



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JÉSSYKA DE OLIVEIRA ABREU

**CONSTRUÇÃO DE ROTEIRO DE VÍDEO EDUCATIVO: MEU FILHO ADOECEU
E AGORA, PARA ONDE VOU?**

FORTALEZA
2018

JÉSSYKA DE OLIVEIRA ABREU

**CONSTRUÇÃO DE ROTEIRO DE VÍDEO EDUCATIVO: MEU FILHO ADOECEU,
E AGORA, PARA ONDE VOU?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus do Porangabuçu, com requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Fabiane do Amaral Gubert.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

A145c Abreu, Jessyka de Oliveira.

Construção de roteiro de vídeo educativo : meu filho adoeceu e agora, para onde vou? / Jessyka de Oliveira Abreu. – 2018.
64 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Fabiane do Amaral Gubert.

1. Saúde da Criança. 2. Atenção Básica. 3. Recursos audiovisuais. I. Título.

CDD 610.73

JÉSSYKA DE OLIVEIRA ABREU

**CONSTRUÇÃO DE ROTEIRO DE VÍDEO EDUCATIVO: MEU FILHO ADOECEU
E AGORA, PARA ONDE VOU?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus do Porangabuçu, com requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Fabiane do Amaral Gubert. (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf^a. Ms^a. Jéssica Lima Benevides (1^o Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf^a. Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro (2^o Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus, à minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** que me ampara em todos os momentos e me guia no caminho certo. Com o Senhor sou mais forte e capaz de suportar e vencer a mais árdua batalha.

Aos meus pais, **Rosângela** e **Helder**, por todos os ensinamentos, principalmente minha mãe, que superou muitas dificuldades para conseguir criar três filhos, de maneira digna e com amor.

Aos meus irmãos, **Helder Filho** e **Brenda**, que me apoiaram e me incentivaram em todos os momentos.

À professora **Fabiane Gubert**, que é um exemplo de enfermeira, mãe, professora e orientadora. Obrigada pelo apoio e ensinamentos que ajudaram na minha formação pessoal e profissional.

Ao meu namorado, **Rafael**, por seu apoio, dedicação e paciência em todos aqueles momentos de estresse e por me amar tanto.

Às minhas amigas, **Joyce**, **Danielle**, **Tatiane**, **Camila**, **Débora**, **Thalita** e **Paloma**, por compartilhar risadas, lágrimas e momentos inesquecíveis. Em especial minha amiga, **Joyce**, pelo companheirismo e parceria desde o primeiro dia na Universidade.

Às minhas duas irmãs de coração, **Adriana** e **Ravena**, por todos os momentos lindos. Obrigada por fazer parte da minha história.

“Eu penso que aquilo que faz com que nós continuemos vivos e capazes de criar é isso mesmo, uma inquietação constante. Sem ela não pode haver criação...” (António Lobo Antunes)

RESUMO

A Atenção Básica à Saúde é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Dentre as RAS existe a Rede Cegonha que é uma rede de cuidados que garante atendimento de qualidade e humanizado para mulheres e crianças e têm como um dos seus intuitos garantir acompanhamento do crescimento e desenvolvimento até o segundo ano de vida. O enfermeiro, desde sua formação, atua como promotor de saúde e é um profissional atuante na atenção à saúde da criança nas RAS. No âmbito da puericultura, destaca-se a importância da realização de atividades de educação em saúde que visam sensibilizar familiares e cuidadores. O objetivo deste estudo é construir um roteiro de vídeo educativo voltado para mães e/ou cuidadores acerca do funcionamento da RAS da criança tendo como porta preferencial de entrada a Atenção Básica à Saúde. São etapas da pré-produção do vídeo educativo: levantamento da literatura, construção do conteúdo do roteiro e elaboração do roteiro do vídeo educativo. Com relação a elaboração do roteiro do vídeo educativo, pode ser dividido em sete etapas: Ideia, Conflito, Personagens, Ação dramática, tempo dramático, Unidade dramática e Storyboard. O roteiro elaborado apresenta nove cenas com duração diferentes, utilizaram-se personagens e locais da própria comunidade como a UBS e linguagem acessível ao público. O tempo estimado para o vídeo é de 12 minutos. Acredita-se que o uso desta tecnologia irá facilitar a prática de enfermeiros e outros profissionais de saúde, devido a dinamicidade que é própria de tecnologia audiovisual. Auxiliará mães e cuidadores na escolha do serviço correto diante de alguns sintomas infantis, incentivará mães/cuidadores a adesão e a continuidade da consulta de puericultura e estimulará o empoderamento da comunidade diante de alguns termos como referência/contrarreferência e longitudinalidade do cuidado, contribuindo assim para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Atenção Básica. Recursos audiovisuais.

ABSTRACT

The Basic Attention to Health is the preferred entrance way of the health system and communication center of Health Attention Networks (HAN). Within the HAN is the Stork Network which is a care network that guarantees quality, humanized care for women and children and whose goals include guaranteeing to accompany growth and development until the second year of life. The nurse, from when he or she is trained, acts as a health promotor and is a professional who is actively attentive to child health in the HAN. By means of early childhood care, it highlights the importance of realizing educational activities in health which approve sensitizing relatives and carers. The objective of this study is to create a educational video script returned to mothers and/or carers concerning the function of the HAN for the child who has a preferential entry way to Basic Attention to Health. The educational video has pre-production phases: literature survey, script content creation and elaboration of the educational video script. The elaboration of the educational video script phase can be divided into seven steps: idea, conflict, characters, drama action, drama time, drama unit and storyboard. The elaborated script shows nine scenes of different lengths, using characters and places from the community itself, such as UBS, and with language accessible to the public. The estimated video time is 12 minutes. It is believed that the use of this technology will facilitate the practise of nurses and other health professionals, based on the dynamic nature of audio-visual technology. It will aid mothers and carers in the selection of the correct service when faced with childhood symptoms, it will incentivize mothers/carers to the adherence and continuity of early childhood medical consultations and it will stimulate community empowerment before some terms of reference/counter-reference and longitudinality of care, thus contributing to the promotion of health.

Keywords: Child Health. Primary Health Care. Audiovisual Aids.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma das etapas do estudo. Fortaleza, 2018.....	32
Figura 2	Vizinhas conversando sobre onde levar a criança doente.....	42
Figura 3	Mariana vai à UBS para procurar ajuda.....	43
Figura 4	Consulta de Puericultura.....	43
Figura 5	Direcionamento para a Unidade Básica de Saúde.....	44
Figura 6	Direcionamento para o serviço de Urgência e Emergência.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição dos estudos que utilizaram a construção do vídeo.....	33
Quadro 2	Distribuição dos estudos que utilizaram a construção do vídeo.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RAS	Rede de Atenção à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
Cedefam	Centro de Desenvolvimento da Família
CE	Ceará
MS	Ministério da Saúde
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
AB	Atenção Básica

LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca Registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVO.....	23
2.1	Geral.....	23
2.2	Específico.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	24
3.1	Rede de Atenção à Saúde da Criança da Rede Cegonha a Consulta de Puericultura na Atenção Básica à Saúde.....	24
3.2	A intervenção social como suporte para construção do roteiro educativo	27
4	METODOLOGIA.....	30
4.1	Tipo de estudo	30
4.2	Coleta de dados.....	30
4.2.1	Levantamento da Literatura.....	30
4.2.2	Desenvolvimento do Conteúdo do Roteiro do Vídeo educativo.....	30
4.2.3	Elaboração do Roteiro do Vídeo Educativo.....	31
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	33
5.1	Levantamento de Literatura.....	33
5.2	Desenvolvimento do Conteúdo do Roteiro do Vídeo Educativo.....	33
5.3	Elaboração do Roteiro do Vídeo Educativo.....	34
5.3.1	Pré-produção: Ideia.....	38
5.3.2	Pré-produção: Conflito.....	39
5.3.3	Pré-produção: Personagem.....	39
5.3.4	Pré-produção: Ação dramática.....	40
5.3.5	Pré-produção: Tempo dramático.....	41

5.3.6	Pré-produção: Unidade dramática.....	42
5.3.7	Pré-produção: Storyboard.....	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE A.....	59

1 INTRODUÇÃO

Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde individual e coletiva, que compreende a promoção, proteção e prevenção, bem como diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). É o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, além de ser responsável por coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços disponibilizados nas RAS (BRASIL, 2017).

Assim, a RAS deve compor a base dos sistemas nacionais de saúde, e é uma estratégia favorável para a produção de melhorias sustentáveis, na medida em que fornece maior equidade no estado de saúde da população. Efetivando a atenção básica por meio da RAS haveria diminuição do risco de internações por causas evitáveis (BENEVIDES, 2016).

Neste contexto destaca-se a RAS, estratégia que tem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão e aperfeiçoar o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando garantir a integralidade do cuidado. A implementação das RAS assegura ao usuário uma maior eficácia na produção de saúde, avanço na eficiência da gestão, contribuindo para a concretização do SUS (BRASIL, 2010).

Acrescenta-se que a implementação das RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde, e de forma interfederativa mais harmônica possível (BRASIL, 2012). Falar de RAS na atualidade é relevante para consolidarmos esta estratégia como política de implementação do SUS nos diversos níveis de atenção. Neste cenário destaca-se a saúde da criança por meio da Rede Cegonha. Dentro da rede de atenção, destaca-se a Rede Cegonha, que é uma rede de cuidados que garante atendimento de qualidade e humanizado para mulheres e crianças, assegura à mulher o direito do planejamento familiar, a atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garante à criança o direito ao nascimento seguro e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento até o segundo ano de vida. (BRASIL, 2011)

A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação. Diante disso, dar-se-á enfoque na Atenção Integral à Saúde da Criança que tem como componentes a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, o acompanhamento da criança na atenção básica com

visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento e a busca ativa de crianças vulneráveis. A Rede Cegonha tem como objetivo garantir a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que sejam acolhidos e tenham resolutividade em suas ações, proporcionando a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Esta rede de cuidados surge como forma de superar inequidades na área de saúde da criança e reconhece que houve melhorias na qualidade de vida e saúde da criança no primeiro ano de vida no Brasil, como a redução da taxa de mortalidade infantil (TMI) de 73% até o ano de 2015, alcançando assim, a meta desejada pela Organização das Nações Unidas, criada pelo Objetivo do Milênio (PORTAL BRASIL, 2015). No entanto, revela que algumas disparidades ainda podem ser percebidas.

Segundo o IBGE (2018), a TMI no Brasil reduziu de 17,2 em 2010 para 13,3 em 2016, já no nordeste brasileiro passou de 23,1 em 2010 para 16,7 em 2016, e no Ceará, reduziu de 19,7 em 2010 para 14,4 em 2016. Podemos dizer que tal redução deu-se devido ao incentivo do aleitamento materno (OPAS, 2016), campanhas de vacinação e algumas políticas voltadas para saúde da criança anteriores a Rede Cegonha, tais como: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, de 1984; a Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), de 1995; e a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução de Mortalidade Infantil, de 2004 (ARAÚJO et al, 2014).

De acordo com o relatório feito pela Organização das Nações Unidas em 2017, em análise acerca da saúde infantil, embora o número de morte antes dos cinco anos de idade tenha reduzido de 9,9 milhões em 2000 para 5,6 milhões em 2016, com relação ao óbitos no período neonatal passou de 41% para 46% no mesmo período. A maioria dessas mortes poderiam ter sido evitadas por meio da melhoria do acesso a serviços de saúde especializados durante a gravidez e no momento do nascimento, e acesso ao programas disponíveis na Atenção Básica como a puericultura (FRANÇA et al, 2016).

