

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM CRECHES COM FOCO EM RESPIRAÇÃO, HÁBITOS ORAIS E DESENVOLVIMENTO DA FALA

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Fonoaudiologia

Introdução

Promoção da saúde é definida na Carta de Ottawa (1986) como o "*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*"¹. Esta Carta é considerada um dos documentos fundadores da promoção da saúde que atualmente é desenvolvida². A educação em saúde se associa à promoção da saúde e abrange algumas estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais³.

A Fonoaudiologia em Saúde Coletiva tem se aproximado de um comprometimento com as questões sociais, coletivas e as necessidades de saúde da população⁴ com enfoque nas áreas de linguagem, audição, funções alimentares, respiração e voz. Inserido em instituições de educação infantil, o fonoaudiólogo tem a possibilidade de desenvolver ações amplas que envolvam as crianças, suas famílias e os diversos funcionários dos equipamentos, participando do processo de educação em saúde. Entende-se por Educação em Saúde a combinação de experiências de aprendizagem que irão proporcionar ações voluntárias conducentes à saúde⁵. É necessário que se utilizem meios efetivos de comunicação para que haja maior empoderamento de todos para promoção do desenvolvimento adequado das crianças⁶. Instituições de ensino são consideradas ideais para difundir conhecimento e promover hábitos saudáveis na comunidade⁷.

A partir disso pretendeu-se desenvolver e verificar a efetividade de ações de educação em saúde sobre aspectos referentes à área da fonoaudiologia de maior interesse para os pais de crianças que frequentam centros de educação infantil.

Método

Participaram 3 centros de educação infantil (CEIs) que atendem cerca de 500 crianças com até 6 anos de idade. Fez-se a opção pelo desenvolvimento deste trabalho junto às crianças de 5 a 6 anos, que frequentam os grupos denominados terceiros estágios, pelo fato das ações envolverem práticas mais facilmente assimiladas por crianças dessa faixa etária. Este recorte possibilitou uma amostra de 180 crianças, distribuídas em sete grupos, bem como suas famílias.

Inicialmente foi enviado a todos estes pais um questionário onde deveriam relatar aspectos do desenvolvimento de suas crianças nas áreas de linguagem, audição, fala, mastigação, deglutição, respiração, órgãos fonoarticulatórios e voz, bem como indicar qual dessas áreas seria de seu maior interesse para troca de informações, com justificativa. Além disso, deveriam indicar quais os meios de comunicação de sua preferência para este trabalho (se reunião presencial,

cartaz, folheto, e-mail, site ou outros). Dessa maneira garante-se uma prática dialógica e não a transmissão verticalizada e autoritária de conhecimentos⁸. O protocolo foi desenvolvido para este estudo, tem um formato simples e requer pouco tempo para o preenchimento.

Os dados dos questionários foram tabulados e, a partir da análise desses dados, puderam ser definidas as áreas de maior interesse e os meios de comunicação escolhidos. Após essa definição foram elencados os principais conteúdos das áreas em questão que seriam trabalhados com os pais e crianças. O material produzido com essas informações foi submetido à avaliação de três juízes: um fonoaudiólogo, um pai de criança da mesma faixa etária e que não era profissional da saúde e um publicitário. A partir das análises dos juízes o material pôde ser melhorado e então utilizado junto aos pais.

Paralelamente a isso foram elaboradas atividades práticas, envolvendo os mesmos conteúdos, para serem desenvolvidas de maneira coletiva junto às crianças. Essas atividades ocorreram nas salas de aula, em três semanas consecutivas. A primeira atividade teve objetivo de introduzir o tema para as crianças, a segunda foi de aprofundamento e a terceira de fechamento. Em cada um dos dias havia sempre um momento inicial, quando a estagiária de Fonoaudiologia, junto com a educadora do grupo, levava as crianças a refletir e se colocar sobre o tema. Em seguida havia uma prática, também conduzida por ambas, envolvendo os conteúdos de interesse. No último dia essa prática foi a confecção coletiva de um material por meio do qual as crianças iriam informar outras pessoas sobre o tema.

Este conjunto de ações foi criado com base no pressuposto que atividades lúdicas para as crianças somadas ao trabalho com os pais discutindo os mesmos conteúdos apresenta resultados mais efetivos que apenas a discussão teórica com os pais⁹.

Para avaliação da efetividade do conjunto de ações foi aplicado um questionário final aos pais e analisadas as referidas produções das crianças. Utilizaram-se medidas descritivas e testes estatísticos para análise dos dados, além da avaliação qualitativa do material produzido pelas crianças.

Resultados

Foram devolvidos 111 (62%) dos 180 questionários enviados aos pais. As áreas mais indicadas por eles foram: respiração (27%), hábitos orais (26%) e fala (15%). Foi observada associação estatística significativa entre as áreas indicadas pelos pais como as de maior interesse e suas queixas em relação ao desenvolvimento dos filhos nas mesmas áreas, o que mostra que ainda a maior preocupação das famílias é com o distúrbio e não com a promoção da saúde (Figura 1).

O meio de comunicação escolhido foi reunião presencial (Figura 2). Interessante notar que tecnologias consideradas mais inovadoras para este tipo de ação como e-mail e apresentação em site foram apontadas por um número considerável de pais (19%).

Foram agendadas duas reuniões em datas diferentes e um convite foi enviado aos 180 pais participantes, sendo distribuídos em dois grupos de 90 pais cada um. O convite continha informações sobre o local da reunião, data, horário e tema que seria abordado: “Respiração, hábitos orais e sua relação com o desenvolvimento da fala”.

Compareceram 37 pais no total, o que corresponde a 21% dos 180 pais de crianças dessa faixa etária, 33% dos 111 que devolveram os questionários e 97% do total que indicou a reunião como o meio de comunicação preferido.

