

Gardênia Cristina Pereira de Queiroga¹
Alane Barreto de Almeida Leôncio¹
Saionara Lenarda Oliveira Dantas¹
Sylmara Michelle Oliveira Barbosa de Souza¹
Vanessa Meira Cintra Ribeiro¹
Milena Lins da Cunha Dias¹

Health education in waiting rooms of a pediatric complex: strategic planning in a multiprofessional residency program

Educação em saúde em salas de espera de um complexo pediátrico: planejamento estratégico dentro de uma residência multiprofissional

ABSTRACT | Introduction: Health education is embedded in the Brazilian Public National Health System (SUS) as a core tenet, since it stimulates the development of awareness-raising programs, informs practices and promotes self-care. In order to be truly effective, health education should be based on participatory planning, in a discursive, integrated and multidisciplinary process, grounded on the local needs. **Objective:** To design strategies for health education directed at the patients' companions in waiting rooms of a Pediatric Complex: Care Unit, involving residents in a multi professional team. **Methods:** This is an experience report, which presents the results of discussions about the multi-causality of health problems, health care approaches and possible solutions, including breastfeeding. A 10m self-explanatory video about the topic was shown twice with a 30-minute interval between each presentation. For statistical analysis, frequencies and inference analyzes were carried out using the SPSS statistical software. **Results:** The sample was composed of family members and / or caregivers of children awaiting care in the outpatient facility (SA) and the urgent care unit (PA), comprising 32 interviewees. The mean age was 28.38 ± 7.42 years, and 96.9% of the participants were female; 50% of the sample had not completed elementary school and 40.6% responded that the video brought new information. Statistical analysis showed that there was no association between age and schooling with the number of video views and the reporting of new information ($p > 0.05$), indicating that the video reached several audiences and ages. There was also no statistical difference in waiting time at the two sites studied (SA and PA), $p = 0.467$. **Conclusion:** The use of videos in waiting rooms seems to be effective and was well accepted by the public, and this strategy may be incorporated into health education programs designed to improve the health status of the population.

Keywords | Health Education; Participative Planning; Child Health; Interpersonal Relations.

RESUMO | Introdução: A educação em saúde está inserida na diretriz da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de estimular o desenvolvimento de conhecimentos, práticas e o autocuidado aos usuários. As ações de educação em saúde devem ser pautadas no planejamento participativo, em um processo discursivo, integrado e multidisciplinar, pensadas a partir da necessidade local, a fim de alcançar a efetividade. **Objetivo:** traçar uma ação estratégica de educação em saúde com acompanhantes em salas de espera de um Complexo de Pediatria, elaborada por residentes de forma multiprofissional. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência, em que se considerou uma discussão acerca da multicausalidade dos problemas em saúde com os residentes a partir das linhas de cuidado à saúde da criança e possíveis soluções, elencando-se aleitamento materno. Houve a criação de um vídeo autoexplicativo sobre o tema, de 10 minutos, apresentado duas vezes com intervalo de 30 minutos entre cada apresentação, disponibilizado nas televisões instaladas no Serviço Ambulatorial (SA) e no Pronto Atendimento (PA) do Complexo, sendo esta a ferramenta de educação em saúde elencada. Para análise estatística, foram feitas frequências e análises de inferência por meio do programa estatístico SPSS. **Resultados:** A população de estudo foi composta por familiares e/ou cuidadores de crianças em espera por atendimento no SA e PA, sendo constituída de 32 entrevistados. A média de idade de 28,38 ± 7,42 anos, sendo 96,9% do sexo feminino; 50% da amostra não havia completado o ensino fundamental e 40,6% responderam que o vídeo trouxe informação nova. A análise estatística permitiu verificar que não houve associação entre faixa etária e escolaridade com o número de visualizações do vídeo e o relato de novas informações ($p > 0,05$), indicando que o vídeo alcançou vários públicos e idades. Também não houve diferença estatística no tempo de espera nos dois locais estudados (SA e PA), $p = 0,467$. **Conclusão:** A utilização de vídeos em ambientes de espera por atendimento foi observada como uma metodologia de ampla abordagem e bem aceita pelo público. Deve ser considerada ainda como uma ferramenta que utiliza a educação em saúde com vistas à promoção de saúde na população.

