

**VALIDAÇÃO DE VÍDEO LÚDICO: educação em saúde de idosos hipertensos para a promoção do uso correto e seguro de medicamentos e conhecimento sobre sua doença**

PLAYFUL VIDEO VALIDATION: health education of hypertensive elderly to promote the correct safe use of medicines and knowledge about their disease

VALIDACIÓN DE VÍDEO LÚDICO: educación em salud de ancianos hipertensos para promover el uso correcto y seguro de medicamentos y el conocimiento sobre su enfermedad

Carolina Galgane Lage Miranda<sup>1</sup>  
José Lamartine Soares-Sobrinho<sup>2</sup>  
Mauro Silveira de Castro<sup>3</sup>

## RESUMO

A utilização do vídeo “Uma história ImpRESSÃOante” como ferramenta de educação em saúde para idosos hipertensos, a fim de determinar o ganho de conhecimento entre grupo controle (recebeu palestra tradicional) e grupo intervenção (assistiu ao vídeo). O vídeo produzido teve o objetivo de desenvolver o uso correto e seguro de medicamentos e promover o conhecimento sobre hipertensão e práticas não farmacológicas para tratamento da doença. **Métodos:**

<sup>1</sup> Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG. Mestre em Inovação Terapêutica -UFPE. E-mail: [carolinagalgane@yahoo.com.br](mailto:carolinagalgane@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Doutorado em Produção e Controle de Medicamentos (PPGCF-UFPE). Bolsista de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora (nível 1C). Membro de Comitê de Assessoramento CA-DT-CNPq (2019-2022). E-mail: [joselamartinesoares@gmail.com](mailto:joselamartinesoares@gmail.com).

<sup>3</sup> Graduação em Curso de Farmácia. (UFRGS). Graduação em Ênfase Em Bioquímica. (UFRGS). Mestrado profissional em Máster Universitario En Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Mestrado em Farmacologia. (UFCSDoutorado em Medicina: Ciências Médicas (UFRGS). Professor na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Email: [decastro.mauro@gmail.com](mailto:decastro.mauro@gmail.com).

Foi realizado um quase-experimento para avaliação do ganho de conhecimento significativo antes e depois da palestra ou vídeo. A análise dos resultados realizou-se com o teste de normalidade Shapiro-Wilks e ANOVA para ambos os grupos: Controle (N=16) e Intervenção (N=17) e internamente no mesmo grupo. Cada grupo contou com idosos pertencentes ao grupo HiperDia dos Centro de Saúde da Comunidade (CSC) municipais, sorteados aleatoriamente, pertencente a cidade de Palmas, capital do Tocantins. **Resultados:** Os valores da diferença de médias encontrado para o Grupo Controle e o Grupo intervenção antes e depois da aplicação da palestra ou vídeo, foi significativa para intervalo de confiança de 95%. Indicando que as médias encontradas no pré e pós teste dentro do mesmo grupo ( $p=0,00$ ), bem como a diferença entre as médias encontradas entre os grupo ( $p=0,001$ ) foi estatisticamente significativa. O teste ANOVA comparou o ganho de conhecimento entre os grupos Controle ( $p=0,019$ ) e intervenção ( $p=0,000$ ). O grupo Intervenção teve maior ganho de conhecimento (0,8 pontos na média) que no Grupo Controle (0,2 pontos). **Conclusão:** Os resultados encontrados levam a conclusão de que o vídeo é uma ferramenta que promove ganho de conhecimento em comparação à metodologia padrão de transferência de conhecimento (palestra).

**PALAVRAS-CHAVE:** Vídeo, Educação em Saúde, Hipertensão, Idosos

## ABSTRACT

The use of the video "An Impressive Story" as a health education tool for hypertensive elderly in order to determine the knowledge gain between control group (received traditional lecture) and intervention group (watched the video). The video produced aimed to develop the correct and safe use of medicines and to promote knowledge about hypertension and non-pharmacological practices to treat the disease. Methods: A quasi-experiment was conducted to assess significant knowledge gain before and after the lecture or video. The analysis of the results was performed with the Shapiro-Wilks normality test and ANOVA for both Control (N = 16) and Intervention (N = 17) groups and internally in the same group. Each group had elderly people belonging to the HiperDia group of the Community Health Centers (CSC), randomly drawn from the city of Palmas, capital of Tocantins. Results: The mean difference values found for the Control Group

and the intervention Group before and after the lecture or video application was significant for a 95% confidence interval. Indicating that the means found in the pre and post test within the same group ( $p = 0.00$ ), as well as the difference between the means found between the groups ( $p = 0.001$ ) was statistically significant. The ANOVA test compared the knowledge gain between the Control ( $p = 0.019$ ) and intervention ( $p = 0.000$ ) groups. The Intervention group had greater knowledge gain (0.8 points on average) than the Control group (0.2 points). Conclusion: The results lead to the conclusion that video is a tool that promotes knowledge gain compared to the standard methodology of knowledge transfer (lecture).