Dentre os programas estruturantes que compõem as RAS destaca-se o Programa de Puericultura, que é uma área da Estratégia Saúde da Família (ESF). A puericultura como estratégia da Rede Cegonha tem como finalidade acompanhar o crescimento e o desenvolvimento; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família, procurando esclarecê-las; observar a cobertura vacinal; estimular a prática do aleitamento materno; orientar a introdução da alimentação complementar; e prevenir as doenças. Assim como reduzir os índices de morbimortalidade infantil por meio da

avaliação periódica e sistemática da criança saudável (GUBERT et al, 2015; LIMA et al, 2013).

Mesmo com a diminuição da TMI, o acompanhamento das crianças por meio das consultas de Puericultura é uma prática na ESF que exige vigilância constante, pois ainda se percebem problemas relacionados à adesão das famílias. Muitas mães não comparecem com os seus filhos para realizar as consultas de rotina, levando-os ao serviço de saúde apenas quando estão doentes (SILVA; SILVA; FIGUEIREDO, 2017).

Segundo Guimarães (2015), a baixa adesão do atendimento em puericultura tem relação com a baixa escolaridade da mãe e a situação de vulnerabilidade em que a família se encontra. Diante disso torna-se necessário que as mães/cuidadores sejam orientados e estimulados, por toda equipe de saúde, a participarem do serviço, enfatizando assim, a necessidade da responsabilidade mútua pelo sucesso no acompanhamento das consultas (ALENCAR et al, 2017).

Os familiares e cuidadores, especialmente as mães, devem receber orientações sobre a importância da consulta de puericultura desde o pré-natal, iniciando assim um vínculo com a família e começando a introduzir as orientações preventivas, focando na importância do aleitamento materno e nos primeiros cuidados com o recém-nascido. Diante disso é primordial que a mãe receba esclarecimentos durante todo o ciclo gravídico puerperal, facilitando assim, a adesão materna à consulta de puericultura (MALAQUIAS; GAÍVA; HIGARASHI, 2015). Assim ela deve ser orientada sobre os serviços disponíveis na RAS para o seu filho, lhe assegurando o direito a longitudinalidade e integralidade do cuidado (OLIVEIRA, 2012).

No tocante ao papel do enfermeiro como promotor de saúde e profissional atuante na atenção à saúde da criança nas RAS, por meio da puericultura, destaca-se a importância da realização de atividades de educação em saúde que visam sensibilizar familiares e cuidadores, pois estes exercem um papel fundamental na prevenção de doenças infantis (SABINO, 2016). Frequentemente as realizações de atividade educativa são conduzidas por enfermeiro em parceria com outros membros da equipe de saúde pois tem facilidade em fortalecerem vínculo com a população, e ainda porque comprometem-se em promover atividades diferenciadas, criativas e, ao mesmo tempo, acolhedoras (SILVA et al, 2014).

A educação em saúde faz parte do elenco das ações de promoção da saúde integrada na linha de atenção do cuidado em todos os nós das RAS. Da mesma forma, é verdade afirmar que a prática social do enfermeiro está integrada a uma concepção de atenção integrada à saúde desde sua formação, com foco na promoção da saúde (ARAÚJO et al, 2016). Ela é uma oportunidade para a aprendizagem, desenvolvendo habilidades, motivando a tomada de decisões tanto do indivíduo quanto da comunidade gerando melhorias do conhecimento e da saúde (SABINO, 2016).

Dentre as estratégias educativas, destaca-se o uso de tecnologias adequadas para o público o qual se destina. Neste ínterim, a falta de recursos materiais, físicos, humanos e estruturais nos serviços de saúde podem tornar a prática educativa prejudicada, tornando-as até desestimulantes e repetitivas tanto para a população quanto para o profissional. Diante disso, acredita-se que a junção de educação em saúde com tecnologia educacional é um recurso facilitador a construção crítica na saúde (SABINO, 2016).

As tecnologias podem ser classificadas em leve, leve-dura e dura. Tecnologias leves são aquelas que fazem uso das relações humanas para a implementação do cuidado, como estabelecimento de relação/interação e acolhimento são as principais características dessa tecnologia; já nas tecnologias leve-duras a construção do conhecimento dar-se por meio de saberes estruturados como modelos de cuidado e teorias e que não necessitam de alta tecnologia para realização; e, por fim, as tecnologias duras utilizam instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (MERHY, 2002). Além disso, também se classificam como tecnologias duras os softwares e vídeos (SABINO et al, 2016).

O uso do vídeo como tecnologia educativa permite uma aproximação da sociedade com os meios tecnológicos, e é um recurso audiovisual que tem uma boa aceitação e pode permitir um relacionamento ensino-aprendizagem mais sofisticado com o usuário dos serviços, pois ele é versátil e de fácil aplicabilidade além de despertar a curiosidade em relação ao tema abordado (JUNIOR et al, 2017). Assim, produzir vídeos pode despertar o interesse e isso melhorar a aprendizagem do espectador (LUNA, 2014).

Acrescenta-se o fato que o uso de vídeos pelo enfermeiro pode favorecer a socialização de diretrizes/conduas sobre os mais variados temas de saúde. Ao usar o recurso audiovisual, o enfermeiro oferece ao público uma sólida base de conhecimento para que ele possa compreender melhor a informação, ter a capacidade de formar uma opinião crítica sobre um tema específico e desejar transformar o ambiente em que se encontram, visando uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal (JUNIOR et al, 2017).

O vídeo torna a informação onipresente, podendo ser visualizados em diversos dispositivos e em locais variados. As imagens de um vídeo chegam a todos igualmente e as informações, nele contidas, têm como objetivo ensinar, discutir, divulgar informações, influenciar e até salvar vidas. O vídeo tem como diferencial a possibilidade das suas imagens e cenas serem interrompidas, repetidas e regravadas para estar sempre disponível para o espectador (MORAES, 2008).

Na literatura, percebe-se a produção de vídeos educativos, principalmente com o foco em cuidados específicos a saúde infantil, tais como o estudo de Joventino (2013) que utilizou o vídeo educativo para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, Lima (2017) que focou a orientação de pais e crianças em cateterismo intermitente limpo, Razera (2017) atentou no treinamento de cuidadores para o pós-operatório de crianças com fissura labiopalatina, e Interaminanse (2016) utilizou o vídeo como auxílio na adesão à vacinação do papilomavírus humano. No entanto não foram encontrados vídeos específicos que abordaram de forma acessível e explicativa o acesso das famílias aos serviços de atenção à saúde da criança.

Acrescenta-se o fato que além do ineditismo na temática em questão, para que a gravação do vídeo seja feita de forma efetiva, segura e com apoio da literatura, faz-se necessárias duas etapas: o planejamento e a construção do roteiro. Essas duas etapas são importantes, pois vão guiar toda a produção do vídeo, contendo ordem das cenas e falas, introdução de legendas, movimentação de câmera e até sonoplastia. Cabe destacar que a elaboração de um vídeo deve contar com uma linguagem culturalmente acessível e que esteja próxima a realidade do espectador, portanto para que o vídeo possa alcançar o seu objetivo o roteiro deve utilizar uma linguagem que se adeque às necessidades da população, aproximando a sua realidade (LUNA, 2014).

Nesta perspectiva o estudo tem o intuito de elaborar um roteiro de vídeo educativo com objetivo de elucidar, aos pais, gestantes, cuidadores e outros usuários do SUS, acerca dos possíveis serviços presentes na Rede de Atenção à Saúde infantil em diferentes casos. Assim o roteiro subsidiará futuramente a elaboração do vídeo propriamente dito, fornecendo aos usuários esclarecimentos e orientações com linguagem acessível acerca dos atributos da atenção básica à saúde aplicados a Rede de Atenção à Saúde da Criança, a saber: acesso de Primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação da atenção, Focalização na família e Orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

O primeiro atributo, acesso de primeiro contato refere-se ao serviço mais próximo da área adscrita ao qual a mãe/cuidador deve levar a criança, no caso a unidade de saúde mais

próxima a sua comunidade. Já a longitudinalidade é a relação pessoal entre profissionais da atenção básica e usuário ao longo do tempo o que é essencial no contato entre profissional e família, visto que a aproximação com a criança em seu contexto é primordial para um cuidado humanizado (OLIVEIRA, 2012; STARFIELD, 2002).

Entre outros atributos destaca-se a Integralidade do cuidado a qual garante todos os cuidados necessários aos usuários; a Coordenação da atenção que a equipe se responsabiliza pelo cuidado ao usuário em qualquer ponto na rede; A Focalização na família é quando toda equipe conhece a dinâmica familiar e diante disso, define as necessidades particulares e garante a assistência integral; Orientação comunitária reconhece o que a comunidade dispõe para intensificar o cuidado (OLIVEIRA, 2012; STARFIELD, 2002).

Frente a este cenário, considerou-se que o conhecimento referente à RAS, materializada por meio dos pressupostos da Rede Cegonha, com enfoque na consulta de puericultura como porta de entrada prioritária do sistema, e que se constitui uma forma importante de diminuir agravos e reduzir taxa de mortalidade infantil e é relevante a socialização de informações junto aos pais e cuidadores, principalmente as mães ainda desde a gestação. Além disso é possível diminuir a superlotação dos serviços de urgências e reforçar a compreensão das mães quanto ao direito da universalidade, igualdade e integralidade do cuidado.

Acrescidos a isso e considerando a complexidade das Redes de Atenção à Saúde muitas mães/cuidadores ficam confusos acerca do tipo de serviço que devem procurar muitas vezes deixando de frequentar a puericultura de forma contínua e preferindo acessar serviços como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) nas situações de adoecimento agudas. Esta situação pôde ser percebida pela pesquisadora ao viver a rotina de unidades de saúde de um município de grande porte, o que influenciou na elaboração deste estudo.

Furtado (2004) constatou que 74,5% dos atendimentos em um hospital geral de Pernambuco, poderiam ser realizados na atenção básica. Já Vale *et al* (2015) atestou que os principais motivos de procura por atendimento pronto socorro foram febre com 41,3% e tosse com 11,5% e que 83,7% das crianças atendidas receberam alta após a consulta, evidenciando que a maioria não necessitava daquele nível de complexidade e assim, prejudicando aqueles que apresentam casos graves e agudos, interferindo no aumento de custos de atendimento e sobrecarga da equipe (CAMERRO et al, 2015).

Assim, por meio das premissas que regem o cuidado da saúde da criança na Rede de atenção, a elaboração de um roteiro para vídeo educativo, poderá ser utilizado como tecnologia para aplicação nos diversos cenários de cuidado à criança: seja nas salas de espera, nas redes sociais (Facebook®, Youtube®), grupos de discussão voltados a saúde da criança, atividades educativas junto à grupos de gestantes ou de puericultura. Neste contexto a construção do roteiro favorece a adesão e continuidade do atendimento no serviço de puericultura, na medida em que as mães/cuidadores compreenderão melhor como funciona a rede de atenção, e a partir daí, poderão escolher o serviço mais adequado para a necessidade de seu filho, incluindo a participação rotineira na puericultura.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Construir um roteiro de vídeo educativo voltado para mães e/ou cuidadores acerca do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) da criança tendo como porta preferencial de entrada a Atenção Básica à Saúde.

2.2 Específico

Desenvolver conteúdo e aspectos técnicos do roteiro de vídeo educativo;

Detalhar as etapas da pré-produção para a construção de roteiro de vídeo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Rede de Atenção à Saúde da criança: da Rede Cegonha a consulta de Puericultura na Atenção Básica à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde visam promover a integração de ações e serviços de saúde, proporcionando atenção contínua, integral e humanizada, fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS. A RAS forma o vínculo entre diferentes pontos da atenção e torna a Atenção Primária à Saúde como o centro de comunicação, sendo constituídas por três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, quando se fala de população, a RAS deve ser capaz de identificar a população e a região de saúde, esta deve ser bem definida e baseada em parâmetros espaciais que assegure uma boa distribuição territorial, garantindo assim, o tempo/resposta necessário ao atendimento.