Palavras-chave | Educação em saúde; Planejamento participativo; Saúde da criança; Relações interpessoais.

¹Complexo de Pediatria Arlinda Marques, João Pessoa/PB, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Diante da diretriz da integralidade proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), compreende-se a educação em saúde como forma de estimular o desenvolvimento de conhecimentos e práticas aos usuários, sendo um eixo facilitador para trabalhar a prevenção ao tratamento de doenças. Segundo Rosa *et al.*¹, a educação em saúde se materializa como uma estratégia importante na atuação em serviços de saúde, pois essa pretende, entre outras coisas, dar ferramentas para os indivíduos conduzirem suas próprias vidas.

A transferência de conhecimentos para mudança de conduta pessoal em relação à própria saúde é o principal objetivo da educação em saúde². Esta possui modelos educacionais utilizados em suas atividades. O conhecimento desses modelos se faz necessário para que essas atividades possam ser estruturadas a fim de alcançar os seus objetivos³.

Entretanto, apesar desses efeitos benéficos à população e dos avanços acontecidos na história da saúde brasileira, a relação entre educação e saúde ainda possui um longo caminho a percorrer. Os interesses socioeconômicos parecem preponderar sobre as prioridades a serem defendidas no Brasil, desde o século XIX⁴.

Mesmo assim, percebe-se que os serviços têm buscado ferramentas para melhoria dos sistemas assistências por meio da lógica de educação em saúde, sendo aplicada a muitos dos problemas de saúde pública na atualidade que podem ser solucionados por meio do ensino de quais comportamentos são adequados para a manutenção do estado de saúde de todos⁵. Nesse sentido, fazem-se necessárias ações que enfatizem a saúde do indivíduo, tornando-o multiplicador de conhecimentos e utilizador desses em prol do seu próprio bem-estar.

A educação em saúde constitui um processo destinado a manter e elevar o nível de saúde da população e, ao mesmo tempo, reforça a manutenção de hábitos positivos de saúde. Dessa forma, ela deve ter aspectos: de estímulo, com o intuito de levar o indivíduo a participar do processo educativo; de exercício, dando condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; de orientação, com enfoque nos aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; didática, se responsabilizando

pela transmissão e veiculação dos conhecimentos; e terapêutica para permitir retificar os eventuais caminhos adversos ao processo educativo⁶.

Compreende-se ainda como um consenso que a reorganização das práticas de saúde deva privilegiar uma abordagem interdisciplinar de forma a articular-se na compreensão da saúde e da doença em seus aspectos individuais e coletivos⁷. Associa-se a esta lógica da interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade atrelada a um planejamento participativo em saúde, com objetivo da criação de ações pautadas em um processo flexível totalmente integrado, especificamente criado para ajudar a superar dificuldades no planejamento e na avaliação⁸.

A promoção da educação em ambientes de saúde traz novas possibilidades aos usuários, como o conhecimento e a projeção de novos caminhos a partir da sua autonomia. Nesse contexto, destaca-se a importância da sala de espera como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, com a transformação desse período em oportunidade para o desenvolvimento de processos educativos e de troca de experiências¹. Acerca disso, compreende-se a utilização das ferramentas da educação em saúde como responsáveis por facilitar essa construção de conhecimento, as quais a partir de um planejamento estratégico multiprofissional, tornam-se mecanismos eficazes de promoção à saúde.

Para tal, a equipe de saúde deve trabalhar ações de forma articulada e pensada nas necessidades do indivíduo e/ou comunidade. Peduzzi⁹ afirma que o trabalho em equipe deve promover a integração das diversas disciplinas envolvidas por meio da comunicação e do compartilhamento de ações e saberes. Nessa conjuntura, este trabalho é fruto do processo educativo inerente ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC) na disciplina de eixo teórico “Educação em Saúde”, em que se aliou a educação ao pensamento multidisciplinar a partir do planejamento participativo.

Portanto, o objetivo deste estudo foi traçar uma ação estratégica de educação em saúde para os acompanhantes na sala de espera de um Complexo de Pediatria, elaborada multiprofissionalmente pelos residentes da REMUSC a partir do planejamento participativo.

