composto de palavras comuns	()	()	()
É muito fácil utilizar o controle mensal	()	()	()
Consegui compreender facilmente as tabelas presentes no controle mensal	()	()	()
As tabelas presentes no controle mensal são autoexplicáveis	()	()	()
Tive dificuldade com o tamanho das letras do controle mensal	()	()	()
Tive dificuldade com o formato das letras do controle mensal	()	()	()
A proximidade entre as letras no controle mensal dificulta a leitura	()	()	()
Tive dificuldade na leitura porque as cores das letras no controle mensal são muito claras	()	()	()
O formato do controle mensal é prático	()	()	()
Não existe no texto do controle mensal o uso de palavras ou expressões de duplo sentido	()	()	()
3. Relevância			
Acredito que o controle mensal promove o uso correto dos medicamentos	()	()	()
O controle mensal está adequado a minha realidade	()	()	()
Me sinto capaz em usar o controle mensal corretamente	()	()	()
O controle mensal me ajuda a prevenir possíveis problemas relacionados ao esquecimento de tomar uma dose do medicamento ou a tomada duplicada de uma dose do medicamento	()	()	()
O uso do controle mensal permite que eu alcance o máximo de benefícios possíveis no meu tratamento	()	()	()
O controle mensal é útil na organização da minha rotina terapêutica	()	()	()
O controle mensal facilita a adesão ao tratamento	()	()	()
4. Opiniões pessoais			
O que você gostou no controle mensal?			
O que você não gostou no controle mensal?			
O que deve ser adicionado ao controle mensal?			
O que deve ser retirado do controle mensal?			

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DOS BOLETINS INFORMATIVOS

Quem irá responder este questionário?

- Paciente
 Acompanhante/Cuidador (a)
 Paciente junto com o(a) Acompanhante/Cuidador (a)

Bloco 1: Identificação do paciente com doença de Parkinson

Nome do Paciente:

Bloco 2: Avaliação do boletim informativo

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo
1. Conteúdo			
O conteúdo do boletim informativo é muito confuso	()	()	()
O conteúdo do boletim informativo é totalmente desinteressante	()	()	()
Acredito que as informações contidas no boletim informativo são confiáveis	()	()	()
Os jogos educativos, presentes no final do boletim informativo, contribuíram para reforçar o conteúdo	()	()	()
Os jogos educativos, presentes no final do boletim informativo, são totalmente interessantes	()	()	()
2. Estrutura			
A capa do boletim informativo chamou a minha atenção	()	()	()
A linguagem usada no boletim informativo é difícil de entender	()	()	()
A maioria do vocabulário usado no boletim informativo é composto por palavras comuns	()	()	()
O boletim informativo é de fácil leitura	()	()	()
A maioria do vocabulário usado no boletim informativo é composto palavras técnicas de difícil entendimento	()	()	()
Consegui compreender facilmente as ilustrações (figuras/gráfico/tabelas) presentes no boletim informativo	()	()	()
As ilustrações presentes no boletim contribuíram para o entendimento do texto	()	()	()
O formato digital prejudicou a leitura do boletim informativo	()	()	()

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo
Não existe no texto do boletim o uso de palavras ou expressões de duplo sentido	()	()	()
Tive dificuldade na leitura do boletim por causa do tamanho das letras	()	()	()
Tive dificuldade na leitura do boletim por causa do formato das letras	()	()	()
Tive dificuldade na leitura do boletim porque as letras estão muito próximas	()	()	()
Os jogos educativos, presentes no final do boletim, são muito difíceis	()	()	()
3. Relevância			
Antes da leitura, eu não tinha conhecimento sobre a maior parte do conteúdo abordado no boletim informativo	()	()	()
A leitura do boletim informativo acrescentou ao meu conhecimento sobre o tema abordado	()	()	()
Me sinto motivado (a) a ler o boletim informativo até o final	()	()	()
O tema abordado no boletim informativo é relevante	()	()	()
Não gostei dos jogos educativos presentes no boletim porque não gosto de jogos no geral	()	()	()
Não gostei do boletim informativo porque não tenho o hábito de ler	()	()	()
4. Opiniões pessoais			
O que você gostou no boletim informativo?			
O que você não gostou no boletim informativo?			
O que deve ser adicionado ao boletim informativo?			
O que deve ser retirado do boletim informativo?			
Quais temas você gostaria de sugerir para os próximos boletins?			