Já com relação a estrutura operacional da RAS, existem vários pontos de atenção à saúde que oferecem serviço e que se comunicam com outros pontos na rede e incluem: domicílios, unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados, serviços de hemoterapia e hematologia, centros de apoio psicossocial, entre outros.

Os hospitais podem conter diversos pontos de atenção como: pronto atendimento, maternidade, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, entre outros. Abordando o modelo de atenção à saúde, terceiro elemento, é um sistema que organiza de forma singular a RAS, organiza as relações entre a população e suas peculiaridades, onde o foco das intervenções vão ser definidos conforme a situação demográfica, epidemiológicas e também dos determinantes sociais da saúde.

São alguns dos impactos positivos com a implementação da RAS: melhora no custo efetividade dos serviços de saúde, redução de hospitalizações desnecessárias, redução da utilização excessiva de serviços e exames, melhor atendimento às necessidades e expectativas dos indivíduos, melhora na qualidade da atenção, continuidade da atenção, gerando uma maior efetividade clínica (BRASIL, 2012).

Dentro da Rede de Atenção à Saúde existem eixos temáticos como a Rede de Atenção Psicossocial, Ações de Prevenção e Controle do Câncer, Rede de Urgência e Emergência e Rede Cegonha (BRASIL, 2014). Neste estudo optou-se por abordar a Rede Cegonha, que tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso às ações de planejamento

reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e cuidado da criança até os 2 anos (BRASIL, 2014).

As redes de atenção à saúde da criança, orientadas pela Atenção Básica, têm o intuito de diminuir as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), fato que ainda não é observado no Brasil, pois as principais causas de internações infantis são devidas a condições sensíveis à APS, como por exemplo problemas respiratórios e gastroenterites (DAMASCENO et al, 2016).

Rede Cegonha é uma rede de cuidados que garante à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e assegura à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Deve ser organizada de modo que possibilite a continuidade das ações de atenção à saúde materna e infantil, mediante a articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Conforme a portaria de nº 1.459/2011, são diretrizes da Rede Cegonha: garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco com ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vínculo da gestante à uma unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

No presente estudo abordar-se-á a quarta diretriz: garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses, que tem como foco: estabelecer fluxos de referência e contrarreferência nos diversos níveis de complexidade; promover aleitamento materno até os dois anos de idade, sendo exclusivo nos seis primeiros meses, e alimentação complementar; organizar os serviços de atenção primária de maneira que garanta o acompanhamento nas consultas de puericultura; garantir atendimento especializado, e diferenciado atendimento para as crianças de maior risco; busca ativa dos faltosos do programa de puericultura, principalmente das crianças de maior risco; e garantir acesso às vacinas disponíveis no SUS (BRASIL, 2016).

Cabe destacar que além da Rede Cegonha, em 2015 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Criança (PNAISC) que reforça o apoio as políticas de cuidado na primeira infância e que sintetiza claramente os eixos que compõem a atenção integral à saúde da criança. A PNAISC tem por objetivo promoção e proteção à saúde de crianças desde a gestação aos nove anos de vida, com foco na primeira infância, e organiza-se a partir das redes de atenção à saúde e de seus eixos estratégicos, com

finalidade prevenção das doenças crônicas, diminuir adoecimentos e agravos, orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança.

Na PNAISC são sete eixos estratégicos: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Dentro da RAS, a ABS é considerada porta de entrada preferencial do sistema, e isso pode se dar por meio da livre demanda, acolhimento por classificação de risco ou por demanda agendada por meio do Programa de Puericultura, que é utilizado para o acompanhamento da saúde de crianças de zero a 10 (dez) anos de idade. O MS estabelece cinco ações básicas que devem ser priorizadas na consulta de enfermagem em puericultura, que são: promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, prevenção e controle de diarreia e infecções respiratórias (BRASIL, 2002).

Conforme o MS toda criança deve ter no mínimo sete consultas de rotina durante o primeiro ano de vida, sendo na 1º semana, no 2º mês, 3º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e 24º mês), e a partir do 2º ano de vida, consultas anuais próximos ao mês do aniversário até o 10º ano de vida (BRASIL, 2012).

O acompanhamento infantil é iniciado ainda na gestação, com o monitoramento intrauterino, tanto com relação ao crescimento quanto às condições gerais, evidenciando assim, a relevância da primeira consulta de puericultura no 3º trimestre de gestação, para que essa gestante seja informada sobre os primeiros cuidados com o bebê e tirar dúvidas sobre assuntos relevantes, como a amamentação, estando assim orientadas sobre onde procurar informação (FORTALEZA, 2016).

A consulta de puericultura pode ser conduzida tanto pelo profissional médico quanto pelo enfermeiro. De acordo com Vieira *et al* (2012) são atribuições do enfermeiro: realizar exame físico na criança, identificando riscos com relação ao crescimento e desenvolvimento incluindo o neuropsicomotor; agendar a primeira consulta com o profissional médico e demais quando forem identificados riscos de agravos à saúde; realizar busca ativa de faltosos do programa juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); preencher os gráficos presentes no cartão da criança; verificar cartão vacinal;

incentivar o aleitamento materno exclusivo até o seis meses; orientar a alimentação complementar no período apropriado; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; e identificar dúvidas e dificuldades da mãe/cuidadores procurando esclarecê-las.

Diante disso a consulta de puericultura não é somente destinado para a assistência de cuidados e orientações, mas também é um momento de estabelecer e fortalecer vínculo com o profissional sendo fundamental para uma melhor interação durante o atendimento a criança (ZANARDO et al, 2017).

3.2 A intervenção social como suporte para construção do roteiro educativo

Na literatura são poucos os referenciais metodológicos que tem apresentado elementos que orientem a construção de roteiro de vídeo educativo, dentre eles no presente estudo optou-se por utilizar os pressupostos de Comparato (2009) que destacam que o roteiro de um vídeo deve ser composto de cinco etapas: ideia, conflito, personagens, tempo dramático e unidade dramática.

Trazendo para a área de saúde da criança, com enfoque na rede de cuidado voltado para a saúde da criança, em especial a puericultura em uma abordagem de rede de atenção a saúde, são poucas as iniciativas que elaboraram vídeo educativo. Neste sentido optou-se por adicionar o referencial a intervenção social de Moraes (2008), que evidencia que vídeos que utilizaram a intervenção social como base, atuam mais próximos à população em situação de vulnerabilidade social e tem o intuito de estimular a mudança de comportamento dos indivíduos com base nas informações transferidas.

Segundo Moraes (2008), existem vários tipos de vídeo na área da saúde, pode-se destacar dois tipos: os de campanha e os de intervenção social. Os vídeos de campanha contêm elementos persuasivos e são produzidos pelo Ministério da Saúde, são apresentados com repetição na mídia, principalmente na televisão. Já os vídeos de intervenção social também podem ser produzidos pelo Ministério da Saúde bem como, instituições de saúde, são elaborados com base em programas com foco na prevenção de doença e promoção de saúde e têm grupo e local, específicos, para exibição.

Os vídeos que utilizam a intervenção social procuram aplicar uma linguagem adequada e de fácil entendimento nas suas cenas, e conseqüentemente estimulam ações de mudanças de comportamento no seu público alvo (MORAES, 2008).

Segundo Comparato (2009) o roteiro é a forma escrita de qualquer projeto audiovisual, nele contém todos os detalhes do que ocorre no vídeo educativo. O roteiro é dividido por cenas, de forma a orientar a produção da filmagem. O roteiro tem o intuito de

informar textualmente acerca do conteúdo do vídeo. Caracteriza-se por ser uma estrutura artística constituída por um conjunto de códigos e de palavras pouco conhecidas entre os leigos (FIORENTINI; CARNEIRO, 2002).

O modelo técnico de produção do vídeo educativo é composto por três etapas que são: pré-produção, produção e pós-produção (KINDEM; MUSBURGUER, 2005). Todas essas etapas são necessárias para a produção de um vídeo, apesar de no estudo nos deteremos apenas na fase de pré produção, pois esta é a única fase que é direcionada a elaboração do roteiro, as outras fases serão mencionadas apenas para ilustrar o método de construção de vídeo educativo.

A Pré-Produção é a fase inicial da criação do vídeo, consiste na preparação, planejamento e projeto do vídeo a ser produzido. Envolve atividades de concepção da ideia inicial, detalhes dos vídeos, incluindo o roteiro, e até a filmagem. Esta etapa é importante, pois irá conduzir as decisões ligadas às etapas subsequentes para o desenvolvimento do vídeo (KINDEM; MUSBURGUER, 2005).

A Pré-produção tem início com o desenvolvimento da ideia, que surge a partir de situação vivida pelo escritor e que posteriormente deverá ser concretizado por meio de palavras, o chamado conflito. O conflito é a matéria prima da dramaturgia e pode ser condensado em forma de *Story line*, que é definida como uma síntese da história. Na pré-produção também se faz presente a sinopse, que é definida como a visão do conjunto, que deve ser uma narrativa breve e curta (com até cinco linhas). Em seguida o argumento, que é do desenrolar da ação, descreve de forma breve e compreensível, de como serão desenvolvidas as ações evidenciadas nas cenas do vídeo (localização e personagens) (KINDEM; MUSBURGER, 2005; COMPARATO, 2009). Determinar quem viverá o conflito inicial, definir as personagens e localização da história no tempo e no espaço se faz por meio da elaboração do argumento (COMPARATO, 2009). É ainda na pré-produção que ocorre a elaboração da estrutura ou ação dramática que define como a história deverá ser contada, como a trama vai evoluir até o desfecho. Ressalta-se que sinopse e argumento são a base para a elaboração da primeira versão do roteiro do vídeo (COMPARATO, 2009).

A etapa de produção é a fase que acontece as filmagens e captações de imagens e sons. É a fase onde coloca-se em prática o conteúdo do roteiro. Na gravação de toda cena existe um intervalo de tempo entre o início e o término da gravação que é chamado de tomada. Dessa forma, uma cena corresponde ao conjunto de tomadas e do vídeo envolve várias cenas gravadas (KINDEM; MUSBURGER, 2005). É importante, nesta fase, a

participação de especialista para a adequação de iluminação, ângulo, posicionamento das câmeras ilustração e coordenação dos atores (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009).

A pós-produção é destinado à finalização do vídeo e abrange a edição e compartilhamento do vídeo produzido (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Faz-se necessária a participação de um especialista em mídias que entenda de edição de vídeos e imagens para realizar a edição final do vídeo.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico, o qual se refere à elaboração de um material utilizando técnica de pesquisa, que possa posteriormente ser utilizado por outras pessoas (POLIT; BECK, 2011). Esse tipo de estudo consiste na elaboração e no desenvolvimento de estratégias tecnológicas, caracterizando-se pelo esforço criativo, que possam ser implementados e avaliados em ambiente educacional e assistencial, tendo como objetivo a criação de produtos ou serviços com o intuito de solucionar problemas até então não resolvidos (RODRIGUES, 2007).

4.2 Coleta de dados

O estudo ocorreu no período de fevereiro de 2017 a junho de 2018 e dividiu-se em três etapas, a saber: Levantamento da literatura; Desenvolvimento do conteúdo do roteiro do vídeo educativo; e Elaboração do roteiro do vídeo educativo.