**KEYWORDS:** Video; Health education; Hypertension; Elderly.

## RESUMEN

El uso del video "Una historia impresionante" como una herramienta de educación para la salud de los ancianos hipertensos con el fin de determinar el conocimiento adquirido entre el grupo de control (recibió una conferencia tradicional) y el grupo de intervención (vio el video). El video producido tuvo como objetivo desarrollar el uso correcto y seguro de los medicamentos y promover el conocimiento sobre la hipertensión y las prácticas no farmacológicas para tratar la enfermedad. Métodos: se realizó un cuasi-experimento para evaluar el aumento significativo de conocimiento antes y después de la conferencia o video. El análisis de los resultados se realizó con la prueba de normalidad de Shapiro-Wilks y ANOVA para los grupos Control ( $N = 16$ ) e Intervención ( $N = 17$ ) e internamente en el mismo grupo. Cada grupo tenía personas mayores pertenecientes al grupo HiperDia de los Centros de Salud Comunitarios (CSC), extraídos al azar de la ciudad de Palmas, capital de Tocantins. Resultados: Los valores de diferencia de medias encontrados para el Grupo de control y el Grupo de intervención antes y después de la aplicación de la conferencia o video fueron significativos para un intervalo de confianza del 95%. Indicando que las medias encontradas en la prueba previa y posterior dentro del mismo grupo ( $p = 0.00$ ), así como la diferencia entre las medias encontradas entre los grupos ( $p = 0.001$ ) fue estadísticamente significativa. La prueba ANOVA comparó la ganancia de conocimiento entre los grupos de Control ( $p = 0.019$ ) e intervención ( $p = 0.000$ ).

El grupo de intervención tuvo una mayor ganancia de conocimiento (0.8 puntos en promedio) que el grupo de control (0.2 puntos). Conclusión: Los resultados llevan a la conclusión de que el video es una herramienta que promueve el aumento de conocimiento en comparación con la metodología estándar de transferencia de conocimiento (conferencia).

**PALABRAS CLAVE:** Video; Educación para la Salud; Ancianos; Hipertension.

Recebido em: 01.06.2019. Aceito em: 09.09.2019. Publicado em: 01.10.2019.

## Introdução

A arte, o jogo, a dança e a brincadeira são manifestações que estão presentes na vida humana desde os primórdios da civilização e cultura<sup>1</sup>. O lúdico está presente também nos adultos, não apenas nas crianças e esta necessidade é permanente ao ser e pode ser utilizada para mobilizar novas formas, modos e atitudes na visão do cuidado em saúde<sup>2</sup>. A utilização do lúdico como instrumento a facilitar aprendizagem<sup>3,4</sup>, promover melhoria na saúde do indivíduo<sup>5,6</sup> e mudança de comportamento<sup>7</sup> é apresentado em vários estudos.

Acredita-se que seja necessário desenvolver novos meios de ensinar e aprender em saúde e o uso da arte, da cultura popular e de metodologias educativas transformadoras, que promovam o diálogo, a problematização e o reconhecimento do saber das partes envolvidas nesse processo, educando/educador/instituições, são capazes de propiciar a transformação da realidade social e efetivamente produzir resultados em saúde nos indivíduos e comunidades<sup>8,9,10,11</sup>.

A utilização de materiais audiovisuais no campo da saúde, na área da educação em saúde para repasse de informações e promoção da saúde do indivíduo tem se destacado nos últimos anos. Por ser um recurso que exige pouca estrutura física para utilização, facilidade de dispersão, difusão e utilização pelos profissionais de saúde<sup>12</sup>. As estratégias audiovisuais desenvolvem múltiplas atividades perceptivas, solicitando a imaginação e atribuindo significados afetivos ao aprendizado<sup>13</sup>; possuem linguagem sintética que combina sons, imagens, fala e pouco texto. De modo que o vídeo interliga ideias complexas de modo mais compreensível e atinge o público alvo por meio dos sentidos<sup>14</sup>. Além de psicólogos da percepção serem unânimes em afirmar que as imagens são

fonte de informação para o homem e a aprendizagem ocorre em cerca de 80% por estímulos visuais<sup>15</sup>.