MÉTODOS |

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem quantitativa, realizado em um Complexo Pediátrico no Estado da Paraíba. A escolha deste local se deu em virtude da presença de ambientes de salas de espera, onde foi observada maior rotatividade de pacientes e acompanhantes.

A REMUSC envolve quatro categorias profissionais (enfermagem, farmácia, fisioterapia e nutrição); e “Educação em Saúde” compreende uma disciplina do eixo teórico desta residência, com disposição de carga horária prática e sob a ótica de trabalhar uma discussão de forma multiprofissional das linhas de cuidado à criança e ao adolescente do SUS. A solução metodológica de maior aceitação para a aplicação prática de um projeto de educação em saúde foi a utilização do modelo de relações causais que constituem um encadeamento lógico de hipóteses, sendo este uma forma de planejamento estratégico para a ação.

O modelo de relações causais leva em consideração a multicausalidade dos problemas em saúde em determinado cenário, sendo uma abordagem teórico-conceitual com base nas características dos locais, elaborado por técnicos e profissionais de diversas áreas, resultando em um modelo gráfico simplificado de demandas e problemas a partir de hipóteses levantadas e análises críticas das informações socioepidemiológicas disponíveis¹⁰.

Foi considerada a vivência de 3 etapas: situação do objetivo que se deseja alcançar; estratégica, ou seja, análise da viabilidade das ações que se deseja alcançar; e tático-operacional, sendo a implementação do plano¹¹. Sendo então o projeto final dividido em 2 etapas: planejamento e execução.

A ação de educação em saúde foi planejada coletivamente para as salas de espera do Complexo de Pediatria Arlinda Marques. Considerou-se a proposta de planejamento adaptada do Ministério da Saúde¹¹ e Teixeira, Vilasboas e Jesus¹², que observam, a partir de uma matriz de problemas do cenário, as opções para resolução, estabelecendo um processo de reflexão e discussão coletiva em torno das informações existentes.

Tal matriz de problemas foi ajustada no modelo de relações causais, em que se criam hipóteses por meio de encadeamento lógico, criando um gráfico simplificado

a partir da comunicação de vários atores, sendo uma construção coletiva, global e abrangente¹⁰. No caso em questão, considerou-se a problemática em torno do cuidado à criança a partir das linhas de cuidado propostas pelo Ministério da Saúde.

Os residentes vivenciaram um momento em que cada um deveria elencar, dentro da linha de cuidado à saúde da criança, um eixo que considerasse ser mais relevante para ser trabalhada a atividade de educação, mediante os problemas elencados no modelo causal, tomando como base as necessidades do campo prático vivenciadas por cada um, dentro do método do planejamento participativo⁸.

De uma forma dialógica e reflexiva entre os residentes, criou-se um momento de discussão para escolha da linha a qual deveria ser trabalhada e para vislumbrar possíveis soluções para o problema identificado nesta. Para isso, foram observados critérios, adaptados de Teixeira, Vilasboas e Jesus¹², como: custo da intervenção, impacto (social e de redução de agravos), abrangência, capacidade de multiplicação, apoio da população e da diretoria do complexo e apoio governamental.

Tais critérios foram julgados multiprofissionalmente, quanto ao impacto, em: baixo, médio ou alto. Ou seja, observava-se, por exemplo, se o impacto social do problema em questão era baixo, médio ou alto. Para o critério custo, a lógica deveria ser invertida. Dessa forma, ficaram hierarquizados como problemas prioritários a serem trabalhados pelo grupo aqueles que obtinham maioria em categorias com criterização alta. Assim, elencou-se o tema aleitamento materno.

Uma vez sabendo-se que a ação educativa deveria ser trabalhada em salas de espera e com o tema aleitamento materno, procedeu-se à escolha da ferramenta em saúde mais apropriada para o plano de ação. Utilizou-se o modelo teórico para comportamento em saúde, discutido por Toral e Slater¹³, em que se avalia, como base para o planejamento, implementação e avaliação de intervenções, respostas às perguntas do “por quê”, “o que” e “como” estas ações devem ocorrer, a fim de que os pesquisadores possam organizar medidas de intervenção que tenham real impacto no grupo-alvo.