4.2.1 Levantamento da Literatura

Para a construção do roteiro do vídeo educativo proposto, primeiramente identificou-se o perfil do público alvo para ser estabelecido o conteúdo e linguagem a ser utilizada no roteiro. Durante esse período, a pesquisadora acompanhou as consultas de puericultura e a triagem dos pacientes infantis na demanda espontânea de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Fortaleza-CE, além de ter vivenciado atividades de extensão universitária com grupos de gestantes desenvolvidos no Centro de Desenvolvimento da Família (Cedefam), serviço da Universidade Federal do Ceará, localizado no mesmo município.

Nessa fase buscou-se identificar e avaliar a produção de vídeos educativos disponíveis gratuitamente em site de compartilhamento de vídeos bem como os vídeos produzidos pelo MS, com o objetivo de subsidiar a produção de um material educativo atualizado e de qualidade. Procurou-se produções anteriores que utilizaram a associação do vídeo educativo com a saúde da criança, as buscas foram feitas Dissertações e Teses CAPES e Biblioteca UFC, utilizou-se como descritores: Saúde da Criança; Recursos audiovisuais; e Enfermagem, utilizando os operadores booleanos sempre que necessário.

4.2.2 Desenvolvimento do Conteúdo do Roteiro do Vídeo Educativo

Elaborou-se conteúdo do roteiro do vídeo educativo a partir da vivência da pesquisadora com a atenção básica e com grupo de gestantes, onde percebeu a necessidade de um direcionamento das mães/cuidadores na rede de atenção à saúde infantil, empregou-se artigos relacionados com o tema e além disso utilizou-se como ponto de referência o material produzido pelo ministério da saúde sobre a Rede Cegonha, por meio da portaria nº 1.459, DE 24 De junho de 2011 que Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha e folder educativo de 2013, e material sobre a Rede de atenção à saúde como, a portaria de nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que subsidiaram a elaboração do roteiro. Adequou-se às informações com termos técnicos e de difícil compreensão com foco no público alvo.

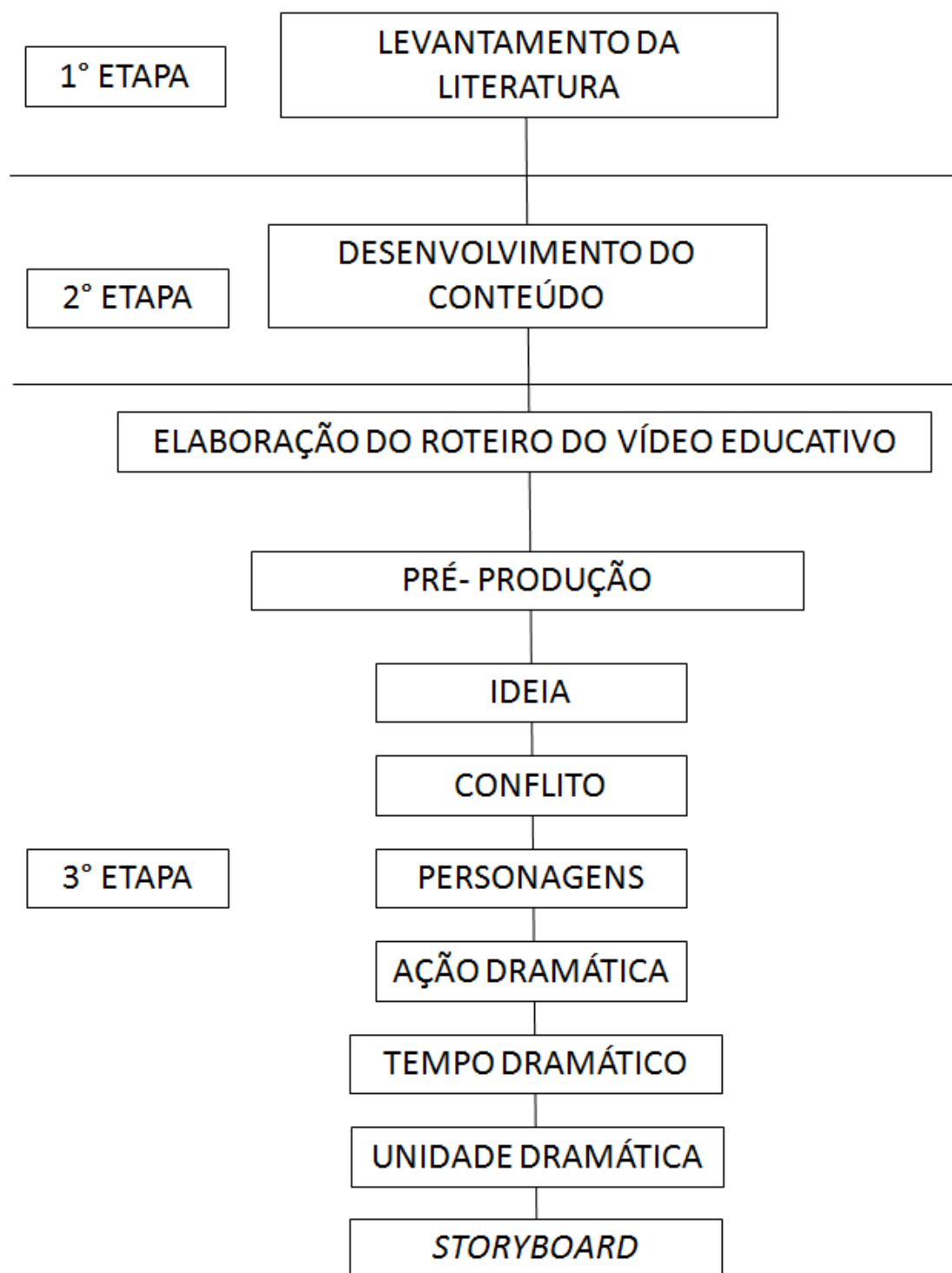
4.2.3 Elaboração do Roteiro do Vídeo Educativo

Segundo Kindem e Musburger (2005) a elaboração de um vídeo acontece em três etapas: Pré-produção, Produção e Pós-produção, no presente estudo foi pautado na fase de pré-produção que segue as etapas propostas por Field (2001) e Comparato (2009) que são: Ideia; Conflito; Personagens; Ação dramática; Tempo dramático; e Unidade dramática.

A primeira etapa é a ideia, na qual todo roteiro parte sempre de uma ideia ou acontecimento que provoca no escritor uma necessidade de relatar que obrigatoriamente se converte no fundamento do roteiro; a segunda etapa também é chamada de Conflito e é a tradução da ideia, sendo concretizado por meio de palavras. É a determinação da *Story line* que segundo Comparato (2009) [...] é a condensação do nosso conflito básico cristalizado em palavras.”; a terceira etapa chamada de Personagens é destinada a criação dos personagens que irá viver o conflito básico.

Com relação ao desenvolvimentos das personagens se faz por meio da elaboração do argumento ou sinopse; a quarta etapa é a Ação dramática que é a maneira de como a história será contada. A construção da estrutura é a etapa que exige mais criatividade do roteirista; a quinta etapa que é o Tempo dramático, é o momento destinado ao tempo que terá cada cena. Isto é, colocam-se os diálogos e o trabalho vai tomando forma de roteiro; e a sexta etapa é a Unidade dramática, também chamada roteiro final, onde tornará um guia para a construção do produto audiovisual (COMPARATO, 2009). Após a formulação final do roteiro e ainda na etapa de pré-produção, Kindem; Musburger (2005) orienta o desenvolvimento do *storyboard* que é uma sequência de desenhos das principais cenas que auxiliará na etapa de produção do vídeo.

Figura 1- Fluxograma das etapas do estudo. Fortaleza, 2018.



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Parte dos resultados que subsidiaram a construção do roteiro, já foram descritos anteriormente no capítulo de revisão de literatura, o qual teve como eixo norteador a rede de atenção à saúde da criança representado pela Rede Cegonha onde definiu-se as seguintes temáticas: Referência e contrarreferência; Aleitamento materno e alimentação complementar; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Atendimento especializado, e diferenciado para as crianças de maior risco; Busca ativa das crianças de maior risco; Acesso às vacinas disponíveis no SUS.

5.1 Levantamento da Literatura

As buscas foram feitas na plataforma de Dissertações e Teses CAPES e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizou-se como descritores: Saúde da Criança; Recursos audiovisuais; e Enfermagem utilizando os operadores booleanos sempre que necessário.

Foram encontrados 17 produções, após leitura do título e resumo restaram quatro pesquisas. Os critérios de inclusão das produções foram: produções disponíveis gratuitamente na íntegra, no período entre 2014-2018; e produções que utilizasse metodologia semelhante a utilizada nesta pesquisa.

Com relação aos trabalhos selecionados percebeu-se que os personagens principais eram pessoas da comunidade e que utilizavam a linguagem informal e da cultura local como padrão. Existiam também personagens enfermeiros que conduziam o serviço e faziam as devidas orientações acerca da proposta da temática do roteiro. Observa-se que o cenário mais escolhido é a própria comunidade como praças, albergues e UBS. Utilizou-se os roteiros produzidos como guia para construção do roteiro desta pesquisa.

Quadro 1- Distribuição dos estudos que utilizaram a construção do vídeo.

	Estudo	Autor	Nível/ano
01	Construção e validação de vídeo educativo para orientação de pais de crianças em cateterismo intermitente limpo	LIMA, M.B.	Dissertação/ 2017
02	Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde visual de escolares	JUNIOR, J. C. R.	Dissertação/ 2014
03	Construção do roteiro do vídeo educativo para pessoas surdas sobre o uso do coito interrompido	LEITE, S. S.	Dissertação/ 2017

04	Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua	LUNA, I. T.	Tese/ 2014
----	---	-------------	------------

Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

5.2 Desenvolvimento do Conteúdo do Roteiro do Vídeo Educativo

Para construção do conteúdo do roteiro do vídeo educativo foram selecionados documentos do Ministério da Saúde (Portarias de nº 4.279/2010 e nº 1.459/2011; Cadernos de Atenção Básica nº33 e nº23; Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde; Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS; e Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Rede Cegonha. Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil), artigos nacionais (OLIVEIRA, 2012; STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013) e dissertações (MENOZZI, 2013; BENEVIDES, 2017).

Dessa forma, foram abordados no roteiro do vídeo educativo os assuntos referente aos princípios orientadores da atenção primária aplicados a rede de atenção à saúde da criança (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, focalização na família e orientação comunitária) e também relacionado a quatro componentes da Rede cegonha (referência e contrarreferência, aleitamento materno exclusivo até os seis meses e alimentação complementar em tempo oportuno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e acesso às vacinas disponíveis no SUS além de principais sinais de agravos).

O primeiro contato ocorre quando o usuário apresenta alguma necessidade com relação a sua saúde deve procurar alguns serviços que são considerados portas de entrada do SUS, a atenção psicossocial, a urgência e emergência, atenção especial de acesso aberto e a atenção básica BRASIL, 2011).

A atenção básica, preferencialmente, deve ser, o primeiro recurso a ser procurado e deve ser de fácil acesso, é direcionado a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. Quando os usuários se apropriam dessa função por consequência ocorrerá uma diminuição da procura do serviço de urgência e emergência, redução no número de consultas com especialistas, menor número de hospitalizações, diminuindo assim, os custos (BENEVIDES, 2016; STARFIELD, 2002).

Já a longitudinalidade também pode ser conhecida por continuidade. No contexto da atenção básica, a longitudinalidade é uma relação de longa duração entre os profissionais da saúde e os usuários em suas unidades de saúde, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Como o usuário é acompanhado por um período duradouro, é inevitável as relações interpessoais, entre profissional e usuários, esse vínculo ajuda no diagnóstico e tratamentos mais precisos, auxilia na redução de encaminhamentos desnecessários e a realização de procedimentos de maior complexidade (BENEVIDES, 2016; STARFIELD, 2002).