Por outro lado a garantia da ação positiva do material educativo audiovisual (MEA), desenvolvido para a educação de indivíduos, deve ser mensurada a fim de proporcionar confiança à utilização do vídeo. A validação do MEA exige, conforme nos apresenta Doak e colaboradores, a aplicação de questionários com um grupo de expertos/juízes e com a comunidade que irá receber o vídeo.

Uma vez validado o vídeo, realizou-se um quase-experimento para verificar a efetividade da intervenção (vídeo), como estratégia de educação em saúde de usuários de medicamentos, comparada a estratégia usual (palestra educativa). Para essa avaliação utilizou-se aplicação de questionários, pré pós teste, entre os grupos controle e intervenção.

## **Materiais e Métodos**

Trata-se da realização do quase-experimento, com delineamento pré e pós teste com grupo controle não equivalente, por meio de uma intervenção educacional (vídeo artístico). Tendo um grupo controle e intervenção, sendo a intervenção realizada em paralelo, não ocorrendo randomização. A amostra do Grupo Controle e Intervenção foi seletiva, por conveniência, por ser área da saúde a amostra se compôs dos indivíduos que se teve acesso durante a palestra e a intervenção, nos dias do encontro dos grupos de HiperDia dos mesmos nos respectivos CSC sorteados.

Um Delineamento com comparação pré e pós-teste sobre níveis de linha de base existentes nos grupos (Controle e Intervenção) inclui informações e

possui mais possibilidades de interpretação do que estudos pré-experimentais. Entretanto o grupo Controle não é formado através da distribuição aleatória. É um grupo preexistente, que foi escolhido por ser similar, mas não equivalente. Todavia a inclusão de um grupo-controle e de um pré-teste possivelmente permiti-nos descartar várias ameaças à validade interna. O grupo Controle e intervenção compôs-se de 02 Centros de Saúde da Comunidade (CSC), sorteados aleatoriamente, entre os 10 CSC municipais que possuíam perfil socioeconômico semelhante ao grupo base, grupo no qual foi desenvolvido e validado o vídeo.

#### **Tabulação dos Dados**

Para a tabulação das respostas dos questionários entre os grupos Controle e Intervenção, variáveis qualitativas, utilizou-se frequência absoluta segundo a escala Lickert de 04 categorias (0 a 3) para posterior análise estatística. Realizamos o cálculo das médias obtidas para cada grupo e fizemos o teste de normalidade, Shapiro-Wilks (S-W). Nos últimos anos o teste S-W tem sido preferido ao teste Kolmogorv-Smirnov pela capacidade de adaptação a uma variada gama de problemas sobre variação da normalidade.

Posteriormente utilizando Análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas (pré e pós teste), para avaliar os possíveis efeitos dos tratamentos realizados no mesmo Grupo (Tabela 01) e entre os grupos Controle e Intervenção (Tabela 02) e adotando nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ).

Tabela 01. Valores da Média para Grupo Controle e Intervenção

Grupo	factor1	Média	Diferença Médias	P-valor	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1,0 controle	1	1,125	-,242	,000	,989	1,261
	2	1,367	-,242	,000	1,178	1,556
2,0 intervenção	1	1,206	-,761	,001	1,074	1,338
	2	1,967	-,761	,001	1,783	2,150

As variáveis qualitativas nominais, foram consideradas no momento da ANOVA variáveis contínuas, medidas das médias, na qual se deseja verificar a independência entre os dados, conforme a Hipótese de nulidade e o nível de significância ( $\alpha$ ) estabelecido.