Utilizou-se ainda dos conceitos aplicados pela Teoria Comportamental Cognitiva. Nesta, observa-se o modelo cognitivo, partindo da hipótese que emoções

e comportamentos são diretamente influenciados pela percepção dos eventos, para posteriormente levar ao processo da ativação comportamental, com vistas a planejar as atividades que oferecem um sentimento de realização ou prazer, geradoras de mudanças e autoeficácia¹⁴.

Nesse sentido, a abordagem educativa baseou-se na criação de um vídeo autoexplicativo sobre o tema aleitamento materno, elaborado pelos residentes do programa, que foi disponibilizado nas televisões instaladas no Serviço Ambulatorial (SA) e no Pronto Atendimento (PA) do Complexo de Pediatria Arlinda Marques (CPAM).

O vídeo foi elaborado com vistas a trazer orientações básicas sobre o aleitamento materno (forma de amamentação adequada, prevenção do desmame, riscos e benefícios da amamentação), além de abordar mitos e verdades acerca do tema. Foi composto por imagens, as quais eram complementadas com textos explicativos curtos e sonorização musical, a fim de alcançar (a partir de emoções e comportamentos) uma ação geradora de mudança pela autoeficácia (ativação comportamental). O vídeo dispunha de um tempo de 10 minutos para apresentação, o qual foi disposto duas vezes ao público, com intervalo de 30 minutos entre cada apresentação.

A população de estudo foi composta por familiares (pai, mãe) e/ou cuidadores (avós, tios, cuidadores legais) de crianças em espera por atendimento no SA e PA, sendo constituída de 32 entrevistados. A amostra foi probabilística por conveniência.

Após a exposição do vídeo foi aplicada entrevista semiestruturada, caracterizando-se pela formulação de algumas perguntas previamente elaboradas, conteúdo questões sociodemográficas (como escolaridade, localidade de proveniência, sexo, idade), além de questões que envolviam compreensão, visualização do vídeo e sugestão de novos temas, sendo um eixo orientador da ação.

Os pesquisadores convidaram para participar da pesquisa aqueles que assistiram ao vídeo apresentado, na íntegra, pelo menos uma vez. A entrevista foi realizada no âmbito das salas de espera, seguindo as recomendações éticas de apresentação do estudo ao participante.

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados no programa estatístico *IBM SPSS Statistics 23.1*, a partir de uma análise descritiva, expostos em forma de média e

frequência. Foram aplicados ainda testes de associação (qui-quadrado de Pearson), considerando significância estatística quando $p < 0,05$.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat (FASER), por meio da Plataforma Brasil, CAAE: 51857215.5.0000.5177, de acordo com as exigências da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da Resolução 466/12, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

A escolha multiprofissional do tema “aleitamento materno” a partir do modelo causal traz a problematização como ferramenta fomentativa do processo de educação em saúde. Observa-se então, a partir dos problemas prevalentes, das expertises inerentes às variadas profissões do grupo saúde envolvidas nesse processo e da necessidade local, por meio de um processo de discussão, a forma da construção de medidas para a prevenção e promoção de saúde, em que o processo adequado de planejamento das ações educativas em saúde é fundamental¹⁵.

A educação em saúde é uma prática social, é um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, a respeito de seus problemas de saúde, e estimula a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. A prática educativa em saúde, dentro de uma metodologia de participação, deixa de ser um processo de persuasão ou de transferência de informação e passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da realidade¹⁶.

Existe pouca abordagem sobre os aspectos sociais e ambientais na perspectiva de avanços para ampliar as estratégias promocionais de saúde. Nota-se que a prática da educação em saúde ainda está direcionada à prevenção de doenças, mesmo com o esclarecimento e a aceitação da ideia de que saúde é mais do que apenas a ausência de doenças¹⁵.

No presente estudo participaram 32 indivíduos com média de idade de $28,38 \pm 7,42$ anos, cuja idade mínima foi de 16 anos e a máxima foi de 41 anos. Houve predominância do sexo feminino (96,9%); e, no que se refere ao nível de

escolaridade dos entrevistados, observa-se que 50% da amostra não completaram o ensino fundamental, não foi identificando analfabetismo (Tabela 1). De acordo com os locais de espera, 59,4% estavam no pronto atendimento e 40,6% estavam no ambulatório.