Com relação a integralidade, as unidades de atenção básica à saúde devem se estruturar para que o usuário receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, incluindo encaminhamento para serviços especializados, visita domiciliar ou até mesmo internação domiciliar. A equipe de saúde deve reconhecer as necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibiliza recursos, deve ter um olhar diferenciado tanto para o indivíduo quanto para o local que aquele usuário está inserido (STARFIELD, 2002; FRACOLLI et al, 2011).

Com relação à coordenação da atenção é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Pode-se tomar como exemplo a existência do prontuário eletrônico, ele possibilita a visualização do estado do usuário na consulta anterior e serve como guia para as consultas subsequentes, caso o usuário tenha recebido encaminhamento para outro profissional, no prontuário conterà as informações sobre estado atual e resolutividade, favorecendo assim uma continuidade do cuidado (STARFIELD, 2002).

De acordo com o Decreto de nº 7.508/2011, a atenção básica, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e a atenção especial de acesso aberto são portas de entrada do SUS e são também responsáveis por referenciar os usuários aos serviços de atenção hospitalar e ambulatorial especializado, de maior densidade tecnológica. O sistema de referência e contrarreferência é o principal elemento para a integração das RAS, também é conhecido como mecanismo de encaminhamento de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços (STARFIELD, 2002).

A referência é quando um serviço de menor complexidade encaminha usuários a um serviço de maior complexidade, acompanhando-o e marcando seu atendimento. Já a contrarreferência acontece quando a situação é resolvida e o usuário é encaminhado novamente ao serviço de procedência para continuar o seu acompanhamento (SANTOS, 2015).

Com relação ao aleitamento materno por dois anos, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida é uma recomendação do MS (BRASIL, 2011).

Iniciar a alimentação complementar antes dos seis meses pode causar prejuízo à saúde da criança, pois a introdução de outros alimentos, no período errado, está associado como: episódios de diarreia, hospitalização por doenças respiratórias, risco de desnutrição, menor absorção de nutrientes do leite materno, como ferro e zinco e menor eficácia da amamentação como método anticoncepcional (BRASIL, 2015; OPAS, 2016).

Está comprovado que o aleitamento materno pode evitar: mortes infantis, diminuir número de hospitalizações por infecções respiratórias e diarreia, diminuir risco de alergias, hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz chance de obesidade, proporciona melhor nutrição e um efeito positivo na inteligência, melhora o desenvolvimento bucal, protege a mãe contra o câncer de mama e é método contraceptivo, além de ter um menor custo financeiro (BRASIL, 2015).

Puericultura é um programa na Estratégia Saúde da Família que tem como objetivo acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança. A primeira consulta de Puericultura deve ser realizada ainda durante a gestação e toda criança deve ter no mínimo sete consultas de rotina durante o primeiro ano de vida, sendo na 1^o semana, no 2^o mês, 3^o mês, 4^o mês, 5^o mês, 6^o mês, 9^o mês e 12^o mês, além de duas consultas no 2^o ano de vida (18^o e 24^o meses), e a partir do 2^o ano de vida, consultas anuais próximos ao mês do aniversário (BRASIL, 2012).

A consulta de Puericultura pode ser conduzida pelos profissionais: médico e enfermeiro. Podendo ser dividida em duas partes: entrevista e exame físico (SILVA; SILVA; FIGUEIREDO, 2017).

Na entrevista é realizado coleta de informações diversas com: higienização da casa, uso de ventiladores, criação de animais domésticos, local de armazenamento de material de limpeza, é nesse ponto que verifica-se também a realização dos testes do pezinho e da orelhinha, analisa-se a vacinação, alimentação, bem como padrão de sono e também é fornecido orientações quanto a prevenção de acidentes. Já no exame físico verifica-se o crescimento e o desenvolvimento da criança (GUBERT et al, 2015; LIMA et al, 2013).

Crescimento é o aumento do número e tamanho das células à medida que elas se dividem e sintetizam novas proteínas. Resulta em tamanho e peso aumentados da totalidade ou de qualquer um de suas partes (peso, altura e perímetro cefálico) (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Desenvolvimento refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Se em alguma consulta for detectado algum atraso de crescimento ou até mesmo no desenvolvimento, o profissional irá referenciar a criança a um serviço especializado. É importante lembrar que mesmo recebendo essa referência a um serviço de maior densidade tecnológica a criança deverá continuar com as suas consultas periódicas na atenção básica (BRASIL, 2012).

A vacinação é a melhor maneira de prevenir algumas doenças e na população infantil não é diferente. A vacina tem como função ajudar o corpo humano a se defender de vírus e bactérias que provocam doenças. São ofertadas pelo Sistema Único de Saúde à toda população 25 vacinas totalmente gratuitas (BRASIL, 2014).

Após a vacinação, o corpo detecta a substância e produz os anticorpo que vão atuar na defesa do organismo, esses anticorpos permanecem no organismo causando uma memória imunológica evitando assim, que a doença ocorra no futuro (BRASIL, 2003).

São algumas doenças que as vacinas podem prevenir: paralisia infantil, hepatite B e hepatite A, sarampo, caxumba, rubéola, catapora e em alguns lugares a febre amarela (BRASIL, 2018).

Com relação aos principais agravos, deve-se verificar se as crianças que estão doentes apresentam sinais gerais de perigo, que são: a criança não consegue beber e nem mamar no peito da mãe, vomita tudo que ingere, apresenta ou apresentou nas últimas 72 horas convulsão ou movimentos anormais, a criança apresenta letargia ou está inconsciente, apresenta tempo de enchimento capilar menor que dois segundos e apresenta batimento de asa do nariz e/ou gemência. Se a criança apresenta um sinal deve ser avaliada cuidadosamente e precisa urgente ser referenciada ao hospital (BRASIL, 2017).

De posse dessas informações, construiu-se a primeira versão do conteúdo do vídeo educativo.

5.3 Elaboração do Roteiro do Vídeo Educativo

O roteiro educativo foi construído baseando-se na experiência da pesquisadora e nas recomendações de Kindem e Musburger (2005) e Comparato (2009).

Com relação aos aspectos visuais das cenas, para que o vídeo tornasse mais dinâmico e pudesse prender a atenção do espectador optou-se por utilizar ambientes próprios da comunidade, grafismo, elementos textuais curtos e de fácil entendimento, cortes oportunos e enquadramentos (LUNA, 2014; LEITE, 2017).

Em relação aos aspectos de áudio, preferiu-se diálogos com falas que se aproximassem com a realidade do público alvo, utilizou-se recursos como “voz off”, músicas instrumentais e *Back Ground* (LEITE, 2017).

Em referência ao tempo de duração de vídeo, no presente estudo estimou-se a duração de 12 minutos. Diante disso diversos autores afirmam que o ideal seria entre 10 e 20 minutos, inferior a esse tempo de duração a apresentação do conteúdo torna-se inconsistente, por outro lado, vídeos com tempo de duração superior a 30 minutos promovem a dispersão dos espectadores (JOVENTINO, 2013; LEITE, 2014).

5.3.1 Pré-produção: Ideia

A ideia é o primeiro passo para a construção de um roteiro do vídeo educativo, ou seja é a concepção inicial do vídeo (COMPARATO, 2009). Neste estudo o presente roteiro educativo resultou da experiência empírica da pesquisadora durante o acompanhamento nas consultas de puericultura e na demanda espontânea na atenção básica por dois meses e também na extensão do grupo de gestantes. Observou-se que grande parte das mães/cuidadores não têm o empoderamento sobre a rede da atenção à saúde infantil e se sentem meio perdidos quando se deparam com a situação de adoecimento da criança. Além disso, ao realizar busca na literatura não foi verificado a existência de tecnologias educativas acerca da temática.

Logo surgiu a ideia de elaborar uma estratégia educativa que pudesse ser facilmente utilizada em ambientes diversos e amplamente aceita pela população. Devido a falta de recurso para a elaboração do vídeo optou-se por construir o roteiro do vídeo educativo.

5.3.2 Pré-produção: Conflito

Segundo Comparato (2009), o conflito é a ideia em palavras e o seu ponto de partida é o *story line* (síntese de uma história), nela deve conter, resumidamente, toda a história, concretiza aquilo que vai ser desenvolvido. A partir disso pensou-se na seguinte *story line*.

“O vídeo retrata a história de uma mãe e usuária do SUS que está com o filho de 1 (um) ano doente e está na dúvida se procura a UPA, o Hospital ou se vai para a Unidade Básica de Saúde (UBS). Tentando resolver o problema, a mãe procura a UBS próximo a sua residência, por indicação de uma vizinha, e lá recebe informações com a Enfermeira sobre a Rede de Atenção à Saúde Infantil e resolve sua questão.”

5.3.3 Pré-produção: Personagens

Essa é a etapa onde precisa-se pensar em quem irá vivenciar esse conflito. O desenvolvimento da personagem se faz por meio da elaboração do argumento ou sinopse (COMPARATO, 2009).

Argumento ou sinopse é um resumo da história apresentando início, desenvolvimento e resolução. É nessa etapa que além das personagens ficam estabelecidos elementos como o tempo, o lugar da ação e os eventos principais, trata-se de um mapa de orientação para a produção do roteiro (BEZERRA, 2016).

Com o formato do vídeo definido elaborou-se o argumento a seguir:

O vídeo de intervenção social abordará o direcionamento para mães/cuidadores que estão com criança doente e não sabem onde procurar ajuda. Diante disso, o vídeo contará com dois personagens principais: Marina, a mãe de dois filhos, e usuária do SUS e Joana (enfermeira da unidade básica de saúde). Além disso, o vídeo incluirá quatro co-participantes: Narrador do vídeo, Rafael (filho de Marina), Liduína (vizinha de Marina) e Ana (atendente da unidade básica de Saúde). O vídeo contará com cenas que se aproximam da realidade vivenciada por muitas mães e cuidadores. As principais cenas ocorrerão em ambientes que simulem a residência da Marina e o consultório de Enfermagem na Unidade Básica de Saúde. A narrativa terá início com Marina conversando com Liduína (sua vizinha), e expondo a sua preocupação diante do adoecimento do seu filho mais novo, Rafael, e comenta sobre a dúvida de onde possa levar o seu filho, UPA ou hospital, mas Liduína aconselha a procurar a Unidade Básica de Saúde próximo a sua casa. Marina decide levar seu filho ao posto de saúde, chegando na unidade, procura algum profissional que possa lhe ajudar, e depara com Joana, a enfermeira, que a convida para entrar no consultório de Enfermagem, iniciando assim uma conversa sobre o caso que tanto preocupa Marina. Joana verifica nos registros eletrônicos que Marina nunca levou seu filho a uma consulta de Puericultura e a informa que esse programa é de grande relevância para a saúde infantil, mostrando que a causa que levou o adoecimento de Rafael poderia ser precocemente detectado na consulta de puericultura rotineira. Joana agenda duas consultas de puericultura, uma com o profissional médico, para que Rafael possa ser avaliado e referenciado ao serviço especializado e uma outra consulta, com uma data mais estendida para que a Enfermeira Joana possa fazer o acompanhamento e ter conhecimento das condutas do serviço especializado (contrarreferência). Haverá uma cena onde o narrador, com auxílio de uma imagem ilustrativa contendo alguns sintomas agudos infantis, indicará qual serviço de saúde é mais adequado para aquela situação de adoecimento.

Na consulta subsequente com a enfermeira Joana, Marina informa qual foi a conduta e como está o acompanhamento no serviço especializado, Joana avalia o estado atual de Rafael bem como o progresso desde a última consulta, e reforça a importância da continuidade das consultas de puericultura. O vídeo será finalizado com o narrador estimulando a consulta de puericultura.