Os pais foram muito participativos durante as reuniões, provavelmente porque aqueles que compareceram foram exatamente os que haviam indicado interesse pelo tema e que ocorresse sob a forma de reunião. Este dado indica o quanto se deve realmente investir no modelo dialógico, que considera as necessidades dos indivíduos e as condições em que vivem e seu envolvimento nas ações, sem imposição^{8,10}.

Dentre aqueles que estiveram presentes, 90% responderam ao questionário de avaliação após a reunião; os demais não puderam se estender no horário.

Os pais avaliaram as reuniões como úteis (100%), adequadas em relação à forma (100%) e ao conteúdo (85%). Num primeiro momento a diferença entre a porcentagem obtida na análise de adequação do conteúdo em relação à utilidade e adequação da forma preocupou a equipe de fonoaudiologia, que foi então analisar nos protocolos as justificativas dos pais neste item. Observou-se que todos que indicaram que o conteúdo não acrescentou nada ao que conheciam sobre o tema referiram não ter conhecimento prévio sobre o tema (e por isso não seria possível “acrescentar”). Isso mostra que a forma como essa pergunta foi elaborada deu margem a uma outra interpretação por alguns pais e deve ser revista.

Passar a ter atitudes mais positivas em relação às crianças nas áreas abordadas foi citado por 73% dos pais presentes nas reuniões (promover a higiene nasal antes das refeições e antes de dormir, verificar possíveis fatores presentes na casa que possam comprometer a respiração, colocar toalha molhada ou vasilha com água no quarto quando o clima ficar muito seco, rever os produtos de limpeza utilizados, parar de passar pimenta no dedo das crianças para desestimular a sucção digital, fazer combinados em relação ao uso de chupetas e mamadeiras, entre outros). Cada um dentro das suas possibilidades e de sua realidade de vida. Os demais pais (27%) referiram já ter práticas positivas de acordo com o que foi exposto. É importante destacar que não havia necessidade dos pais se identificarem nesta avaliação para que se sentissem à vontade para expressar suas opiniões.

Quanto às atividades desenvolvidas junto às crianças pôde ser observado grande interesse e participação, tanto por parte delas quanto das educadoras, nos três dias. Destaca-se que essas atividades puderam ser bem sucedidas porque houve uma real parceria com as educadoras. Após o término deste trabalho elas continuaram desenvolvendo atividades coletivas semelhantes com o objetivo de reforçar ainda mais a importância do que foi explorado.

A análise dos cartazes confeccionados pelos grupos de crianças durante a última atividade demonstrou que os principais conteúdos foram assimilados e destacados por elas, principalmente as práticas de higiene nasal. Os cartazes foram afixados em locais de grande circulação nos CEIs e despertaram o interesse de todos.

Conclusão

As práticas realizadas se mostraram efetivas, uma vez que levaram crianças, famílias e funcionários das instituições a refletir sobre respiração e hábitos orais e a relação destes com o desenvolvimento da fala. Também proporcionou a compreensão de como as ações de todos podem ser melhores, cada um dentro da sua realidade.

Observou-se a necessidade de aprofundamento da discussão sobre a importância da promoção da saúde junto aos pais, para que não permaneçam tão focados apenas na presença dos distúrbios.

Acredita-se que houve empoderamento de todos os participantes, que só foi possível na medida em se consideraram as particularidades desta população e que todos – crianças famílias, funcionários e especialistas – atuaram de maneira integrada.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde / FIOCRUZ 1996. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-177.
3. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Eggert AB, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2006; 15(2):352-358.
4. Penteado, R.Z.; Servilha, E.A.M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 16(1): 107-116, abril, 2004.
5. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*. 1997; 31(2):209-13.
6. Nogueira MA. **Família e escola na contemporaneidade: os meandros de uma relação**. *Educação e Realidade*. 2006; 31:155-169.
7. Darnaud R, Dato MI. Educación para la salud em escuelas argentinas: concurso de plástica como actividad motivadora. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2009; 25(2):181-7.
8. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família; pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2004; 16(9):39-52.
9. Vivas E, Sequeda MG. Um juego como estratégia educativa para el control de *Aedes aegypti* em escolares venezolanos. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2003; 14(6):394-401.
10. Traverso-Yépez MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2007; 22(11):223-36.

Figuras

FIGURA 1. Áreas com queixa dos pais e de interesse para troca de informações

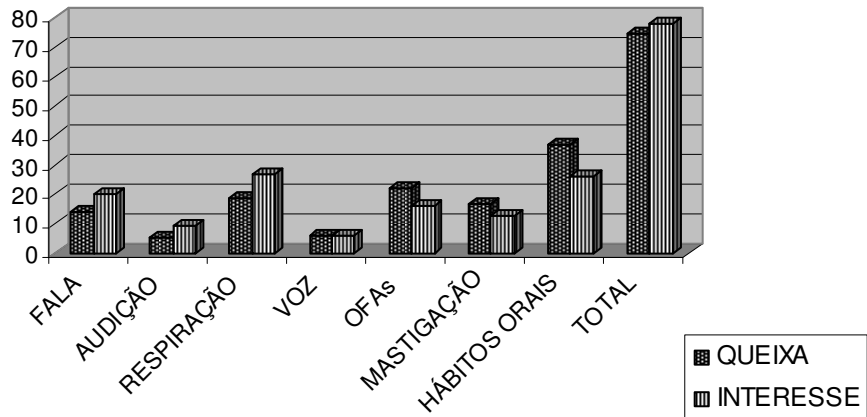


FIGURA 2. Meio de comunicação escolhido pelos pais para discussão sobre as áreas de maior interesse.