Tabela 1 - Perfil da amostra

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	31	96,9
Masculino	1	3,1
Nível de escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	16	50
Ensino Fundamental Completo - Ensino Médio Incompleto	4	12,5
Ensino Médio completo - Superior Incompleto	11	34,4
Superior completo	1	3,1

Nos dois locais onde há sala de espera (PA e SA), observou-se que havia pessoas provenientes de 9 cidades do estado, em que a maioria (59,6%) era oriunda de outros municípios, não residindo onde está inserido o CPAM (Tabela 2). Logo, corrobora-se com Teixeira *et al.*¹⁷, na indicação de criação de um espaço rico e dinâmico, pautado na lógica da transição de várias pessoas que podem utilizar do tempo de espera para a troca de sentimentos e experiências.

Tabela 2 - Distribuição dos Usuários que Participaram da Pesquisa por Município de Residência

Municípios	N	%
Cabedelo	2	6,3
Conde	4	12,5
João Pessoa	13	40,6
Caaporã	1	3,1
Bayeux	3	9,4
Sapé	1	3,1
Mamanguape	1	3,1
Santa Rita	3	9,4
Rio Tinto	2	6,3
Jacaraú	2	6,3
Total	32	100

Além disso, o tempo médio de espera foi de 2 horas e 15 minutos para o PA; e de 1 hora e 27 minutos, no AS. Não se observou significância estatística ($p=0,467$) para a relação entre tempo de espera por local de atendimento. O estudo de Oliveira *et al.*¹⁸ informa que, em um local onde há classificação de risco, o atendimento não urgente pode variar de duas a quatro horas de espera.

Nesse intervalo de tempo, foi possível alcançar a metodologia proposta (apresentação do vídeo duas vezes com intervalo de trinta minutos, para garantir seu reforço), uma vez que o tempo de espera foi superior a uma hora em ambos locais e considerando que a maioria (59,4%) da amostra assistiu duas vezes ao vídeo.

Perguntou-se aos entrevistados se o vídeo trouxe alguma informação nova sobre aleitamento materno; 40,6% responderam que sim. Ressalta-se que mesmo com os 59,4% da amostra, aos quais o vídeo não trouxe uma informação nova, foi trabalhado o reforço da informação, ao mesmo tempo que incentivou-se a indicação de novos temas de interesse. Segundo Prazeres *et al.*¹⁵, trabalhar assuntos relevantes com técnicas audiovisuais facilita o alcance e a percepção, despertando, a partir do lúdico, a incorporação da vivência na prática cotidiana.

Compreende-se, portanto, que informações e conhecimentos sobre os mais variados temas têm sido facilitados e muito divulgado por meio de comunicação e provenientes da internet, sendo a informação digital rápida e facilitada. Na área da saúde, além dos mecanismos de divulgação comumente conhecidos da educação em saúde (panfletos, palestras, discussões, visitas domiciliares), profissionais têm utilizado ferramentas do espaço digital como um instrumento para veicular informação acerca de doenças, prevenção, educação de estudantes, entre outros. As pessoas também tendem a usar desta ferramenta para buscar informações e também compartilhar experiências sobre doenças, expor seus sentimentos e suas experiências com o processo de adoecimento¹⁹.

Dessa forma, analisou-se a partir dos dados dos questionários, a relação entre quantidade de vezes que o entrevistado assistiu ao vídeo, o reconhecimento de nova informação e as variáveis sociodemográficas (faixa etária e escolaridade), tais dados estão dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 - Associação entre variáveis sociodemográficas e frequência de visualização do vídeo e o relato de novas informações

Perfil	Vezes que Assistiu o vídeo				X ² p	Nova Informação				X ² p
	Uma		Duas			Sim		Não		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Faixa Etária (anos)										
< 19	1	33,3	2	66,7		1	33,3	2	66,7	
20 -- 35	4	22,2	14	77,8	0,423	10	55,6	8	44,4	0,134
> 35	5	45,5	6	54,5		2	18,2	9	81,8	
Escolaridade										
Ensino Fundamental Incompleto	4	25	12	75		6	37,5	10	62,5	
Ensino Fundamental Completo / Ensino Médio Incompleto	2	50	2	50		2	50	2	50	
Ensino Médio Completo / Ensino Superior Incompleto	2	27,7	8	72,7	0,358	5	45,5	6	54,5	0,801
Ensino Superior	1	100	0	0		0	0	1	100	

Teste Qui-quadrado de Pearson.