O argumento elaborado proporcionou uma visão ampla do vídeo, e permitiu observar as possibilidades de realização. Possibilitou também, uma avaliação de elementos tais como: quantidade de personagens, figurino, cenário, objetos e locação. Elementos estes servirão como base para avaliar o aspecto financeiro, jurídico e temporal do vídeo educativo (COMPARATO, 2009).

5.3.4 Pré-produção: Ação dramática

Nesta etapa indica como vai ser contato o conflito básico vivido pelas personagens. Também pode ser chamada de estrutura do roteiro, sem as falas. É a fragmentação da história em momentos dramáticos, ou seja, é a organização do enredo em cenas (COMPARATO, 2009).

Tendo definido os principais eventos da história, na etapa anterior, o passo seguinte é desenvolver essa história em cenas dramáticas e colocá-las em ordem (SOARES, 2007).

Com as principais cenas planejadas elaborou-se a seguinte estrutura:

Quadro 2: Ordem das cenas do roteiro do vídeo educativo.

Cena 1: Marina conversa sobre o adoecimento do filho com a sua vizinha, Liduína que indica procurar a Unidade Básica de Saúde próximo a sua casa.
Cena 2: Marina e Rafael chegam na Unidade Básica de Saúde e procura alguém que possa ajudar.
Cena 3: Marina fala com Ana, a recepcionista da UBS, que consegue uma consulta com a enfermeira Joana.
Cena 4: Joana consulta Rafael, informa a definição de puericultura e mostra a sua importância. Oferece um esclarecimento acerca dos passos que Marina e Rafael devem seguir. Inicia a entrevista que é parte da consulta de puericultura.
Cena 5: A enfermeira Joana inicia o exame físico de Rafael e mensuração de estatura e peso.
Cena 6: Joana esclarece os achados do exame físico para Marina e agenda uma consulta com o profissional médico e a orienta que era será referenciada a um serviço especializado.

Cena 7: Marina e Rafael retornam a consulta de puericultura agendada para Joana (contrarreferência) e pergunta como está o andamento do acompanhamento no serviço especializado.

Cena 8: Imagem que mostra o direcionamento dentro da Rede de Atenção à Saúde da Criança.

Cena 9: Marina fala sobre a importância e incentiva a população a aderir a puericultura.

Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

5.3.5 Pré-produção: Tempo dramático

Esta etapa é destinada ao detalhamento do conteúdo das cenas, é pôr os principais elementos como: quem está na cena, movimentação dos personagens e diálogos (SOARES, 2007; COMPARATO, 2009).

Optou-se em organizar a primeira versão do roteiro em duas colunas, a primeira com relação às cenas e a segunda com relação ao áudio. Preferiu-se utilizar diálogos e cenas curtos e músicas no fundo de algumas cenas, para dar mais dinamicidade e tornar o vídeo mais atrativo (LUNA, 2014)

5.3.6 Pré-produção: Unidade dramática

As etapas descritas acima foram pensadas para auxiliar o roteirista a organizar o material de sua história, podendo ser também bastante úteis para roteiristas iniciantes. (SOARES, 2007). Segundo Comparato (2009) o roteiro final é o guia para a construção do produto audiovisual.

O roteiro do vídeo educativo foi construído baseando-se na experiência da pesquisadora e nas recomendações de Comparato (2009). Desta forma, o roteiro contém dois segmentos: o primeiro está relacionado aos aspectos visuais, como cenas, posição de personagem, cortes, textos e imagens, já o segundo está relacionado ao áudio, tais como narração, diálogos e música (APÊNDICE A).

5.3.6 Pré-produção: *Storyboard*

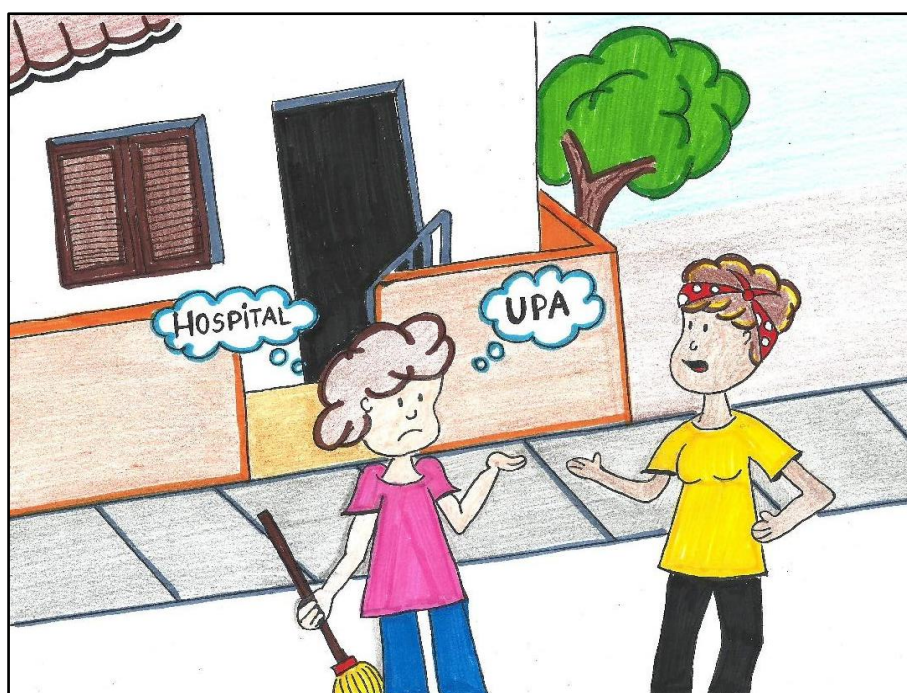
Storyboard é uma série de esboços em sequência das principais cenas (COMPARATO, 2009). Este se configura na representação das cenas do roteiro em forma de desenhos proximando-se a história em quadrinhos. Tem como objetivo principal facilitar o trabalho da equipe de gravação (atores, diretor e equipe técnica) na visualização das cenas antes de ocorrer a etapa de produção (KINDEM; MUSBURGER, 2005).

O desenvolvimento do *storyboard* do presente estudo foi realizado pela própria autora diferente do roteiro de Luna (2014) e Leite (2017) que contaram com o auxílio de um profissional design.

Para elaboração das imagens a autora observou em site de busca na Internet, imagens que pudessem ser semelhante a temática do roteiro, mas nenhuma imagem foi encontrada, optou-se então a desenhar, utilizando lápis e papel, as principais cenas do roteiro.

As figuras 5 e 6 referente ao direcionamento na RAS, foi produzido com a união de imagens, que se assemelhava com o tema, encontradas na internet.

Figura 2- Vizinhas conversando sobre onde levar a criança doente.



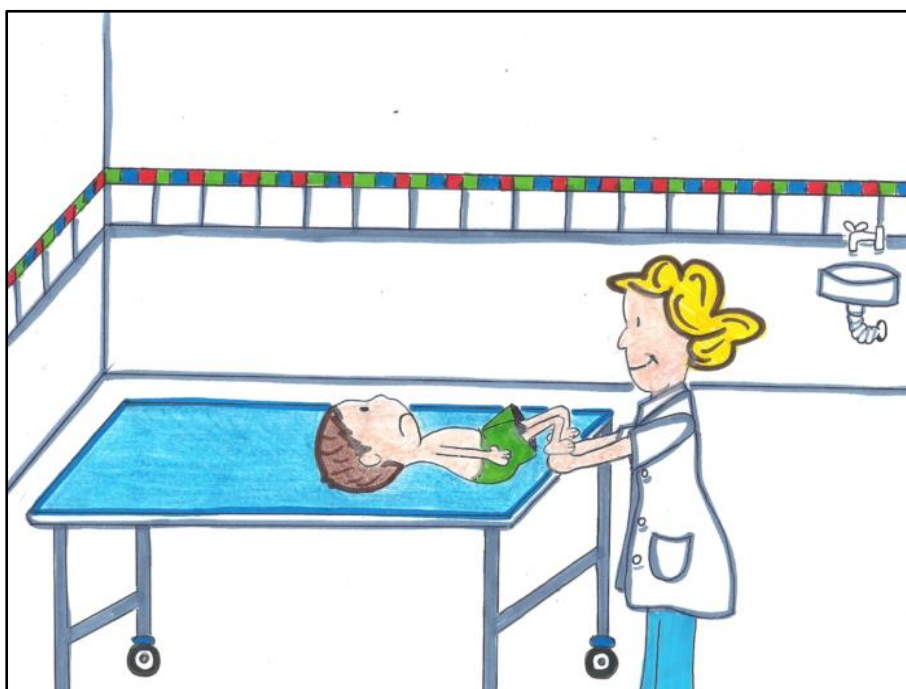
Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Figura 3- Mariana vai à UBS para procurar ajuda



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Figura 4- Consulta de puericultura.



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Figura 5- Direcionamento para a Unidade Básica de Saúde.



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Figura 6- Direcionamento para serviços de Urgência e Emergência.



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo elaborou roteiro de vídeo educativo sobre saúde da criança, intitulado “Meu filho adoeceu e agora, para onde vou?”, indicado para mãe e cuidadores que não sabem para onde ir ou o que fazer diante de adoecimento de uma criança, situação que é cotidiana nos serviços de saúde e superlotam erroneamente serviços de média complexidade e alta complexidade, como as UPAS, emergências hospitalares, acarretando maiores gastos aos SUS e desvalorizando a longitudinalidade e integralidade do cuidado da criança na RAS. Utilizou-se etapas metodológicas para a construção do roteiro, baseando-se nas seguintes etapas: ideia, conflito, criação de personagens, ação dramática, tempo dramático, unidade dramática e por fim *storyboard*.

Com relação às etapas para a elaboração do roteiro, notou-se que são poucos trabalhos desenvolvidos que utilizam todas essas etapas citadas anteriormente no referencial para construção, a maioria das pesquisas utilizam três ou quatro etapas. Diante disso, foi um desafio adotar as outras etapas, mas conforme foram aplicadas, pode-se notar que são essenciais para pessoas que não são roteiristas mas gostam de audiovisuais e procuram desenvolver tecnologias educativas voltadas para a saúde da população.

O roteiro elaborado nesta pesquisa tem o intuito de auxiliar no trabalho de profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, que desde sua formação recebe um direcionamento para a o trabalho na promoção da saúde do indivíduo e da população.

Acredita-se que o uso desta tecnologia irá facilitar a prática de enfermeiros e outros profissionais de saúde, devido a dinamicidade que é própria de tecnologia audiovisual, auxiliará mães e cuidadores na escolha do serviço correto diante de alguns sintomas infantis, incentivará mães/cuidadores a adesão e a continuidade da consulta de puericultura e estimulará o empoderamento da comunidade diante de alguns termos como referência/contrarreferência e longitudinalidade do cuidado contribuindo assim para a promoção da saúde.

Como limitações, aponta-se para a não validação do conteúdo e roteiro, devido ao curto período de tempo para trâmites burocráticos necessários.

Recomenda-se a utilização do roteiro do vídeo educativo em locais que vão além da universidade e que possam ser amplamente utilizados em diversos cenários, seja ele em UBS ou em serviços especializados não somente no Nordeste mas também em outras regiões do Brasil.

O presente estudo também tem a intenção de contribuir para produções futuras que desejam utilizar as mesmas etapas, aqui desenvolvidas, e estimular enfermeiros, como educador, a utilizarem os recursos audiovisuais como ferramenta de auxílio para a educação em saúde e promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. S.; CARVALHO, Q. G. S.; FILHO, V. C. B.; COSTA, A. C. P. J.; GUBERT, F. A.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde no ambiente hospitalar- estudo de intervenção com professores na rede pública. **Revista Tendências de Enfermagem**. Ceará, v.8, n.4, dez, 2016.