### Resultados e Discussões

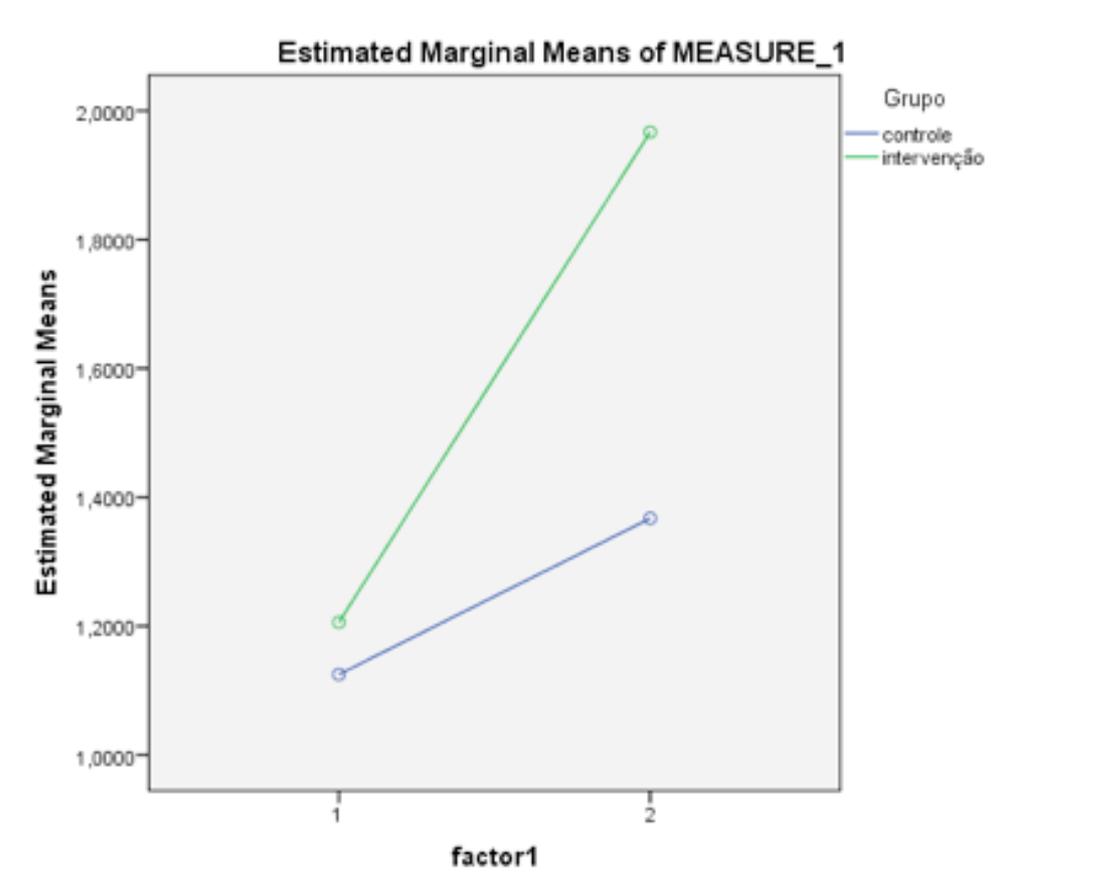
Os dados apresentaram distribuição normal e a diferença entre as médias encontrada no pré e pós teste dentro do mesmo grupo ( $p=0,000$ ), bem como a diferença entre as médias encontradas entre os grupos ( $p=0,001$ ) foi estatisticamente significativa para o intervalo de confiança estabelecido. Portanto há ganho de conhecimento entre o grupo antes e após a aplicação da palestra ou vídeo. Que pode ser visto na Tabela 01\_Valores da Média para Grupo Controle e Intervenção.

A ilustração gráfica (Figura 01) representa a angulação significativa das retas dos grupos, no qual pode-se observar que a angulação do grupo intervenção é mais acentuada, indicando ganho de conhecimento para os dois

DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/ufv.2447-4266.2019v5n6p821>

grupos, mas sendo o do Grupo Intervenção maior. Portanto o grupo intervenção apresentou maior ganho de conhecimento em relação ao Grupo Controle.

Gráfico 01. Representando o ganho de conhecimento entre Grupo Controle e Intervenção.



Como houve diferença estatisticamente significativa entre o ganho de conhecimento tanto no mesmo grupo, quanto entre os grupos, realizou-se a comparação entre os grupos Controle e Intervenção. A análise de variância (ANOVA) comparando os grupos obteve-se que os valores encontrados para o Grupo Controle ( $p=0,019$ ) e o Grupo Intervenção ( $p=0,00$ ), nos permite inferir que

DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2447-4266.2019v5n6p821>

o Grupo Intervenção teve-se maior ganho maior de conhecimento (cerca de 0,761) que no Grupo Controle (0,242). Como a escala adotada é de 04 pontos, os indivíduos do grupo Intervenção ganharam uma média de cerca de 0,8 pontos de conhecimento em relação do Grupo Controle. O que pode-se verificar na tabela 02 com os valores de média para cada Grupo e o p-valor para a diferença entre grupos para 95% de confiança.