Pode-se inferir que não houve associação estatística entre escolaridade e faixa etária com a quantidade de vezes que o público assistiu ao vídeo ou com a disponibilização de nova informação ($p > 0,05$). De forma que o vídeo foi abrangente, alcançando a atenção de várias faixas etárias e alcançando uma população com níveis de escolaridade variados.

Comumente, a sala de espera é vista de forma negativa, como o local no qual as pessoas apresentam diversos sentimentos de ansiedade, medo, tristeza e angústia por ficar muito tempo aguardando pelo atendimento e pelo resultado²⁰. Principalmente no público da pediatria, onde pais e responsáveis ficam expostos a estes sentimentos, além da responsabilidade do cuidar, que atrelada ao deslocamento e tempo de espera, podem tornar esse momento exaustivo.

A educação em saúde é, portanto, um importante instrumento de trabalho, principalmente quando utilizada como meio a problematização da realidade. Privilegiando-se o intercâmbio do conhecimento, no qual o saber profissional e o senso comum unem-se em prol do bom senso, tem-se a formação de uma conscientização e a construção de indivíduos críticos e criadores. Esta analogia entre os diferentes saberes proporciona ainda um vínculo com a comunidade¹⁸.

Assim, a partir do tema aleitamento materno, os entrevistados tiveram um espaço para relatar, entre as

novas informações, as que consideraram o aprendizado. A exemplo: a utilização do banho de sol nos seios, as posições adequadas para amamentação, o cuidado com o uso de medicação no período de amamentação, o leite materno no auxílio à prevenção de doenças e os mitos que envolvem todo o processo da amamentação.

Utilizada como uma ferramenta de trabalho, a educação em saúde constitui importante papel, pois propicia tanto a identificação de uma problemática quanto a busca de soluções. Quando se trata da importância do aleitamento materno e busca de redução do desmame precoce, essa ferramenta possui um papel ainda maior, pois a falta de conhecimento é um dos fatores que geram a interrupção da amamentação²¹.

Não obstante, a parte do vídeo que foi mais importante para os telespectadores (50%), de acordo com seus relatos, foi a que tratou da importância do aleitamento materno tanto na prevenção de doenças, benefícios para saúde do bebê como para o aumento do vínculo mãe-filho.

Quando questionados sobre a aprovação do vídeo e a importância de vídeos educativos em sala de espera, 93,75% afirmaram que essa ação é importante. Estando de acordo com os resultados obtidos no estudo de Prazeres *et al.*¹³, em que as mães indicaram como satisfatória a aprendizagem e assimilação dos assuntos ligados ao aleitamento materno.

Como ponto positivo da proposta, os acompanhantes sugeriram novos temas para serem explorados: refluxo gastroesofágico, pré-natal, desenvolvimento neuropsicomotor da criança e alimentação.

É importante destacar a implementação da sala de espera nos diversos serviços de saúde, além de uma ferramenta de acolhimento aos usuários, é um ambiente em que se estrutura a educação em saúde, levando em conta as necessidades do usuário, contribuindo dessa forma para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Como resultado da educação em saúde, promovida nas salas de espera do PA e do ambulatório, evidenciou-se a capacidade de entretenimento das mães que aguardavam suas consultas, ao mesmo tempo em que adquiriam conhecimentos indispensáveis para o bom desenvolvimento de seus filhos, esclarecendo dúvidas e diminuindo a angústia e o medo decorrentes do não conhecimento sobre os temas.

Além disso, a experiência vivenciada por este trabalho passa a fazer parte da vida das mães, mas também dos demais responsáveis, que, segundo Santos *et al.*²², passarão a ajudar na formação de uma cultura favorável à amamentação em diversas comunidades e que, possivelmente, terão atitudes de valorização da prática da amamentação.

Reforça-se, por fim, que, apesar de ter sido compreendido como uma ferramenta abrangente e bem aceita pelo público em questão, o estudo teve limitações, entre as quais podemos citar o fato do planejamento estratégico ter sido implementado apenas por profissionais de saúde, cabendo uma pesquisa inicial para sondagem de temas a serem abordados na construção de outros vídeos com a população. É importante permitir um espaço aberto para sugestão de novos temas e críticas pelo público beneficiado.