ALENCAR, L. P.; SILVA, K. V. L. G.; BARBOSA, M. O.; SILVA, L. G.; OLIVEIRA, J. D.; SOARES, J. R.; LEMOS, I. C. S.; KERNTOPF, M. R. Consulta de puericultura: motivos relacionados à baixa adesão. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v. 11, n. 7, 2017. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/656>>. Acesso em 01 mai. 2018.

BENEVIDES, J. L.; COUTINHO, J. F. V.; PASCOAL, L. C.; JOVENTINO, E. S.; MARTINS, M. C.; GUBERT, F. A.; ALVES, A. M. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 309- 316, 2016.

BENEVIDES, J. L. **Análise dos atributos da atenção primária em crianças internadas por doenças evitáveis: Acesso de primeiro contato e longitudinalidade**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

BEZERRA, K. C. **Elaboração e validação de vídeo educativo para adesão de mulheres com prolapso de órgãos pélvicos ao uso de pessário vaginal**. 2016. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15635/1/2016_dis_kcbezerra.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BRASIL. Lei n. 7.498/86, 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. COFEN. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conheça as vacinas oferecidas pelo SUS**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2014/05/conheca-as-vacinas-oferecidas-pelo-sus>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Calendário nacional de vacinação 2018**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/calendario-nacional-de-vacinacao>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: Mortalidade perinatal**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/07/Mortalidade_perinatal_WEB_jul.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html>. Acesso em 24 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Caderno de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Caderno de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2012. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4175045/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%20-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf>. Acesso em 24 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Caderno de atenção básica nº11. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos.** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/17-0056-Online.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2012. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4175045/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%20-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf>. Acesso em 02 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em 02 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Rede Cegonha. Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil.** Brasília, 2016.

Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2-a-Rede-Cegonha.pdf>>. Acesso em 24 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 31 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.130, 05 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2015. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 31 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. Portaria n° 1.130, 05 de agosto de 2015. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília, 2011. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 1 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança: Rede Cegonha**. Brasília. Disponível em:<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2-a-Rede-Cegonha.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2018.

BRASIL. Blog da Saúde, Ministério da Saúde. **Saiba mais sobre a importância da vacinação oferecida pelo SUS.** Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52477-saiba-mais-sobre-a-importancia-da-vacinacao-oferecida-pelo-sus>>. Acesso em: 31 mai. 2018.

CAMERRO, A.; ALVES, E. C.; CAMERRO, N. M. M. S.; NOGUEIRA, L. D.P. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. **Revista Fafibe On-Line**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 515-524, 2015. Disponível em: <<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/10112015195658.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

COMPARATO, D. **Da criação ao roteiro: teoria e prática.** São Paulo: Summus, 2009.

DAMASCENO, S. S.; NÓBREGA, V. M.; COUTINHO, S. E. D.; REICHERT, A. P. S.; TOSO, B. R. G. ; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Revisão Review**. v. 21, n. 9, p. 2961-2973, 2016.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [site de Internet]. Estatísticas vitais. [citado em 21 jun 2013] Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em 25 set. 2017.

FIORENTINI, L.M.R.; CARNEIRO, V.L.Q. **TV na escola e os desafios de hoje:** curso de extensão para professores do ensino fundamental e médio da rede pública. UniRede. 2 ed. Brasília: Universidade de Brasília: 2002.

FLEMING, S.E.; REYNOLDS, J.; WALLACE, B. Lights... Camera... Action! A guide for creating a DVD/Vídeo. **Nurse Educ** [Internet]. v.34. n. 4, p. 118-21, may./jun. 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Diretrizes clínicas: Atenção à criança.** Série: Organização das Redes de Atenção à Saúde. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2016. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/criancas.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2018.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E. L. P.; GRANJA, G. F.; ERMEL, R. C.; Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

FRANÇA, E. B.; LANSKY, S.; REGO, M. A. S.;MALTA, D. C.;FRANÇA, J. S.;TEIXEIRA, R.;PORTO, D.; ALMEIDA, M.F.; SOUZA, M. F. M.; SZWARCOWALD, C.L.; MOONEY, M.; NAGHVIL, M.; VASCONCELOS, A.M.N. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira Epidemiologia**. v. 20, n.1, p. 46-60, 2017.Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2018.

FURTADO, B.M.A.S.M.; ARAÚJO JR, J.L.C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.7, n.3, p. 279-289, set. 2004.

GUIMARÃES, T. C. **Puericultura: baixa adesão no PSF JK, Paracatu-MG**. Minas Gerais 2015 Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Puericultura_baixa_adesao.pdf>. Acesso em 01 mai. 2018.

GUBERT, F. A.; SANTOS, D. A. S. S.; PINHEIRO, M. T. M.; BRITO, L. L. M. S.; PINHEIRO, S. R. C. S.; MARTINS, M. C.. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. **Revista Rene**. Fortaleza, v.16, n.1, p.81-9, jan-fev, 2015.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. **Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Taxa de mortalidade infantil. 2018. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3834#resultado>>. Acesso em 30 abr. 2018.

INTERAMINENSE, I. N. C. S. **Construção e validação de vídeo educacional para adesão à vacinação do papilomavírus humano'** 29/02/2016 175 f. Mestrado em ENFERMAGEM
Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, Recife Biblioteca
Depositária: Central-UFPE

JOVENTINO, E. S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil.** 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

JUNIOR, J. C. R.; REBOUÇAS, C. B. A.; CASTRO, R. C. M. B.; OLIVEIRA, P. M. P.; ALMEIDA, P. C.; PAGLIUCA, L. M. F.. Development of an educational video for the promotion of eye health in school children. **Texto contexto - enfermagem.** v.26, n.2, Florianópolis, Jul, 2017.

KINDEM, G.; MUSBURGUER, R. B. **Introduction to media production:** from analog digital. 3 ed. Boston: Focal Press, 2005.

LIMA, S. C. D.; JESUS, A. C. P.; GUBERT, F.A.; ARAÚJO, T. S.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C.. Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Journal of Research- Fundamental Care On Line.** v.5, n.3, p 165-173, jul.-set. 2013.

LUNA, I.T. **Vídeo educativo com enfoque na prevenção de DST/AIDS para adolescentes em situação de rua.** 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

LEITE, S. S. **Construção do roteiro do vídeo educativo para pessoas surdas sobre o uso do coito interrompido.** 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

LIMA, M. B. **Construção e validação de vídeo educativo para orientação de pais de crianças em cateterismo intermitente limpo.** 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Instituição de Ensino: Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

MACEDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. Disponível em:<file:///C:/Users/helder/Downloads/livro_saude_crianca.pdf>. Acesso em 30 abr. 2018.

MALAQUIAS, T.S.M; GAÍVA, M.A.M.;HIGARASHI, I.H.. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enfermagem.** v.36, n.1, Porto Alegre Jan./Mar. 2015.

MERHY, E. E.. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. Em: Merhy EE, Onoko R, editores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.

MENOZZI, K. A. B. S. **O sistema de referência e contra-referência no contexto da equipe multiprofissional de saúde.** 2013. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem). Universidade estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, São Paulo.

Ministério Público no Paraná. **Mortalidade infantil - Novo relatório da ONU analisa a saúde infantil.** Paraná, 2017. Disponível em:<<http://www.comunicacao.mppr.mp.br/2017/10/12801/MORTALIDADE-INFANTIL-Novo-relatorio-da-ONU-analisa-a-saude-infantil.html>>. Acesso em 20 jan. 2018.

Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

MORAES, A. F. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Interface Comunic. Saúde, Educ.,** v.12, n.27, p.811-22, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, F. F. S.; OLIVEIRA, A. S. S.; LIMA, L. H. O.; MARQUES, M. B.; FELIPE, G. F.; SENA, I. V. O. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene,** v. 14, n. 4, p. 694-703, 2013.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; OMS, Organização Mundial da Saúde. **OPAS reconhece política de aleitamento materno do Brasil como referência mundial.** 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5011:opas-reconhece-politica-de-aleitamento-materno-do-brasil-como-referenciamundial&Itemid=820>. Acesso em: 20 jan. 2018.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; OMS, Organização Mundial da Saúde. **Cartilha de vacinas: para quem quer mesmo saber das coisas.** 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_vac.pdf> . Acesso em: 02 jun. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, s. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2018.

PESSOA, J. H. L. **Puericultura Conquistas da saúde da criança e do adolescente.** São Paulo: Atheneu, 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica:** como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

RAZERA, A. P. R. **Vídeo educativo como estratégia de treinamento para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina em pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia'** 16/01/2017 147 f. Doutorado em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Bauru Biblioteca Depositária: HRAC-USP.

RIBEIRO, S. P.; OLIVEIRA, D. S.; FERNANDES, S. L. S. A.; FELZEMBURGH, R. D. M.; CAMARGO, C. L. O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. **Rev. Enfermagem UERJ.** v.22, n.1, p.89-95, 2014.

SABINO, L. M. M.; BRASIL, D. R. M.; CAETANO, J. A.; SANTOS, M. C. L.; ALVES, M. D. S.. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito Aquichan. **Aquichan**, Colombia, v. 16, n. 2, p. 230-239, junho, 2016.

SANTOS, M. C. **Sistema de referência- contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, distrito de São João Del Rei - MG: o papel da rede na atenção básica.** 2015. Trabalho de conclusão de curso (Curso de especialização em estratégia saúde da família). Universidade Federal de Minas Gerais.

SILVA, D. M.; SILVA, J. G. V.; FIGUEIREDO, C. A. R.. Assistência de enfermagem em puericultura: um estudo bibliográfico. **Revista Saber Científico**. Porto Velho, v.6, n.1, p.48 – 60, jan/jun, 2017.

Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; 2002.

SOARES, D.G.;PINHEIRO, M. C. X.; QUEIROZ, D. M. Implementation of childcare and care challenges in the family health strategy in a city of the Ceará state. **Revista Brasileira de Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 132-138, jan- mar, 2016.

SOARES, S. J. P. **Documentário e roteiro de cinema: da pré-produção à pós-produção.** 2007. Tese (Doutorado em Multimeios) - Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. Disponível em:<<http://www.renatodelmanto.com.br/casper>

VALE, A. P. F.; SILVA, V. R.; MEDONÇA, B. O. M.;BARROS, E. J.; MOTA,R. M.;OLIVEIRA,V. C. C.; NOGUEIRA, D. S. Caracterização do perfil de atendimentos no serviço de emergência pediátrica de um hospital no interior de Goiás. **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 4, p. 32-202, 2015.

VIEIRA, G. O.; REIS, M. R.; VIEIRA, T. O.; OLIVEIRA, N. F.; SILVA, L. R.; GIUGLIANI, E. R.J. Tendência dos indicadores de aleitamento materno em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 91, n. 3, p. 270-277, maio-junho, 2015.

VIEIRA, V. C. L.; FERNANDES, C. A.; DEMITTO, M. O; BERCINI, L.O.; SCOCHI, M.J.; MARCON, S. S. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm.** Paraná, v. 17, n. 1, p. 119-25, janeiro-março, 2012.

ZANARDO, G. M.; ANDRADE, U.; ZANARDO, G. M.; MENEZES, L. P. Atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão narrativa da literatura. **Revista de Enfermagem.** v. 13, n. 13, p. 55-69, 2017.

APÊNDICE A - ROTEIRO DO VÍDEO EDUCATIVO

Título: Meu filho adoeceu e agora, para onde vou?

Objetivo: Orientar mães e cuidadores acerca de qual serviço de saúde procurar diante de adoecimento infantil.