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DE VÍDEOS EDUCATIVOS

Quem irá responder este questionário?

- Paciente
- Acompanhante/Cuidador (a)
- Paciente junto com o(a) Acompanhante/Cuidador (a)

Bloco 1: Identificação do paciente com doença de Parkinson

Nome do Paciente:

Bloco 2: Avaliação do vídeo educativo

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo
1. Conteúdo			
Consigo compreender os objetivos do vídeo	()	()	()
As informações contidas no vídeo são suficientes para o entendimento sobre o assunto	()	()	()
O vídeo é muito confuso	()	()	()
As informações contidas no vídeo são de fácil entendimento	()	()	()
O conteúdo do vídeo me incomodou	()	()	()
2. Estrutura			
A linguagem usada no vídeo é difícil de entender	()	()	()
A maioria do vocabulário usado no vídeo é composto de palavras comuns	()	()	()
Consegui compreender facilmente as figuras presentes no vídeo	()	()	()
As figuras no vídeo são familiares para mim	()	()	()
As figuras presentes no vídeo são autoexplicáveis	()	()	()
As figuras contribuíram para o entendimento do vídeo	()	()	()
Tive dificuldade com o tamanho das letras do vídeo	()	()	()
Tive dificuldade com o formato das letras do vídeo	()	()	()

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo
A proximidade entre as letras no vídeo dificulta a leitura	()	()	()
Existe um bom contraste entre o texto e o fundo do vídeo	()	()	()
O formato do vídeo é prático	()	()	()
Não existe no texto do vídeo o uso de palavras ou expressões de duplo sentido	()	()	()
O vídeo é cansativo	()	()	()
O vídeo é muito longo	()	()	()
O áudio do vídeo tem um volume muito baixo	()	()	()
Consigo ouvir todas as palavras que são faladas no vídeo	()	()	()
3. Relevância			
O vídeo facilitou o entendimento sobre o assunto abordado	()	()	()
4. Opiniões pessoais			
O que você gostou no vídeo?			
O que você não gostou no vídeo?			
O que deve ser adicionado ao vídeo?			
O que deve ser retirado do vídeo?			

APÊNDICE D

FORMULÁRIO DE ACEITAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS DE ACEITAÇÃO

Bloco 1: Identificação

Nome:

Profissão:

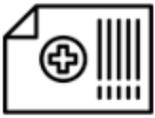
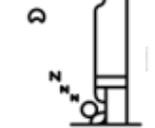
Bloco 2: Avaliação do questionário

	SIM	NÃO
A linguagem utilizada no questionário está acessível para pessoas com doença de Parkinson com possível comprometimento cognitivo?	()	()
A linguagem utilizada no questionário está acessível para os cuidadores?	()	()
A linguagem utilizada no questionário está acessível para os familiares?	()	()
Você acredita que todas as possibilidades colocadas no questionário contemplam os aspectos a serem analisados?	()	()
O que você incluiria, substituiria e/ou excluiria no questionário?	()	()

APÊNDICE E

MEU TRATAMENTO

- a) Descreva o modo de uso de acordo com as orientações médicas;
 b) Caso haja alguma observação, descreva ao lado da exclamação.

 NOME DO MEDICAMENTO	 MODO DE USO	 ACORDAR	 CAFÉ DA MANHÃ	 ALMOÇO	 LANCHE DA TARDE	 JANTAR	 ANTES DE DORMIR		
								ANTES	DEPOIS



OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE F

CONTROLE MENSAL

- a) Preencha a tabela colocando na primeira coluna os horários de tomada do medicamento.
- b) Os números das colunas representam o dia do mês. Marque um x sempre que você tomar o medicamento no horário correspondente.
- c) **Se ao final do dia, tiver um campo em branco: Atenção! Você pode ter esquecido de tomar o medicamento!!!**

Nome do Medicamento: _____

Mês: _____

HORÁRIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Nome do Medicamento: _____

Mês: _____

HORÁRIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