CONCLUSÃO |

Enfatiza-se a importância do trabalho multidisciplinar apoiado em propostas técnicas para subsidiar a educação em saúde, principalmente no planejamento estratégico a partir de teorias comportamentais para otimizar o processo de prevenção e promoção de saúde. Sabe-se dos desafios que os profissionais de saúde enfrentam diariamente

em razão das condições precárias do sistema de saúde, porém, faz-se necessário um desenvolvimento de um trabalho diferenciado, criativo e respaldado, direcionado às especificidades e necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde.

A utilização de vídeos em ambientes de espera por atendimento foi observada como uma metodologia de ampla abordagem podendo ser ampliada para outros temas, como ferramenta de difusão de informação em saúde e apoio à construção de conhecimento, uma vez que a maioria do público deste estudo aprova a ação, e não havendo relação com escolaridade e idade para interesse na visualização e compreensão da mídia.

O estudo apresentou limitações, havendo a necessidade de ampliação da ação com um público maior e outras temáticas em saúde da criança, também deixando espaço sempre aberto para sugestão de novos temas.

REFERÊNCIAS |

1. Rosa J, Barth PO, Germani ARM. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. *Perspectiva*. 2011; 35(129):121-30.
2. Berbel DB, Rigolin CCD. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. *RBCTS*. 2011; 2(1):25-38.
3. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):117-21.
4. Maia JS, Santos MSC, Moraes MP, Maia LFS. Educação em saúde e qualidade de vida. *Rev Recien*. 2014; 4(11):5-9.
5. Rumor PCF, Berns I, Heidemann ITSB, Mattos LHL, Wosny AM. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(4):674-80.
6. Veras MSC, Sekulic E, Sabóia VPA, Almeida MI. Educação em saúde e a promoção de saúde bucal: marcos conceituais, teóricos e práticos na odontologia. *Rev Odontol UNICID*. 2003; 15(1):55-61.
7. Silva Junior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC,

- Corbo ADA, organizadoras. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007 [acesso em 20 de março de 2016]. p. 27-41. Disponível em: URL: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>>.
8. Fundação Oswaldo Cruz. Planejamento participativo e abrangente: uma abordagem para construção de projetos em alimentação e nutrição no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012 [acesso em 05 mar 2016]. Disponível em: URL: <<http://www.fiocruz.br/fiocruzbrasil/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>>.
9. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2007; 35(1):103-9.
10. Taddei JA, Lang RMF, Longo-Silva G, Toloni MHA. Nutrição em saúde pública. Rio de Janeiro: Rúbio; 2011. p. 11-24.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
12. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ, Jesus WLA. Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde. In: Teixeira CF, organizadora. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 51-75.
13. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(6):1641-50.
14. Silva MA. Terapia cognitiva-comportamental: da teoria à prática. Psico-USF. 2014; 19(1):167-8.
15. Prazeres MAF, Rank RCIC, Rank MS, Rezende JEV. “Cantinho da mamãe”. Educação sobre aleitamento materno por meio de vídeos para puérperas no Hospital: relato de caso. Rev Amazônia Science Health. 2015; 3(1):27-32.
16. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. Cad Saúde Pública. 2010; 26(12):2343-54.
17. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):320-5.
18. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. Rev Latino-Am Enferm. 2013; 21(2):[07 telas].
19. Cruz DI, Paulo RRD, Dias WS, Martins VF, Gandolf PE. O uso das mídias digitais na educação em saúde. Cad FUCAMP. 2011; 10(13):130-42.
20. Frizon G, Nascimento ERP, Bertonecello KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos revelados. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(1):72-8.
21. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(suppl. 1):1547-54.
22. Santos SS, Santos NA, Souza MR, Barcelos ISC. Educação em saúde na sala de espera: uma abordagem sobre amamentação. Em Extensão. 2013; 12(1):129-34.

Correspondência para/Reprint request to:

Gardênia Cristina Pereira de Queiroga

Rua José Simões de Araújo, 117, ap102, Jardim Oceania, João Pessoa/PB, Brasil

CEP: 58037-740

E-mail: gardeniaqueiroga@hotmail.com

Submetido em: 15/07/2016

Aceito em: 04/04/2017