Público-alvo: mães e cuidadores de crianças

Tempo de vídeo: 12 minutos

ASPECTOS VISUAIS	ÁUDIO
<p>Abertura Letras misturadas se ordenando, formando a frase: “Meu filho adoeceu e agora, para onde vou?”</p>	<p>Música instrumental</p>
<p>Cena 1: EXTERNA/DIA Mostrar a fachada de uma casa - LONG SHOT¹</p> <p>Marina (preocupada) está varrendo o entrada de sua casa.</p> <p>Liduína (despreocupada) passa na calçada da casa de Marina</p> <p>Marina para e apoia os braços na vassoura.</p>	<p>Som de vassoura varrendo rapidamente</p> <p>Liduína (despreocupada)- Bom dia vizinha!</p> <p>Marina (preocupada)- Liduína, mulher. Rafael tá doente e eu não sei pra onde eu levo. Acho que vou levar ele lá pra UPA ou é melhor pro hospital, logo? O que tu acha?</p> <p>Liduína (preocupada) - O que o bichinho têm?</p> <p>Marina (preocupada)- Esse menino já têm um e ainda não anda. Eu já estou é doidinha de preocupada.</p> <p>Liduína (preocupada)- Mulher, se ele tá assim é bom levar é para o posto de saúde que tá mais perto daqui.</p> <p>Marina (preocupada)- É mesmo né? Já vou levar. Obrigada, vizinha.</p>
<p>Cena 2: EXTERNA/DIA Marina e Rafael chegam na Unidade Básica de Saúde</p>	<p>Música instrumental - BG²</p>

<p>Câmera capta a imagem de Marina e Rafael entrando na UBS - LONG SHOT¹</p> <p>Marina procura alguém para pedir ajuda</p>	
<p>Cena 3: INTERNA/DIA Marina aproxima-se da recepção para pedir informação</p> <p>Ana sentada à mesa manipula o computador</p> <p>Ana sorridente olha para Marina</p> <p>Ana sai da recepção apreensiva e entra no primeiro consultório</p> <p>Câmera congela na porta- Plano detalhe ³ Narrador (off)</p> <p>Ana sai do consultório, sorri, faz um final de positivo com a cabeça e chama Marina com gesto de mão.</p> <p>Ana abre a porta do consultório para Marina</p>	<p>Marina (preocupada)- Bom dia. estou com o meu filho têm um ano de idade e ainda não senta direito, preciso ficar escorando ele em algum lugar e olhe lá, e não sei como resolver. Você poderia me ajudar?</p> <p>Ana (apreensiva) - Bom dia. O que eu posso fazer é passar o caso para enfermeira, e acho que ela sim vai poder te ajudar. Espera só um minutinho que só vou alí falar com ela e volto.</p> <p>Narrador (Off) - Alguns minutos depois...</p> <p>Ana (animada)- Pronto! Pode entrar, já expliquei tudo para a Dra. Joana. Boa sorte.</p>
<p>Cena 4: INTERNA/DIA Joana sentada por trás da mesa do consultório manipulando o computador</p> <p>Marina e Rafael entram no consultório</p> <p>Joana faz sinal positivo com a cabeça e indica a cadeira para Marina e Rafael sentarem</p>	<p>Marina (preocupada)- Bom dia Dra. Joana. Este é meu filho, Rafael, de um ano de idade, e acho que ele não é como as outras crianças, e eu tô bastante preocupada com esse menino. Será que a senhora poderia me ajudar?</p> <p>Joana (sorridente)- Bom dia, sentem-se, por favor.</p> <p>Marina- Obrigada. Pois é doutora, tô bastante aperrriada com essa doença desse</p>

<p>Marina pega em sua bolsa o documento</p> <p>Marina entrega o documento</p> <p>Joana pega o documento e começa a digitar no computador.</p>	<p>meu filho.</p> <p>Joana- A senhora pode me dar o documento e o cartão do SUS do Rafael? Para que eu possa olhar aqui no sistema?</p> <p>Marina- Claro! Ele só tem o Registro de Nascimento.</p> <p>Joana- Tudo bem, mas ao final a senhora passa na recepção e faz o cartãozinho do SUS dele.</p> <p>Marina- Pronto. Está aqui!</p> <p>Joana- Estou verificando aqui o prontuário dele e não têm nenhuma consulta de puericultura.</p> <p>Mariana- Puericultura?</p> <p>Joana- Sim! Puericultura é muito importante pois vai acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança. As consultas devem ser na 1º semana, no 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 9º e 12ºmês, além de duas consultas no 2º ano de vida e a partir do 2º ano é uma consulta por ano. Pode ser conduzida por médico ou enfermeiro. De acordo com a idade dele, era para ter tido oito consultas de puericultura.</p> <p>Marina- Eu não sabia que era esse nome. Nunca tive tempo de me importar com isso. Nunca precisei!</p> <p>Joana- É na consulta de Puericultura que podemos detectar precocemente algumas doenças. Vamos ver como esse garotão está.</p> <p>Joana- Então vamos fazer a primeira consulta do Rafael. A consulta de puericultura se divide em entrevista e exame físico. Primeiro quero saber de algumas coisas sobre o Rafael.</p> <p>Joana- Rafael fez o teste do pézinho, da orelhinha, do ouvidinho e do olhinho?(...)</p>
---	---

<p>O som da conversa diminui, congela e surge no canto inferior esquerdo a seguinte frase: “Alguns minutos depois...”</p> <p>Cena descongela.</p> <p>Joana levanta-se da cadeira, pega o estetoscópio e sua fita métrica e caminha em direção da maca.</p> <p>Marina leva Rafael e o deita na maca.</p>	<p>Joana- Pode trazer ele para cá.</p>
<p>Cena 5: INTERNA/DIA</p> <p>Joana inicia o exame físico no sentido céfalo caudal.</p> <p>Marina está de pé com as mãos acariciando as pernas de Rafael.</p> <p>Joana analisa fontanelas, linfonodos, mucosa ocular, narinas, cavidade oral e verifica perímetro cefálico e torácico. Realiza a ausculta cardíaca. Faz ausculta, percussão e palpação do abdome, e verifica gentália. Verifica se ainda existe alguns reflexos primitivos. Verifica estatura.</p> <p>Joana afasta-se um pouco da maca e aponta para a balança que está no canto do consultório</p> <p>Joana vai em direção a balança e começa a manipulá-la.</p> <p>Marina põe Rafael na balança.</p> <p>Joana vai em direção a pia e fala as mãos</p> <p>Marina pega Rafael no colo e senta-se na cadeira</p>	<p>Joana- Vamos pesar ele?</p> <p>Joana- Ele está pesando dez quilos e meio.</p> <p>Joana- Pronto, agora pode sentar com ele na cadeira, porque vamos conversar um pouquinho.</p>
<p>Cena 6: INTERNA/DIA</p> <p>Joana sentada atrás do computador começa analisar dos dados coletados</p>	<p>Joana- Pronto, Marina. Verifiquei que Rafael tem um atraso no desenvolvimento, ele não consegue sentar sem apoio, o normal é a criança conseguir sentar sem apoio algum até nove meses. O Rafael precisa de uma consulta médica e um encaminhamento a um serviço especializado.</p>

<p>Joana escreve no computador e pega da impressora dois papéis de agendamento e os entrega a Marina.</p> <p>A imagem congela com a câmera focada nos papéis de agendamento de consulta - plano detalhe³ Corte cena para:</p>	<p>Marina (assustada)- Meu Deus! Tudo porque eu não trouxe ele pra essas consultas de Puericultura.</p> <p>Joana- Calma Marina, ainda temos tempo para cuidar esse garotão. Mas agora você terá que trazer ele mais vezes para que a gente possa acompanhar bem de perto.</p> <p>Marina- Sim, sim. Vou trazer sim. Quero que meu filho fique bom.</p> <p>Joana- Estou agendando uma consulta, nesta semana, para o médico, aqui mesmo no posto. E estou agendando uma outra consulta para você trazer o Rafael para eu ver, mas só depois que você o levar ao serviço especializado.</p> <p>Joana- Está aqui as consulta do Rafael.</p> <p>Marina (agradecida)- Muito obrigada, doutora.</p>
<p>Imagem congelada dos papéis do agendamento sendo entregues a Marina- Plano detalhe³</p> <p>Surge desenhos mostrando Marina no consultório médico e outro desenho do hospital.</p>	<p>Narrador (off)- Marina leva Rafael à consulta de puericultura com o médico e é referenciada ao Hospital de referência, onde recebe todo o tratamento. Passou alguns dias e a consulta de puericultura agendada para a enfermeira Joana chegou.</p>
<p>Cena 7: INTERNA/DIA Marina dá dois toques na porta e em seguida entra no consultório com Rafael. Joana (animada) já estava esperando pelos dois e os recebe com um sorriso.</p>	<p>Som de batida na porta</p> <p>Joana (sorridente) - Bom dia Marina! Olá Rafael? Estou feliz por você ter vindo a consulta de puericultura. E aí, me diga, como foi lá no serviço especializado?</p> <p>Marina - Doutora, foi muito bom, eles nos receberam bem e Rafael já começou o acompanhamento. Disseram que eu não posso deixar de vir ao posto e fazer as consultas dele, que eu não posso deixar de</p>

<p style="text-align: right;">Corte cena para:</p>	<p>fazer a contrarreferência..</p> <p>Joana- É isso mesmo, esse rapaz não pode mais faltar às consultas. Porque elas vão ser úteis para vermos como anda a evolução dele. Isso que estamos fazendo, Marina, é a longitudinalidade do cuidado. Estamos acompanhando a saúde desse rapaz por um longo período. Fico muito feliz por vocês dois. Estou agendando aqui a próxima consulta de puericultura.</p> <p>Marina - Tá certo, doutora. Eu agradeço bastante esse direcionamento que a senhora nos deu.</p>
<p>Cena 8: Imagem de direcionamento dos serviços de saúde.</p> <p>Narrador <i>off</i></p>	<p>Narrador <i>off</i> - Se você é mãe ou cuida de alguma criança que está doente e não sabe para onde levar? Vamos de ajudar!</p> <p>Narrador <i>off</i> - Se a criança sentir, febre, tosse cheia ou não, dor de ouvido, diminuição do apetite, problemas de pele, mordedura, arranhadura de animais ou verminose, você deverá levá-la a Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua casa.</p> <p>Narrador <i>off</i> - Se a criança apresenta fratura, corte profundo, sangramento, convulsão, comeu ou engoliu objetos, produtos de limpeza ou veneno, não consegue beber e nem mamar no peito, se vomita tudo o que engole, está largada, não tem força para se movimentar, está inconsciente, ou com muita dificuldade para respirar.... Não espere! Procure um serviço de urgência e emergência como a UPA, Hospital Albert Sabin, Hospital Infantil de Fortaleza, Hospital da Criança e até mesmo os Gonzaguinhas e Frotinhas.</p>
<p>Cena 9: Externa/DIA Cena aberta de Marina e Rafael na frente da Unidade Básica de Saúde</p>	<p>Marina - Gente, essa foi a minha história. Se você está passando por algo parecido não esqueça de levar essa criança para ser acompanhado no programa de puericultura.</p>
<p>ENCERRAMENTO</p>	<p>Fim</p>

Créditos	Música- BG ²
----------	-------------------------

Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

¹ LONG SHOT- Câmera está distante do objeto, de modo que ele ocupa uma pequena parte no cenário. É um plano de ambientação (também chamado de plano aberto).

² BG - Volume da música (Back Ground) deve ser elevado e depois diminuído.

³ PLANO DETALHE- Enquadramento de uma parte do rosto ou corpo (um olho, uma mão, um pé, etc). também usado para objetos pequenos, como uma caneta sobre a mesa, um copo, uma caixa de fósforo.