Tabela 02. Medida de P-Valor para a diferença das medias para os Grupos Controle e Intervenção à 95% de confiança

Grupo	factor	Média	Diferença Médias	P-valor	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1,0 controle	1	1,125	-,242	,019	,989	1,261
	2	1,367	-,242	,019	1,178	1,556
2,0 intervenção	1	1,206	-,761	,000	1,074	1,338
	2	1,967	-,761	,000	1,783	2,150

## Conclusões

O resultado de programas e políticas de saúde no País estão condicionados à resposta dos indivíduos, que por sua vez dependem de seus hábitos, costumes, comportamentos e saberes. Portanto é particularmente importante o uso de alternativas educacionais que reconheçam essas especificidades dos indivíduos e proporcionem benefícios para a promoção da saúde da sua população, favorecendo o entendimento, a valoração e a voz de

todos os envolvidos no processo de mudança ou reforço de hábitos e costumes saudáveis. Portanto a produção de ferramentas integrativas que possibilitem a construção de conhecimentos conjuntos e entendimentos entre os diversos atores envolvidos no processo saúde/doença, profissionais de saúde/indivíduos devem ser estimulados e recomendados sempre de modo horizontal, respeitando as diversas vozes e saberes, favorecendo o compartilhamento da experiência, dos contextos e das identidades. Tornando os sujeitos autônomos e capazes de escolher e criar possibilidades para produção ou construção de conhecimentos e mudança na comunidades

Portanto o presente estudo verificou a efetividade da intervenção artística (vídeo), como estratégia de educação de usuários de medicamentos, comparada a estratégia usual, palestra educativa. De forma que, infere-se que o vídeo “Uma História ImpREESÃOante” representa-se como um facilitador da educação em saúde no que se refere ao conhecimento do que seja Hipertensão, cuidados, escolha, hábitos de vida e uso correto e seguro de medicamentos, para ser uma ferramenta útil aos profissionais de saúde que trabalham na atenção primária à saúde. Podendo ser utilizado como ferramenta a dirimir possíveis dúvidas e reforçar atitudes e padrões a serem seguidos pelos indivíduos, demonstrando ser mais atrativo e prático do que as intervenções educativas convencionais.

### **Agradecimento**

A bolsa de pesquisa cedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior\_ CAPES - Ministério da Educação – Brasil.

## Referências

1. HUIZINGA, J. *Homo ludens: o jogo como elemento da cultura*. Perspectiva: São Paulo, 1999.
2. COUTO, Y. A. *A Arte, O Jogo, A Dança e a Brincadeira: dos primórdios lúdicos aos processos de civilização e cultura*. Poésis Pedagógica, Catalão, GO, v. 11, nº 1, 2013, 38-53p.
3. ARAÚJO, T. C. C. F., GUIMARÃES, T. B. **Interações entre voluntários e usuários em oncologia hematologia pediátrica: um estudo sobre os “palhaços doutores”**. Estudo e Pesquisas em Psicologia. UERJ: RJ, ano 9, n. 3, p. 632-647, 2009.
4. MOTTA, A. B., ENUMO, S. R. F. **Brincar no Hospital: Câncer Infantil e Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização**. Psicologia, Saúde & Doenças. v. 3, n. 1, 2002. 23-41p.
5. OLIVEIRA, R. R., OLIVEIRA, I. C. S. **Os Doutores da Alegria na Unidade de Internação Pediátrica: experiências da equipe de enfermagem**. Escola Anna Nery Rav Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2008. 230-236p.
6. OLIVEIRA, V. B. **O Brincar e a Saúde: dez anos de Produção Científica**. Bol. Acad. Paulista de Psicologia. Academia Paulista de Psicologia: São Paulo, v. 32, n. 83, 2012. 274-289P.
7. MASETTI, M. **Doutores da ética da alegria**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v. 9, n. 17, p. 453-458, 2005.
8. DANTAS, V. L.A. **Narrativas de cuidados em Saúde pelos Caminhos da Artes**. In: **Vivência da Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: A REALIDADE E A UTOPIA**. MANO, M. A. M.; PRADO, E. E. (org.). São Carlos: Editora EdUSFCar, 2010. 39-54 p.
9. FREIRE, P. R. **Pedagogia do Oprimido**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
10. \_\_\_\_\_. **Extensão ou comunicação?** 11ª edição. Paz e Terra, São Paulo, 1977. 93 p.
11. VASCONCELOS, E. M. **Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde**. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** n. 8, 2001.
12. JOVENTINO, E.S. **Elaboração e Validação de vídeo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. Orientador: Lorena



# revista Observatório

ISSN nº 2447-4266

Vol. 5, n. 6, Outubro-Dezembro. 2019

DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2447-4266.2019v5n6p821>

- Barbosa Ximenes. Fortaleza: UFC, 2013, 186p. Tese. (Doutorado em Enfermagem)
13. MORAN, J. M. O Vídeo na sala de aula. **Comun. Educ.**, n.2, p. 27-35, 1995.
  14. GOMES, L. F. Vídeos didáticos: uma proposta de critérios para análise. **Rev. Bras. Est. Pedag.**, v.89, n.23, p.477-492, 2008.
  15. BOSI, A. **Fenomenologia do olhar**. In: NOVAES, A. (Org.). **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. P.65-87.